



**HAL**  
open science

# Littératie en santé et inégalités sociales de santé en lycées professionnels

Louisa Rebih

► **To cite this version:**

Louisa Rebih. Littératie en santé et inégalités sociales de santé en lycées professionnels. Santé publique et épidémiologie. Université de Lyon, 2020. Français. NNT : 2020LYSE1270 . tel-03872922

**HAL Id: tel-03872922**

**<https://theses.hal.science/tel-03872922>**

Submitted on 26 Nov 2022

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



N°d'ordre NNT : [2020LYSE1270](#)

## **THESE de DOCTORAT DE L'UNIVERSITE DE LYON**

opérée au sein de

**l'Université Claude Bernard Lyon 1**

**Ecole Doctorale N° ED 485 - Éducation, Psychologie,  
Information et Communication (EPIC)**

**Spécialité de doctorat : Sciences de l'éducation**

Soutenue publiquement le 25/11/2020, par :

**Louisa Rebih**

---

## **Littératie en santé et inégalités sociales de santé en lycées professionnels**

---

Devant le jury composé de :

**Balcou-Debussche, Maryvette**, Professeure des Universités, Université de la Réunion,  
Rapporteure

**Pizon, Frank**, Maître de Conférences-HDR, Université Clermont- Auvergne, Rapporteur

**Hagege, Hélène**, Professeure des Universités, Université de Limoges, Examinatrice

**Poyet, Françoise**, Professeure des Universités, Université Lyon 1, Examinatrice

**Berger, Dominique**, Professeur des Universités Émerite, Université Lyon 1, Directeur de thèse

**Masson, Julien**, Maître de Conférences, Université Lyon 1, Co-directeur de thèse

## **Université Claude Bernard – LYON 1**

Administrateur provisoire de l'Université	M. Frédéric FLEURY
Président du Conseil Académique	M. Hamda BEN HADID
Vice-Président du Conseil d'Administration	M. Didier REVEL
Vice-Président du Conseil des Etudes et de la Vie Universitaire	M. Philippe CHEVALLIER
Vice-Président de la Commission de Recherche	M. Jean-François MORNEX
Directeur Général des Services	M. Pierre ROLLAND

### **COMPOSANTES SANTE**

Département de Formation et Centre de Recherche en Biologie Humaine	Directrice : Mme Anne-Marie SCHOTT
Faculté d'Odontologie	Doyenne : Mme Dominique SEUX
Faculté de Médecine et Maïeutique Lyon Sud - Charles Mérieux	Doyenne : Mme Carole BURILLON
Faculté de Médecine Lyon-Est	Doyen : M. Gilles RODE
Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation (ISTR)	Directeur : M. Xavier PERROT
Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques (ISBP)	Directrice : Mme Christine VINCIGUERRA

### **COMPOSANTES & DEPARTEMENTS DE SCIENCES & TECHNOLOGIE**

Département Génie Electrique et des Procédés (GEP)	Directrice : Mme Rosaria FERRIGNO
Département Informatique	Directeur : M. Behzad SHARIAT
Département Mécanique	Directeur M. Marc BUFFAT
Ecole Supérieure de Chimie, Physique, Electronique (CPE Lyon)	Directeur : Gérard PIGNAULT
Institut de Science Financière et d'Assurances (ISFA)	Directeur : M. Nicolas LEBOISNE
Institut National du Professorat et de l'Education	Administrateur Provisoire : M. Pierre CHAREYRON
Institut Universitaire de Technologie de Lyon 1	Directeur : M. Christophe VITON
Observatoire de Lyon	Directrice : Mme Isabelle DANIEL
Polytechnique Lyon	Directeur : Emmanuel PERRIN
UFR Biosciences	Administratrice provisoire : Mme Kathrin GIESELER
UFR des Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Directeur : M. Yannick VANPOULLE
UFR Faculté des Sciences	Directeur : M. Bruno ANDRIOLETTI

## Remerciements

« Pourquoi est ce que tu fais tout ça ? » ...

Je ne sais pas. Peut-être pour mon père, pour mon grand-père, pour ma maman... pour toutes ces personnes analphabètes et si éloignées de la littérature en santé.

Je remercie mes directeurs de thèse, Dominique Berger et Julien Masson, d'avoir accepté de m'encadrer. Je remercie également Maryvette Balcou-Debussche et Xavier Debussche qui m'ont gentiment orientée dès le début de mes recherches vers l'utilisation du HLQ.

Je remercie les personnes rapporteur-e-s et examinatrice Hélène Hagege, Frank Pizon, Françoise Poyet et Maryvette Balcou-Debussche du temps accordé à cette lecture malgré les conditions.

Je remercie particulièrement les élèves, les professeurs et les chefs d'établissement qui ont accepté de participer à cette étude.

Je remercie bien sûr les amis et copains pour leur aide durant ce parcours, et ce jusqu'à la fin, à HESPER : Audrey, Adèle, Anne Marie, Simon... et particulièrement Alex et Stéphanie pour leur soutien et leurs conseils lors de la dernière ligne droite ; à l'Inspé : Bernard (pour le questionnaire !), Joëlle, Sébastien, Christian Alin...

Mais cette thèse n'aurait sans doute jamais abouti sans le soutien de ma précieuse famille, alors surtout merci à vous : mes enfants, Kerien et Nael, mon conjoint Tewfik et mes sœurs Zineb et Myriam et tant d'autres... je vous remercie pour votre amour, votre écoute, votre soutien, et de m'avoir supportée ! Laurent et Zineb, un merci particulier pour votre relecture !

Je suis enfin arrivée à bout de ce chantier !



## **Littératie en santé et inégalités sociales de santé en lycées professionnels.**

### **Résumé**

Les inégalités sociales de santé (ISS) reposent tout d'abord sur les inégalités sociales présentes dès la scolarité. Ces inégalités ne cessent d'augmenter de l'entrée en maternelle jusqu'au lycée. La littératie en santé (LES) est reconnue comme un élément capital de la santé publique. Le lycée professionnel (LP) paraît avoir un rôle important dans la construction d'une littératie en santé ; il pose le problème de comment s'articulent les inégalités scolaires et sociales de santé, avec la littératie en santé.

Notre étude repose sur une méthode mixte. Elle repose sur un focus group en présence de huit élèves d'un même LP, et sur un questionnaire anonyme, diffusé en ligne auprès d'élèves de différents LP publics de France. La première partie du questionnaire comporte 9 échelles indépendantes avec 44 items de mesure de littératie en santé comportant (le HLQ - Health Literacy Questionnaire). La deuxième correspond aux caractéristiques sociodémographiques de ces élèves.

À travers l'analyse des discours du focus group et les résultats du Health Literacy Questionnaire (HLQ) diffusé dans des lycées professionnels, nous proposons d'appréhender les dimensions de LES sollicitées, les rapports à la santé présents dans les discours, et les liens entre les caractéristiques sociodémographiques des élèves et les scores dans les différentes dimensions du HLQ. L'analyse du focus group semble indiquer un lien entre les formations suivies par les élèves, le type d'acte de discours qu'ils emploient, et les compétences distinguables en littératie en santé sur le plan fonctionnel, interactif et critique. L'analyse des réponses des élèves au questionnaire montre que certaines dimensions du HLQ semblent particulièrement corrélées à des variables sociodémographiques notamment : la langue parlée à la maison, la nationalité du père, la nationalité de la mère et le sexe de l'élève.

Notre étude met en avant que les compétences fonctionnelles de littératie en santé en lien avec des tâches du quotidien et sans regard critique, sont les moins corrélées aux principales variables sociodémographiques, alors que les compétences interactives pour participer aux différentes formes de communication et appliquer des informations nouvelles, et les compétences critiques, appliquées à une analyse critique des informations et à leur utilisation sont les plus corrélées aux principales variables sociodémographiques des élèves.

Nous remarquons que les échelles du HLQ les plus corrélées aux variables sociodémographiques sont assez bien réparties entre les quatre dimensions de LES mais que

pour la dimension « appliquer-utiliser » dans laquelle s'inscrit l'échelle 3 (AMH), la corrélation avec les variables est complète.

Ce travail nous laisse penser que pour développer des compétences de littératie en santé, il est nécessaire d'aller au-delà des compétences fonctionnelles chez les élèves en favorisant des activités constructives visant des régulations en boucles longues, c'est à dire en travaillant sur la compréhension et l'analyse des résultats pour éviter d'avoir pour seul objectif la performance et induisant alors un manque de discernement et limitant l'étendue de la compétence. Cela permettrait d'étayer les rapports interactif et critique en santé puisqu'ils sont les plus fragiles face aux inégalités sociales de santé.

La LES n'étant pas un déterminant de la santé ordinaire, il est important de développer ces compétences en santé, pour ne pas accentuer les inégalités sociales de santé en Lycées professionnels. La LES pourrait alors jouer un rôle de médiation entre les inégalités sociales et les inégalités de santé qui leur sont liées.

*Mots-clés* : Littératie en santé, lycée professionnel, inégalités sociales de santé, compétences.

## **Health Literacy and Social Inequalities of Health in Professional High Schools.**

### **Abstract**

Social inequalities in health are first and foremost based on social inequalities present at school. These inequalities continue to increase from the start of kindergarten through high school.

Health Literacy (LES) is recognized as a critical component of public health. The vocational high school (LP) appears to have an important role in the construction of health literacy; it poses the problem of how educational and social inequalities in health are articulated with health literacy.

Our study is based on a mixed method. It is based on a focus group in the presence of eight students from the same LP, and on an anonymous questionnaire, distributed online to students from different public LPs in France. The first part of the questionnaire comprises 9 independent scales with 44 items for measuring health literacy comprising (the HLQ - Health Literacy Questionnaire). The second corresponds to the socio-demographic characteristics of these students.

Through the analysis of the focus group speeches and the results of the Health Literacy Questionnaire (HLQ) distributed in vocational high schools, we propose to understand the dimensions of Health Literacy solicited, the relationships to health present in the speeches, and the links between the socio-demographic characteristics of the pupils and the scores in the different dimensions of the HLQ. The focus group analysis seems to indicate a link between the training followed by the students, the type of speech act they employ, and the distinguishable health literacy skills on the functional, interactive and critical side. The analysis of students' responses to the questionnaire show that certain dimensions of the HLQ seem particularly correlated with socio-demographic variables, in particular: the language spoken at home, the nationality of the father, the nationality of the mother and the sex of the student.

Our study highlights that functional health literacy skills related to everyday tasks and without critical gaze are the least correlated with the main socio-demographic variables, while interactive skills to participate in different forms of communication and apply information. new, and critical skills, applied to a critical analysis of information and its use are the most correlated with the main socio-demographic variables of students.

We note that the HLQ scales most correlated with socio-demographic variables are fairly well distributed among the four dimensions of Health Literacy, but that for the “apply-use” dimension in which scale 3 (AMH) fits, the correlation with variables is complete.

This work leads us to believe that to develop health literacy skills, it is necessary to go beyond functional skills in students by promoting constructive activities aimed at long-loop regulation, i.e. by working on understanding and analyzing the results to avoid having performance as a sole objective and thus inducing a lack of discernment and limiting the scope of competence. This would support the interactive and critical health reports since they are the most fragile in the face of social inequalities in health.

As Health Literacy is not a determinant of ordinary health, it is important to develop these health skills, so as not to accentuate social inequalities in health in vocational schools. Health Literacy could then play a mediating role between social inequalities and the health inequalities linked to them.

*Keywords:* Health literacy, vocational high school, social health inequalities, skills.

« En se transformant en langage, la pensée se réorganise et se modifie. Elle ne s'exprime pas  
mais se réalise dans le mot » (Vygotski, 1985, p. 331).

## Table des matières

<b>Remerciements</b> .....	<b>3</b>
<b>Résumé</b> .....	<b>4</b>
<b>Introduction : L'école et la littératie en santé, au cœur des inégalités sociales de santé (ISS) en France ?</b> .....	<b>14</b>
<b>Partie 1. Le contexte de la recherche : La persistance des inégalités sociales de santé (ISS) en France</b> .....	<b>16</b>
<b>Chapitre 1. Quel cadre institutionnel en France face à ces ISS ?</b> .....	<b>16</b>
<b>1. La santé : de quoi parle-t-on ?</b> .....	<b>16</b>
1.1. <i>Les dimensions de la santé et ses enjeux</i> .....	16
1.1.1. Sa dimension législative et éducative .....	16
1.1.2. Les déterminants de la santé et les modèles existants .....	19
1.1.3. Les enjeux de la définition de la santé .....	22
1.2. <i>Spécificité et visages des inégalités sociales de santé (ISS)</i> .....	23
1.2.1. La notion d'ISS et ses contours .....	23
1.2.2. L'importance des ISS en France .....	31
1.2.3. Les représentations sources d'inégalités sociales de santé.....	45
<b>2. Place des politiques</b> .....	<b>46</b>
2.1. <i>La place de la santé publique</i> .....	46
2.1.1. La notion de santé publique .....	47
2.1.2. Les méthodes utilisées en santé publique.....	49
2.2. <i>Les politiques de santé en milieu scolaire</i> .....	52
2.2.1. La stratégie nationale et la promotion de la santé à l'école.....	52
2.2.2. La politique éducative de santé en milieu scolaire .....	54
2.3. <i>Le rôle de l'éducation à la santé</i> .....	56
2.3.1. L'éducation à la santé à l'école et dans les programmes .....	57
2.3.2. Les fondements et les modèles pédagogiques de l'éducation à la santé.....	59
2.3.3. Les enjeux de l'éducation à la santé.....	63
2.4. <i>Les contours des inégalités sociales pour comprendre</i> .....	67
2.4.1. La notion d'inégalité selon l'observatoire des inégalités.....	67
2.4.2. Les inégalités sociales et la scolarité.....	70
2.4.3. Les inégalités sociales et la santé des élèves.....	89
<b>Chapitre 2. Quels éclairages scientifiques sur les compétences et la littératie en santé (LES) face aux ISS ?</b> .	<b>106</b>
<b>1. Les compétences en matière de santé</b> .....	<b>106</b>
1.1. <i>La notion de compétences</i> .....	106
1.1.1. La diversité des usages.....	106
1.1.2. La notion de compétences psychosociales (CPS).....	113
1.1.3. Les enjeux des CPS.....	114
1.2. <i>Le concept de littératie</i> .....	116
1.2.1. Caractéristiques .....	116
1.2.2. Statut langagier des objets et transparence des savoirs littératiens .....	119
1.3. <i>L'entrée dans l'écrit et l'écriture</i> .....	124
1.3.1. Définitions et contours.....	124
1.3.2. Un rapport au monde modifié.....	126
1.3.3. Le monde social de l'écrit.....	128

1.3.4.	Processus cognitifs.....	131
1.3.5.	L'écrit source d'activité culturelle.....	136
1.4.	<i>Illettrisme</i> .....	137
1.4.1.	Distinction entre analphabétisme, illettrisme et apprentissage du français selon l'ANLCI.....	137
1.4.2.	Caractéristiques de l'illettrisme en France.....	138
1.5.	<i>Les compétences des jeunes en lecture</i> .....	147
1.5.1.	Adolescents et écriture.....	147
1.5.2.	Les différents profils.....	148
1.5.3.	L'orientation vers l'enseignement professionnel et le poids des origines.....	151
1.5.4.	Profils sociaux des élèves de l'enseignement professionnel.....	154
<b>2.</b>	<b>La littératie dans les programmes : en France, en Europe et dans le monde.....</b>	<b>155</b>
2.1.	<i>L'enseignement de la langue en France et la réforme Haby</i> .....	155
2.1.1.	La littératie dans les programmes des collèges en France.....	156
2.1.2.	Le Cycle des évaluations disciplinaires réalisées sur échantillon (CEDRE).....	156
2.1.3.	Les enjeux de la langue française.....	156
2.2.	<i>Les compétences langagières dans le Cadre européen et international</i> .....	157
2.2.1.	Le Cadre européen.....	157
2.2.2.	Le programme PISA et les résultats des élèves français.....	157
2.2.3.	Le Programme pour l'évaluation internationale des compétences des adultes (PIAAC).....	158
<b>3.</b>	<b>Littératie, numératie et résolution de problème dans des environnements à composante technologique chez les 16 à 65 ans : le programme PIAAC.....</b>	<b>159</b>
3.1.	<i>Présentation de l'étude et des méthodes</i> .....	159
3.1.1.	Les participants et la langue de l'évaluation.....	159
3.1.2.	Les éléments évalués.....	160
3.2.	<i>Niveau des adultes dans les différentes échelles de mesure</i> .....	161
3.2.1.	Niveau en littératie.....	161
3.2.2.	Niveau en numératie.....	161
3.2.3.	Niveau en résolution de problèmes à forte composante technologique.....	162
3.2.4.	Bilan général des résultats de l'enquête de 2013.....	162
3.2.5.	Les résultats en France.....	164
3.3.	<i>Corrélation avec certaines caractéristiques socio-démographiques</i> .....	165
3.3.1.	Selon les diplômes.....	165
3.3.2.	Selon la langue.....	167
3.3.3.	Selon l'âge.....	170
3.3.4.	Selon le sexe.....	170
3.3.5.	Selon le milieu socio-économique.....	172
3.3.6.	Développement, maintien et détérioration des compétences.....	176
<b>4.</b>	<b>Le développement de compétences en santé et littératie en santé (LES).....</b>	<b>177</b>
4.1.	<i>Les conséquences des compétences sur la santé</i> .....	177
4.1.1.	La relation entre état de santé et compétences.....	177
4.1.2.	Les liens entre l'éducation et les retombées sociales.....	177
4.2.	<i>La littératie en santé (LES)</i> .....	179
4.2.1.	Les contours de la LES.....	179
4.2.2.	La LES comme médiateur des effets des facteurs sociaux sur la santé.....	181
	<b>Chapitre 3. Quelles sont les particularités du LP au regard des ISS ?.....</b>	<b>184</b>
<b>1.</b>	<b>Les élèves de LP dans le système éducatif français.....</b>	<b>184</b>
1.1.	<i>Le système éducatif français</i> .....	184

1.1.1.	Le découpage du système éducatif.....	184
1.1.2.	Les effectifs des élèves par degré .....	184
1.1.3.	La répartition des jeunes de 14 à 17 ans dans le système éducatif .....	185
1.1.4.	Les effectifs d'inscrits en LP .....	187
1.1.5.	La scolarisation des élèves allophones.....	187
1.2.	<i>Les formations professionnelles en LP .....</i>	<i>190</i>
1.2.1.	Les diplômes professionnels et les spécialités.....	191
1.2.2.	Les périodes de formation en milieu professionnel (PFMP) et les enseignements .....	191
1.2.3.	Les effectifs selon les diplômes professionnels en LP .....	191
1.2.4.	La répartition des effectifs selon les spécialités.....	192
1.3.	<i>Les caractéristiques des élèves du LP dans le système éducatif français .....</i>	<i>194</i>
1.3.1.	Les caractéristiques selon le sexe .....	194
1.3.2.	Les caractéristiques selon l'âge .....	194
1.3.3.	Les caractéristiques selon l'origine scolaire.....	195
1.3.4.	Les caractéristiques selon l'origine sociale.....	196
1.4.	<i>La réussite des élèves de LP.....</i>	<i>196</i>
1.4.1.	Les résultats au diplôme national du brevet .....	196
1.4.2.	La réussite au baccalauréat professionnel .....	198
1.4.3.	La réussite au CAP selon le sexe et selon l'âge .....	200
1.4.4.	La réussite au CAP, au BEP et au baccalauréat .....	200
1.4.5.	La particularité des formations professionnelles dans les DOM.....	201
<b>2.</b>	<b>L'origine sociale et les inégalités scolaires en LP .....</b>	<b>202</b>
2.1.	<i>Des orientations différenciées.....</i>	<i>203</i>
2.1.1.	Influence de l'origine sociale sur les résultats scolaires .....	203
2.1.2.	Inégalités scolaires et pratiques enseignantes .....	203
2.2.	<i>Les configurations sociales des LP et la place de la santé .....</i>	<i>204</i>
2.2.1.	Une orientation par défaut et une dévalorisation de la voie professionnelle .....	204
2.2.2.	Une répartition sexuée.....	205
2.2.3.	La place de la santé en LP .....	205
<b>3.</b>	<b>Les inégalités scolaires et sociales en LP et ISS au travers de la littératie en santé .....</b>	<b>209</b>
<b>3.1.</b>	<b>Problématique.....</b>	<b>209</b>
3.1.1.	Nos réflexions initiales .....	209
3.1.2.	Notre cheminement.....	211
3.1.3.	Le choix d'une problématique .....	212
<b>3.2.</b>	<b>Nos hypothèses .....</b>	<b>214</b>
3.2.1.	Hypothèse générale .....	214
3.2.2.	Hypothèses spécifiques.....	214
	<b>Partie 2 : la littératie en santé sur le terrain des lycées professionnels.....</b>	<b>216</b>
	<b>Chapitre 1 : Méthodologie de la recherche.....</b>	<b>216</b>
<b>1.</b>	<b>La revue de littérature et les échelles de mesure de la littératie en santé (LS).....</b>	<b>216</b>
1.1.	<i>Les étapes de la revue de la littérature.....</i>	<i>216</i>
1.1.1.	L'identification des articles.....	216
1.1.2.	L'identification des grilles de mesures de LES existantes .....	216
1.2.	<i>L'analyse des définitions et des grilles existantes.....</i>	<i>217</i>
1.2.1.	Les premières recherches de définitions.....	217
1.2.2.	Le choix d'une définition de LES .....	218



1.2.3.	Le choix d'une grille de mesures de LES .....	221
<b>2.</b>	<b>La méthode mixte de l'étude .....</b>	<b>222</b>
2.1.	<i>Caractéristiques de l'étude</i> .....	223
2.1.1.	Caractéristiques de l'étude qualitative.....	223
2.1.2.	Particularité du focus group .....	223
2.1.3.	Caractéristiques de l'étude quantitative .....	224
2.1.4.	Particularité du questionnaire .....	224
2.1.5.	Les variables .....	225
2.2.	<i>L'organisation et la mise en oeuvre de l'étude</i> .....	225
2.2.1.	Le focus group.....	225
2.2.2.	Le questionnaire .....	227
<b>Chapitre 2 : L'analyse du focus group .....</b>		<b>231</b>
<b>1.</b>	<b>L'analyse des discours .....</b>	<b>231</b>
1.1.	<i>Catégorisation des discours</i> .....	231
1.1.1.	La phase de collecte .....	231
1.1.2.	La phase de codage de l'analyse .....	231
1.2.	<i>Les outils</i> .....	231
1.2.1.	Le logiciel IRaMuTeQ.....	231
1.2.2.	La grille d'analyse des discours .....	232
<b>2.</b>	<b>Les résultats du focus group.....</b>	<b>233</b>
2.1.	<i>Analyse textuelle et synthèse narrative et descriptive</i> .....	233
2.1.1.	Synthèse de l'analyse textuelle.....	233
2.1.2.	Synthèse narrative et descriptive .....	234
2.2.	<i>Analyse interprétative et discussion</i> .....	236
2.2.1.	Analyse interprétative des données.....	236
2.2.2.	Discussion : quelle présence des inégalités scolaires et sociales ? .....	237
<b>Chapitre 3. L'analyse du questionnaire.....</b>		<b>238</b>
<b>1.</b>	<b>Les outils du HLQ et les résultats du questionnaire .....</b>	<b>238</b>
1.1.	<i>L'utilisation du logiciel dans le HLQ</i> .....	238
1.1.1.	Le Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) et le « package utilisateur HLQ ».....	238
1.1.2.	L'interprétation du HLQ.....	239
1.2.	<i>Les résultats du questionnaire</i> .....	242
1.2.1.	Le codage des données sociodémographiques des élèves.....	242
1.2.2.	Les résultats des données sociodémographiques des élèves.....	244
1.2.3.	Les résultats des données LES des élèves.....	255
1.3.	<i>Les corrélations entre les variables</i> .....	262
1.3.1.	Les corrélations entre les variables sociodémographiques .....	262
1.3.2.	Les corrélations entre les échelles HLQ.....	269
1.3.3.	Les corrélations positives entre les variables sociodémographiques et le HLQ.....	272
1.3.4.	Les corrélations négatives entre les variables sociodémographiques et le HLQ.....	276
<b>2.</b>	<b>Interprétation de ces données .....</b>	<b>285</b>
2.1.	<i>L'usage du français à la maison et la LES</i> .....	285
2.1.1.	Lien avec les informations en santé .....	285
2.1.2.	Lien avec les relations avec les professionnels de santé et le soutien social.....	286
2.2.	<i>Le département de scolarisation et la LES</i> .....	287

2.2.1.	Lien avec les informations en santé et la gestion de sa santé .....	287
2.2.2.	Lien avec les relations avec les professionnels de santé .....	287
2.3.	<i>La nationalité de l'élève et de ses parents, le sexe de l'élève, et la LES.</i> .....	288
2.3.1.	La nationalité de l'élève et la LES.....	288
2.3.2.	Le sexe de l'élève et la LES.....	289
2.3.3.	La nationalité du père de l'élève et la LES.....	289
2.3.4.	La nationalité de la mère de l'élève et la LES.....	291
2.4.	<i>Les lieux de naissance et de vie, le nombre de personnes au domicile et la LES.</i> .....	292
2.4.1.	Lieu de naissance et LES.....	292
2.4.2.	Nombre de personnes au domicile et LES.....	293
<b>3.</b>	<b>Discussion .....</b>	<b>296</b>
3.1.	<i>La langue parlée et la LES : quels éléments de compréhension ?</i> .....	296
3.1.1.	Sous l'angle des usages .....	296
3.1.2.	Sous l'angle des fonctions exécutives et du bilinguisme.....	296
3.1.3.	Sous l'angle de la culture et de la langue de naissance.....	297
3.2.	<i>Les garçons, les filles, et la LES : quels éléments de compréhension ?</i> .....	297
3.2.1.	Sous l'angle des comportements en santé.....	297
3.2.2.	Sous l'angle des modes de socialisation.....	298
3.3.	<i>La nationalité, les CSP, et la LES : quels éléments de compréhension ?</i> .....	298
3.3.1.	Sous l'angle des origines migratoires.....	298
3.3.2.	Sous l'angle de l'ancienneté dans le pays d'accueil.....	299
3.3.3.	Sous l'angle des catégories socio-professionnelles.....	299
3.4.	<i>Les lieux de naissance et de vie, et la LES : quels éléments de compréhension ?</i> .....	300
3.4.1.	Sous l'angle du lieu de naissance .....	300
3.4.2.	Sous l'angle du lieu de vie .....	301
3.4.3.	Sous l'angle des conditions de vie.....	301
3.5.	<i>Les compétences et dimensions de LES sous-jacentes et le HLQ.</i> .....	302
3.5.1.	Les compétences fonctionnelles, interactives et critiques.....	302
3.5.2.	Les dimensions : « accéder-repérer », « comprendre », « évaluer », et « appliquer-utiliser » ..	306
	<b>Conclusion.....</b>	<b>312</b>
	<b>Références bibliographiques .....</b>	<b>317</b>
	<b>Les figures .....</b>	<b>339</b>
	<b>Les tableaux .....</b>	<b>344</b>
	<b>Annexes .....</b>	<b>347</b>
	<b>Liste des sigles et acronymes.....</b>	<b>447</b>

## **Introduction : L'école et la littératie en santé, au cœur des inégalités sociales de santé (ISS) en France ?**

La santé et l'éducation à la santé sont au cœur de notre champs disciplinaire que ce soit en tant que professeure de lycée professionnel en Sciences et techniques médico-sociales (STMS), qu'en tant que formatrice à l'institut national supérieur du professorat et de l'éducation de Lyon (INSPE) auprès de futurs professeurs de lycées professionnels et technologiques. Cependant, le rapport à la santé n'a de sens que dans un contexte socio-culturel et « éduquer à la santé » nécessite de prendre en compte les particularités culturelles d'un pays. Les objectifs visés sont sans doute identiques sur le long terme mais les moyens et méthodes utilisés tiennent forcément compte de l'état sanitaire du pays et surtout des caractéristiques de sa population comme sa culture et ses habitudes. La santé se construirait dans les sociétés occidentales alors qu'elle relèverait de la fatalité dans d'autres (être en bonne santé ou non, n'est pas du ressort de l'individu mais d'une volonté divine). Éduquer à la santé suppose un apprentissage ; mais peut-on éduquer à la santé ?

Cette définition de la santé toute relative d'une culture à une autre reposerait également sur la littératie mais comment les concepts de « culture » et de « littératie » s'articulent-ils autour de la santé ? Peut-on « prendre en main » sa santé et ce avec un faible niveau de littératie ? Comment accéder à une littératie suffisante en santé selon la culture d'origine ? Y a-t-il un niveau de littératie nécessaire ? Ce sont autant de questions qui ont été à la source de mes préoccupations et de ce travail de recherche.

Selon l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), la littératie est « l'aptitude à comprendre et à utiliser l'information écrite dans la vie courante, à la maison, au travail et dans la collectivité en vue d'atteindre des buts personnels et d'étendre ses connaissances et ses capacités » (Statistics Canada et al., 2000, p. 9).

Ce niveau de littératie aurait un impact indirect sur la santé. En effet, la recherche montre que « les personnes ayant une faible littératie ont moins de connaissances sur les maladies et leurs traitements, et présentent des difficultés à comprendre les questions de santé en général. Elles ont plus de difficultés avec les communications verbales des médecins. Globalement, elles présentent de plus hauts niveaux de stress et des sentiments de vulnérabilité plus forts » (Rootman & Ronson, 2005, p. 68).

L'école aurait donc toute sa place pour développer cette littératie auprès des élèves qui lui sont confiés, et ce dès le plus jeune âge. Pourtant la France reste l'un des pays d'Europe occidentale où les écarts de santé entre les groupes sociaux sont parmi les plus importants. Le Haut Conseil de la santé publique dans son rapport « Les inégalités sociales de santé » (2009), dénonçait la situation de la France ; en effet selon lui les comparaisons avec d'autres pays renvoient une image dérangeante de notre pays alors même que les textes fondateurs reconnaissent à chacun le droit à la santé.

Selon le rapport de la Commission sur les déterminants sociaux (OMS, 2009, préambule) « les différences systématiques d'état de santé qui pourraient être évitées par des mesures judicieuses sont tout bonnement injustes. [...] Pour la Commission des déterminants sociaux de la santé, réduire les inégalités en santé est un impératif éthique. L'injustice sociale tue à grande échelle. » C'est pourquoi, la lutte contre les inégalités sociales de santé (ISS) et les inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) est l'un des quatre thèmes de la Stratégie nationale de santé 2018-2022. Alors quelle place peuvent avoir les apports des sciences de l'éducation pour lutter contre ces ISS dans le cadre Stratégie nationale de santé 2018-2022 ?

Les sciences de l'éducation sont caractérisées par leur aspect pluridisciplinaire, par la réunion de différents regards disciplinaires par rapport à un objet, qu'est l'éducation. Il nous semble important qu'il y ait aussi une approche culturelle de l'éducation à la santé dans la mesure où elle pourrait déterminer le niveau de littératie en santé, c'est-à-dire « pour prendre les mesures requises pour améliorer sa santé et celle de la communauté » (World Health Organization [IWHO], 1998, p. 11), et accentuer les inégalités sociales de santé.

L'ensemble de ces éléments nous interpelle sur la relation des inégalités sociales avec la littératie en santé, et sur l'impact de cette dernière sur les ISS.

# Partie 1. Le contexte de la recherche : La persistance des inégalités sociales de santé (ISS) en France

## Chapitre 1. Quel cadre institutionnel en France face à ces ISS ?

### 1. La santé : de quoi parle-t-on ?

#### 1.1. Les dimensions de la santé et ses enjeux

##### 1.1.1. Sa dimension législative et éducative

###### 1.1.1.1. Le « droit à la santé » dans les textes

C'est une des fonctions des États de veiller à la santé de leur population. L'accès aux soins et à la santé fait partie des droits de la personne humaine et ce droit est affirmé dans de nombreux textes fondateurs.

**Le « droit à la santé » dans la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).** Le droit à la santé apparaît dans le Préambule de la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de 1946 (*Documents Fondamentaux.*, 2015, p. 1) ainsi que dans la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 (article 25). Dans le Préambule de cette Constitution, l'OMS propose la définition suivante de la santé : « La santé est un état de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité... » ; cette définition montre que l'intégration sociale et les conditions de vie sont indissociables de la notion de santé. La santé nécessite la satisfaction des besoins fondamentaux de l'individu, mais aussi affectifs et sociaux ainsi que l'adaptation à un environnement.

La notion de santé proposée par l'OMS sous-entend aussi que l'individu évalue son propre bien-être. Cette notion de santé qui varie en fonction de chaque individu et du niveau de satisfaction de ses besoins fondamentaux n'est donc pas mesurable ; elle est variable ; elle est dynamique, dans le sens où elle repose sur la capacité à réagir efficacement aux agressions, à s'adapter aux changements et à l'environnement ; elle résulte de nombreux facteurs (biologiques, psychologiques et sociaux) et enfin, elle évolue en fonction de l'époque, de la culture et de l'individu.

**Le « droit à la santé » dans le préambule de la Constitution de 1946 et dans la loi de santé publique de 2004.** Le principe de « protection de la santé » est inscrit dans le préambule de la Constitution française de 1946, à l’alinéa 11 : « La Nation garantit à tous, notamment à l’enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé ». Ce principe est affirmé à nouveau dans la Constitution française de 1958.

La loi de santé publique de 2004 s’oriente davantage vers un droit d’accès aux soins, à l’information libre et objective. La loi stipule que « la politique de santé publique concerne : [...] 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 ».

Les principes qui accompagnent ces textes sont réaffirmés dans de nombreux autres textes tels que la Constitution française de 1958, l’avis du Conseil national d’éthique, la Commission nationale consultative des droits de l’homme, la Charte de l’environnement de 2004 (Haut Conseil de la santé publique. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. Rapport, 2009).

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé comporte de nombreuses dispositions ayant pour objet l’amélioration de l’accès aux soins. La lutte contre le renoncement aux soins pour des raisons financières constitue un élément central de la réforme. La loi vise également à garantir un égal accès à des soins de qualité sur l’ensemble du territoire national.

Pour cela, l’éducation et l’école peuvent avoir un rôle central.

#### 1.1.1.2. La dimension éducative de la santé

**Une dimension éducative de la santé selon Berger.** Dominique Berger rappelle dans un colloque UNIRÉS<sup>1</sup> en 2018 que même si l’école n’est pas un lieu de soin et ne peut prendre en charge toutes les difficultés de la société, elle est un outil de mise en œuvre de décisions politiques. Il propose à cette occasion une définition de la santé qui est la suivante : « Être en capacité psychologique et physiologique de prendre du pouvoir sur soi, sur son environnement et en capacité de le faire à titre collectif ». Il met ainsi l’accent sur la dimension à la fois

---

<sup>1</sup> UNIRÉS est le réseau des universités pour l’éducation à la santé. C’est une association nationale créée en 2007 à l’initiative de la conférence des directeurs d’IUFM - aujourd’hui, Réseau des INSPÉ, UNIRÉS articule ses missions autour de trois grands axes : la formation, la recherche et la mutualisation des ressources.

collective mais aussi éducative de la santé. L'éducation est alors centrale dans cette approche et elle peut être un outil politique.

**Les particularités de l'éducation thérapeutique.** Selon Chantal Eymard, même si aucun savoir ne peut être considéré comme socialement neutre, l'éducation thérapeutique diffère de l'éducation pour la santé « dans la mesure où l'apprentissage du patient intéresse la maladie, le corps, la chronicité, la mort et engage des réaménagements psychologiques et identitaires » (*Éducation thérapeutique du patient*, 2010, p. 42). De plus, si la volonté politique est essentielle pour changer les pratiques, elle n'est pas suffisante (*Éducation thérapeutique du patient*, 2010). En effet, les programmes et les activités d'éducation thérapeutique se construisent en référence à des modèles et des conceptions de l'éducation en santé qui ne sont pas toujours explicites. Aujourd'hui, aucun modèle n'est a priori exclu des pratiques. Par ailleurs, ces pratiques sont marquées par les empreintes disciplinaires et épistémologiques des modèles dans lesquelles elles s'inscrivent (*Éducation thérapeutique du patient*, 2010). L'éducation thérapeutique s'inscrit dans une dimension temporelle prenant en compte le développement des compétences où la notion d'éduquer comprend celle d'instruire, mais elle ne peut s'y réduire (*Éducation thérapeutique du patient*, 2010). Ces modèles peuvent être distingués selon deux traditions : le behaviorisme et le constructivisme au sens large. Le premier a pour finalité une modification du comportement et le second une modification du processus de pensée. Pour autant, certains modèles prennent en compte le développement cognitif pour transformer le comportement (*Éducation thérapeutique du patient*, 2010).

Maryvette Balcou-Debussche insiste sur l'importance pour l'éducation thérapeutique de prendre appui sur les « affordances » de l'environnement, c'est à dire la perception de ce que l'environnement permet dans une situation donnée. Ainsi, il faudrait pouvoir aider l'individu à identifier ces affordances. Cela suppose que l'apprenant dispose de la connaissance de tous les éléments en présence pour pouvoir décider, puis agir, imposant ainsi un réel travail sur l'autonomie à laquelle les apprenants doivent accéder (*Éducation thérapeutique du patient*, 2010, p. 77). L'action d'éducation est alors à percevoir dans une optique de reconstruction de nouvelles cohérences plutôt qu'en termes de changements de conduites ou d'habitudes (*Éducation thérapeutique du patient*, 2010). Dans cette perspective, Maryvette Balcou-Debussche a développé des « nids d'apprentissage ». Ils reposent sur des situations d'apprentissage issues d'une articulation entre la dimension théorique et la dimension pratique. Ces situations s'appuient sur les apports du socioconstructivisme et intègrent les rapports

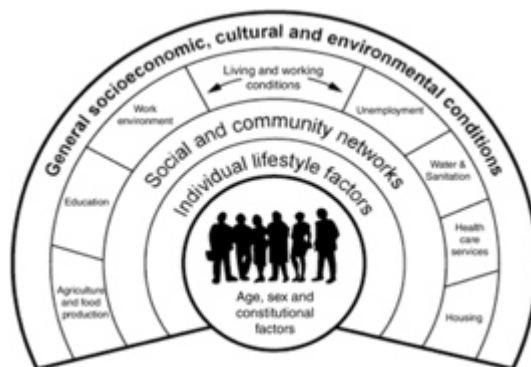
sociaux à travers lesquels se négocie la maladie chronique au quotidien (*Éducation thérapeutique du patient*, 2010).

La santé est donc soumise à de nombreuses influences qui sont liées soit à la personne elle-même ou à son comportement, soit à l'environnement physique et social dans lequel elle évolue. Il s'agit des déterminants de santé.

### 1.1.2. Les déterminants de la santé et les modèles existants

Depuis les années 1970, des cadres conceptuels ont cherché à hiérarchiser les déterminants de santé, à montrer la façon dont ces déterminants agissent et à évaluer leur part dans l'état de santé. Leur objectif était de donner une base explicative pour orienter l'action publique (Inspection générale des affaires sociales [IGAS], Rapport N°RM2011-061P. Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action, 2011).

Il existe différents modèles explicatifs de ces déterminants de la santé. Parmi eux, celui de Dahlgren et Whitehead (1991) est beaucoup utilisé (cf. figure 1).



**Figure 1.** Les principaux déterminants de la santé (Dahlgren & Whitehead, 1991, p. 11).

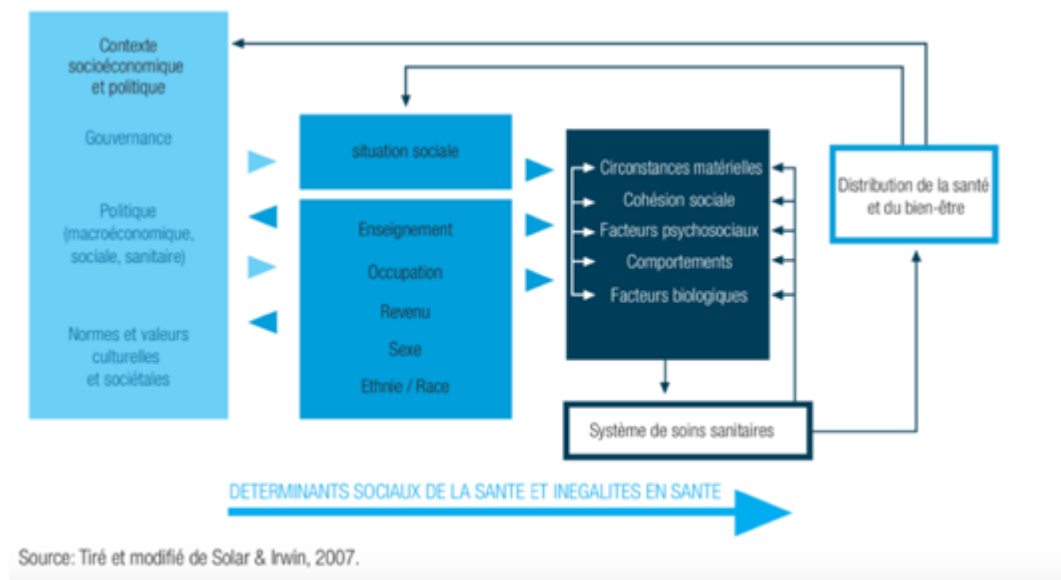
Il existe des modèles plus récents qui mettent en évidence le poids des déterminants structurels. Ils renvoient à des questions politiques puisqu'agir sur ces déterminants suppose en effet des choix en matière de régulation économique et sociale (IGAS, Rapport N°RM2011-061P. 2011, p. 13). Par ailleurs, certaines études ont essayé de pondérer la part des différents déterminants sociaux dans l'état de santé (IGAS, Rapport N°RM2011-061P. 2011, p. 14). En effet, le Haut Conseil de la santé publique (2009, p. 10) note que la question des déterminants de santé en France a été longtemps exclusivement orientée sur les soins individuels, dans le cadre de la relation entre le malade et le médecin.



La question a donc porté essentiellement sur l'accès aux soins, garanti par les systèmes de protection sociale et d'assurance maladie. Par la suite, de nombreuses recherches ont mis en évidence d'autres déterminants, extérieurs au système de soins et de santé, fixant une approche intersectorielle de la santé, au-delà des seuls liens avec le système de soins publique (2009, p. 10).

### 1.1.2.1. Le modèle de la commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS

Le modèle le plus récent élaboré par la commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS différencie trois composantes (cf. figure 2) : la première est le contexte socioéconomique et politique, c'est-à-dire la gouvernance, les politiques macroéconomiques, les politiques sociales, la culture et les valeurs sociétales... ; la deuxième correspond aux déterminants structurels liés à la situation socioéconomique des individus, c'est-à-dire la stratification sociale mesurée par le revenu, la formation, l'emploi, le genre ou l'ethnie... ; la troisième est celle des déterminants intermédiaires, c'est-à-dire les circonstances matérielles, les facteurs psychosociaux et environnementaux, les comportements et la biologie, et le système de santé (IGAS, Rapport N°RM2011-061P. 2011, p. 13).



**Figure 2.** Cadre conceptuel de la commission des déterminants sociaux de la (IGAS, Rapport N°RM2011-061P. 2011, p. 13).

Les déterminants liés au contexte socioéconomique et politique correspondent à la gouvernance, aux politiques macro-économiques, aux politiques sociales, aux politiques publiques, à la culture et aux valeurs d'une société. Ce sont des facteurs qui ont un impact sur la stratification sociale et économique d'un pays.

Les déterminants dits « structurels » de l'état de santé (France et al., 2017, p. 52) sont liés au contexte politique et socio-économique d'un pays car leur impact sur la stratification sociale et économique du pays va agir sur la répartition sociale en fonction des revenus, de l'éducation, de la profession, du sexe, et des origines. Ces facteurs ont un impact sur la distribution inégale des déterminants intermédiaires.

Les déterminants intermédiaires de l'état de santé sont liés aux conditions matérielles, psychologiques, aux facteurs biologiques et génétiques, aux comportements, ainsi qu'à l'accès au système de santé. Les conditions matérielles se rapportent : au logement, à la qualité du quartier, à la consommation potentielle par exemple aux moyens financiers d'acheter des aliments sains, des vêtements chauds, et à l'environnement physique du travail. Les facteurs psychosociaux renvoient quant à eux au stress des conditions de vie et de travail, et aux relations et au soutien social. Les comportements font référence à la nutrition, à l'activité physique, à la consommation de tabac et d'alcool, qui ont une répartition socialement stratifiée selon les différents groupes sociaux (IGAS, Rapport N°RM2011-061P. 2011, p. 14).

D'autres études apportent des éléments explicatifs nouveaux à ces modèles existants.

#### 1.1.2.2. Les nouveaux éclairages sur les déterminants sociaux

Des recherches en épidémiologie sociale et géographie de la santé apportent des éclairages nouveaux sur les déterminants sociaux qui bousculent l'approche biomédicale de la santé encore dominante en France. Parmi ces études, celles basées sur le suivi de cohortes sont importantes par leurs apports. La plus ancienne est celle de « Whitehal » appelée « Stress & Health Study ». Elle a été créée, entre 1967 et 1969. Elle intégrait 19 015 Britanniques fonctionnaires âgés de 40 à 69 ans. Leur mortalité a été suivie jusqu'en 1987. En 1985, une nouvelle cohorte a inclus 10 308 individus (IGAS, Rapport N°RM2011-061P. 2011, p. 14).

Les recherches actuelles s'accordent à dire que ces déterminants interviennent tous, mais qu'il est impossible d'expliquer comment, ni si l'un prédomine sur l'autre ni selon quelle hiérarchie. Néanmoins, des études de neuro-endocrinologies se développent pour expliquer comment une situation sociale peut affecter l'organisme comme les situations durables de stress néfastes à la santé et qui semblent expliquer une plus grande vulnérabilité de l'organisme. Les études ont ainsi pu associer le stress à des mécanismes neuro-immunitaires et neuroendocriniens ou à des effets sur le système cardiovasculaire (IGAS, Rapport N°RM2011-061P. 2011, p. 14). Ces mécanismes pourraient aussi expliquer une plus grande vulnérabilité à la maladie de façon générale.

D'autres travaux ont analysé les effets de la perception de sentiments négatifs, tel que la honte, l'hostilité ou le sentiment d'injustice, liés à une faible position sociale. Ces mécanismes biophysiques permettraient de comprendre la diversité des maladies pour lesquelles il existe des différences sociales. En fait, les études s'intéressent de plus en plus au rôle médiateur que joue le système nerveux vers les autres systèmes biologiques (endocrinien, immunitaire, sanguin, ...) (IGAS, Rapport N°RM2011-061P. 2011, p. 14). De plus, les études sur le stress montrent que les stress les plus nocifs pour la santé ne seraient pas ceux qui résultent d'une crise, mais plutôt ceux qui durent longtemps. Ces recherches constatent que plus une personne est située au haut de la hiérarchie sociale, plus elle arrive facilement à diminuer le niveau de glucocorticoïdes après un stress aigu (Marmot et al., 1978).

Actuellement, concernant ces déterminants, certains privilégient les conditions de naissance et de vie dans la petite enfance qui, lorsqu'elles sont défavorables, seraient source des inégalités. Pour d'autres ce serait plutôt l'effet cumulatif des déterminants sociaux et économiques défavorables qui se combinent et interagissent au cours de la vie (OMS, 2009 ; Lang, Ulrich, France, Ministère de l'emploi et de la solidarité, et Direction de la recherche, 2017, p. 19).

### 1.1.3. Les enjeux de la définition de la santé

#### 1.1.3.1. Des enjeux sociaux

La définition proposée par l'OMS indique l'idée que la santé ne se situe pas seulement sur le plan individuel puisque la recherche du « bien-être social » pose le problème au niveau collectif. Dans sa déclaration d'Alma-Ata du 12 septembre 1978, l'OMS, réaffirme

l'importance de la santé pour nos sociétés actuelles et la responsabilité des gouvernements : « La santé est un droit fondamental de l'être humain, l'accès au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socio-économiques autres que celui de la santé. Les gouvernements ont vis-à-vis de la santé des populations une responsabilité dont ils ne peuvent s'acquitter qu'en assurant des prestations sociales adéquates. »

#### 1.1.3.2. Des enjeux de santé publique

Depuis la Charte d'Ottawa en 1986, dans laquelle est définie le concept de « promotion de la santé », l'OMS propose une vision globale de la santé, perçue comme une « ressource de la vie quotidienne et non comme un but de la vie » (OMS, 1986). La promotion de la santé est alors un moyen donné aux populations pour garder et améliorer leur santé. Cette préoccupation de la santé se décline en France avec les politiques de santé publique, et depuis la loi du 9 Août 2004<sup>2</sup>, cette dernière est devenue un devoir de l'État. Ce devoir est alors essentiel face aux inégalités sociales de santé.

### 1.2. Spécificité et visages des inégalités sociales de santé (ISS)

Trois types d'inégalités en santé sont distingués même s'ils peuvent être liés. Le premier correspond aux inégalités entre les hommes et les femmes. Le deuxième type d'inégalités est celui lié aux inégalités entre les catégories socioprofessionnelles. Le troisième est celui des inégalités entre les territoires (IGAS, 2011, p. 7).

#### 1.2.1. La notion d'ISS et ses contours

##### 1.2.1.1. Une définition des ISS

**La distinction avec les inégalités de santé.** Les inégalités sociales de santé sont définies comme « toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale » (Potvin, Jones, Moquet et Institut national de prévention et d'éducation pour la santé [INPES], 2012, p. 38). Elles sont distinctes des inégalités de santé qui relèvent de facteurs génétiques ou

---

<sup>2</sup> Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

physiologiques, et non de justice sociale. En effet, deux éléments sont importants dans cette définition. Tout d'abord, les catégories socioprofessionnelles ne sont pas seulement une unité de mesure des inégalités de santé, il y existe un lien direct entre l'état de santé d'un individu et sa position sociale. Ensuite, ces inégalités de santé sont considérées comme évitables car elles ne résultent pas seulement de la biologie, mais de déterminants socialement construits (IGAS, 2011, p. 7).

**La définition de l'OMS.** L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a remplacé le terme d'inégalité par l'« inéquité » dans la version européenne de « La santé pour tous » (Organisation mondiale de la santé et Bureau régional de l'Europe, 1998, p. 4). Elle propose de définir l'équité en santé comme : « l'absence de différences systémiques et potentiellement remédiables, dans un ou plusieurs aspects de la santé parmi la population qui sont définis socialement, économiquement, démographiquement ou géographiquement ».

La Commission des déterminants sociaux de la santé ajoute que : « Comblers ces inégalités [...] est une question de justice sociale. Pour la Commission des déterminants sociaux de la santé, réduire les inégalités en santé est un impératif éthique. L'injustice sociale tue à grande échelle » (OMS, 2009, préambule).

#### 1.2.1.2. Les contours des ISS

Dans son rapport en 2011, Inspection générale des affaires sociales (IGAS) fait deux constats concernant les inégalités sociales de santé (IGAS, 2011, p. 7).

Le premier est qu'améliorer l'état de santé de la population n'est pas suffisant puisque les inégalités sociales de santé ne diminuent pas, mais au contraire elles s'accroissent en partie : en 2008, la proportion d'enfants de CM2, obèses chez les ouvriers était dix fois plus élevée que chez les cadres, alors qu'elle était quatre fois plus élevée en 2002.

Le deuxième constat de l'IGAS est que l'action seule sur le système de prévention et de soins ne suffit pas à réduire les inégalités sociales de santé (IGAS, 2011, p. 7). En effet, la majeure partie des déterminants sociaux de la santé se construisent en amont du système de soins, dans les conditions de vie et de travail des individus et ce sont, selon l'IGAS, ces déterminants qu'il faut comprendre (IGAS, 2011, p. 7).

**Le concept de déterminants sociaux de la santé.** Il existe des grandes catégories de déterminants à savoir : l'âge, le sexe et les facteurs héréditaires, les comportements individuels, les réseaux sociaux et les communautés dans lesquelles s'inscrivent les individus, les conditions de vie et de travail, et les conditions économiques, culturelles et environnementales. Le concept de déterminants sociaux de la santé vise à comprendre comment les inégalités sociales deviennent des inégalités de santé. (IGAS, 2011, p. 7).

Les études épidémiologiques ont mis en avant la multiplicité des facteurs en cause dans la construction des ISS, leur effet cumulatif tout au long de la vie, et leur accentuation possible due au système de soins et de prévention (Haschar-Noé & Lang, 2017, p.16). Selon Haschar-Noé et Lang (2017, p.16), l'effet de chacun de ces facteurs est « modeste », c'est leur cumul qui génère les différences d'espérance de vie observées en France, qui sont par ailleurs parmi les plus élevées en Europe.

L'état de santé s'améliore progressivement au fur et à mesure que l'on s'élève dans la hiérarchie sociale, de manière régulière, du bas de l'échelle sociale jusqu'au sommet. Ces inégalités peu visibles n'apparaissent qu'au travers des statistiques de santé, contrairement aux données plus visibles telles que la précarité dont la forme extrême est représentée par les personnes sans domicile fixe. Ces inégalités posent alors la question des déterminants de la santé, puisqu'elles montrent des différences importantes entre des groupes dont le mode de vie n'est pas manifestement différent comme par exemple entre les professions intermédiaires et les cadres (Haut Conseil de la santé publique [HCSP], 2009, p. 30).

**La notion de gradient social.** Les inégalités sociales de santé concernent l'ensemble de la population française dont un très grand nombre de maladies suit la hiérarchie sociale. En effet, ce gradient n'oppose pas seulement les plus pauvres aux autres, mais il concerne aussi des processus et des déterminants de l'état de santé existant dans l'ensemble du corps social (HCSP, 2009, p. 20).

Les ISS touchent de ce fait toute la population selon un gradient social. Chaque catégorie sociale présente un niveau de mortalité et de morbidité plus faible que le groupe social inférieur (Cambois, Laborde et Robine, 2008, p. 2). Ces inégalités sociales de santé s'expriment notamment par une différence d'espérance de vie entre les ouvriers et les cadres supérieurs

même si les deux catégories bénéficient d'un emploi, d'un logement et d'une insertion sociale (HCSP, 2009, p. 20). Les ouvriers ont une espérance de vie plus courte et passent plus d'années en incapacité. Par ailleurs, les écarts de santé entre les hommes selon les catégories socio-professionnelles sont plus importants que les écarts observés entre les femmes (Cambois et al., 2008, p. 2). Si l'on observe la population la plus précaire alors la situation est extrême et cela est manifeste : le mauvais état de santé et les difficultés d'accès aux soins des populations les plus pauvres, sont quasiment « visibles » (HCSP, 2009, p. 20).

À l'inverse, les inégalités sociales de santé dans l'ensemble de la population pourraient ne pas être perçues si elles n'étaient établies par des chiffres, c'est-à-dire les indicateurs de santé (HCSP, 2009, p. 20).

Ainsi, les déterminants de ce gradient sont identifiés depuis les années 1960, et ils ne sont pas seulement dus à la pauvreté extrême (HCSP, 2009, p. 20). Les études dévoilent que la santé des plus pauvres ne représente que la partie émergée d'un iceberg (HCSP, 2009, p. 20). Ces inégalités s'accompagnent également d'inégalités territoriales qui sont le résultat des inégalités socioéconomiques des territoires, et de l'offre et l'accessibilité locale de services sanitaires, sociaux et médico-sociaux (Cambois et al., 2008, p. 2).

**Le lien des ISS avec d'autres disparités.** Il existe des interrelations avec d'autres types d'inégalités : les disparités territoriales et des disparités liées au genre et à l'âge (HCSP, 2009, p. 22).

L'environnement géographique est un des déterminants de la santé puisque en effet, les disparités sociales liées à l'occupation du territoire sont nettement identifiées en France (HCSP, 2009, p. 22). Les relations entre inégalités sociales et territoires sont variées. Cette variabilité conséquente de la répartition des catégories sociales au sein d'un territoire est observée quelle que soit l'échelle examinée : régionale, départementale ou dans une certaine mesure communale. L'implantation différentielle des populations selon leur catégorie sociale découle de processus qui ont participé à cette distribution sur les territoires (HCSP, 2009, p. 10).

La spécification et la catégorisation des quartiers en fonction de leur organisation et de leur aménagement sont ainsi un enjeu essentiel pour identifier et comprendre les inégalités sociales de santé au niveau des territoires et leurs déterminants (HCSP, 2009, p. 10).

Les disparités liées au genre interrogent plutôt l’outil de mesure utilisé (de mortalité, de santé perçue...) avant les inégalités car les femmes ont une espérance de vie supérieure à celle des hommes, mais d’un état de santé perçu ou déclaré inférieur en termes de qualité. En revanche, les disparités d’accès aux soins selon le genre se manifestent par des inégalités d’accès secondaire aux soins, notamment dans le domaine cardiovasculaire (HCSP, 2009, p. 22).

Concernant les disparités liées à l’âge, la catégorie des personnes âgées dont l’état de santé est naturellement lié à l’âge, mais l’âge pourrait être un facteur limitant l’accès aux soins de santé, qu’il s’agisse d’accès primaire ou secondaire (HCSP, 2009, p. 22).

#### 1.2.1.3. Les dimensions morale, éthique, et économique

**La notion d’équité et de justice sociale.** La notion d’équité en santé renvoie à la théorie de la justice sociale de Rawls et au développement de conditions favorables à la santé pour tous (Daniels, 2009, p. 10).

Certains auteurs préconisent de se préoccuper en priorité de l’équité en santé, car elle constitue une condition préalable à l’autonomie et au bien vivre (HCSP, 2009, p. 25). La santé est en effet une des dimensions de la vie, avec la richesse, les loisirs... L’environnement et les choix qui déterminent la santé interagissent ainsi avec les autres éléments de la vie. L’« impératif éthique » avancé par la Commission sur les déterminants sociaux (OMS, 2009, préambule) fait référence à une position normative fondée sur une théorie de la justice sociale. Le contenu de ce qui est entendu par justice sociale ne va pourtant pas de soi (HCSP, 2009, p. 25). En effet, la discussion sur la justice sociale renvoie à deux courants de pensée distincts : l’utilitarisme et l’égalitarisme libéral (HCSP, 2009, p. 25).

L’utilitarisme privilégie le bien-être social. Le choix des actions doit reposer sur leurs conséquences collectives, l’intérêt collectif l’emportant sur l’intérêt particulier. Pour certains comme Bentham, le bien-être se traduit en termes de plaisir et de douleur, pour d’autres comme Mill, il est étendu à la notion d’utilité, c’est à dire la satisfaction des préférences des personnes (HCSP, 2009, p. 25). Cette théorie se confronte à deux questions, la première est la difficulté de mesurer le bien-être collectif, c’est-à-dire le passage des préférences individuelles aux préférences collectives, et la deuxième est le désintéressement des inégalités vue la place



donnée à la somme des utilités. Par ailleurs, l'utilitarisme pourrait aussi mettre à mal les droits fondamentaux, dont la protection est soumise à leurs conséquences sur le bien-être collectif (HCSP, 2009, p. 25).

L'égalitarisme libéral de Rawls et Dworkin met plutôt l'accent sur la réalisation des projets de vie des personnes. Cette théorie recommande de respecter aussi bien la liberté des individus que l'égalité des chances en garantissant une possibilité d'accès égale à toutes fonctions aux personnes de mêmes talents, l'accès réel relevant alors de préférences individuelles. L'égalitarisme libéral envisage l'égalité en donnant la priorité aux moins avantagés dans les choix sociaux (HCSP, 2009, p. 25). Cette théorie soulève aussi des questions comme celle de la responsabilité individuelle qui est par ailleurs difficile à définir (HCSP, 2009, p. 25).

Pour Rawls et Dworkin, la responsabilité individuelle peut justifier des désavantages en santé, quand l'individu subit les conséquences de ses propres choix, et même s'il les regrette. Par exemple, l'égalité des chances serait compatible avec un système qui ne prendrait pas en charge le cancer des poumons d'un fumeur non assuré, si fumer et ne pas être assuré sont l'expression de son libre choix (HCSP, 2009, p. 25).

Pour d'autres auteurs comme Sen, à l'inverse, la responsabilité individuelle existe quand une personne assume ses choix passés, sans les regretter (HCSP, 2009, p. 25).

Ainsi, il est possible de considérer comme injustes certaines inégalités sociales résultant de comportements de santé plus nuisibles dans certaines catégories sociales, s'ils sont aujourd'hui assumés par les personnes concernées (HCSP, 2009, p. 25). Pourtant, il paraît inconcevable de regarder ces comportements à risque comme l'unique expression de la responsabilité individuelle étant donnés les problèmes d'information, les difficultés à se projeter dans l'avenir, les conditionnements sociaux entravant de fait le libre arbitre. Il ne paraît donc pas éthiquement fondé de faire reposer l'entière responsabilité de ses comportements sur l'individu seul (HCSP, 2009, p. 25). D'ailleurs, c'est aussi sur cette même base éthique que certains comportements à risques sont interdits. De plus, la mise en cause de la responsabilité individuelle trouve ses limites dans les inégalités sociales de santé qui touchent les enfants (comme l'obésité) et qui préparent les inégalités sociales de santé futures (HCSP, 2009, p. 25).

**La dimension économique.** Sous l'angle économique, la santé est considérée comme un capital humain et son amélioration est un élément favorisant la croissance économique. C'est

pourquoi, la santé a été incluse par l'Union Européenne dans les critères d'efficacité économique (HCSP, 2009, p. 26).

Les travaux macroéconomiques portant sur les pays en voie de développement ou macro-historiques portant sur les pays industrialisés convergent globalement en montrant l'impact de l'amélioration de l'état de santé de la population<sup>3</sup> sur la croissance économique de long terme (HCSP, 2009, p. 26).

Ces études confirment l'impact de l'amélioration de la santé des populations sur les trajectoires de développement des pays sur le long terme<sup>4</sup>. En revanche, sur des durées plus courtes et pour les pays industrialisés seulement, les travaux macroéconomiques récents ne font pas consensus (HCSP, 2009, p. 26). Contrairement aux Pays en voie de développement (PVD), la morbidité dans les pays développés est principalement liée à des maladies non contagieuses, souvent liées aux modes de vie (telles que le diabète, les maladies coronariennes, les maladies mentales) et les indicateurs de mortalité diffèrent peu d'un pays développé à l'autre (HCSP, 2009, p. 27). Ainsi l'espérance de vie est un indicateur moins pertinent pour comparer les pays développés entre eux puisque les écarts entre ces pays sont faibles et de ce fait les corrélations entre état de santé (mesuré avec l'indicateur de l'espérance de vie) et croissance sont difficilement faisables (HCSP, 2009, p. 27). D'autres indicateurs plus adaptés sont alors utilisés comme le taux de mortalité associé au Produit intérieur brut (PIB)<sup>5</sup> (HCSP, 2009, p. 27).

L'état de santé devient ainsi un facteur important de croissance. Il influe sur la croissance économique au travers de quatre moyens : l'accumulation de capital humain, la participation au marché du travail, la productivité du travail et l'investissement (HCSP, 2009, p. 27).

---

<sup>3</sup> L'amélioration de l'état de santé de la population est mesurée par les écarts ou les gains en termes d'espérance de vie (HCSP, 2009, p. 26).

<sup>4</sup> Le rapport de la Commission on Macroeconomics and Health (OMS, 2001, cité dans HCSP, 2009, p. 26) conclut qu'une augmentation de 10% de l'espérance de vie à la naissance participe au moins à 0,3 point de croissance supplémentaire par an. Fogel (1994, cité dans HCSP, 2009, p. 26) ou Aora (2001, cité dans HCSP, 2009, p. 26), prouvent pour plusieurs pays industrialisés, que leur croissance sur une longue durée, est en grande partie due à l'amélioration de la santé de leur population (c'est le cas par exemple pour un tiers de la croissance du Royaume-Uni sur le siècle passé).

<sup>5</sup> Les travaux de Suhrcke et Urba (1994, cité dans HCSP, 2009, p. 27) montrent, pour un ensemble de pays développés, que 10% de baisse du taux de mortalité par maladies cardiovasculaires entrainerait un point de plus de croissance du Produit intérieur brut (PIB) par tête dans les cinq années suivantes.

L'accumulation de capital humain a lieu principalement au début de la vie, période pendant laquelle un mauvais état de santé peut nuire à l'acquisition de compétences de l'individu. Comme les inégalités sociales de santé apparaissent dès les premières années de la vie, elles peuvent ainsi freiner l'accumulation de capital humain (par l'absentéisme, par l'apprentissage dans de mauvaises conditions...) (HCSP, 2009, p. 27). Par exemple, les enfants vivant en Zone d'éducation prioritaire (ZEP) sont 21% à être équipés de lunettes en cas de problèmes visuels, contre 26% pour les autres enfants alors que les troubles de la vision, connus avant l'enquête ou détectés lors de l'examen, concernent la même proportion d'enfants (HCSP, 2009, p. 27).

Par la suite, l'état de santé des individus devient un facteur-clé de leur participation au marché du travail : un mauvais état de santé peut mener à une insertion professionnelle plus difficile, et, pour les personnes en emploi, à un retrait, partiel ou total, temporaire ou définitif, du marché du travail (HCSP, 2009, p. 28).

L'état de santé d'un individu intervient également sur la productivité de son travail, à travers la « qualité » du travail fourni et le niveau de l'absentéisme (HCSP, 2009, p. 28). Par ailleurs, les inégalités de santé liées aux conditions de travail sont un facteur de détérioration du capital humain et donc indirectement du taux de croissance potentielle de l'économie. C'est pourquoi, réduire les inégalités de santé liées au travail préserve le capital humain global de l'économie (HCSP, 2009, p. 28).

Enfin, l'amélioration de l'état de santé, comme l'augmentation de l'espérance de vie, permet de construire des projets à long terme et encourage à poursuivre davantage des études car disposer de plus de temps « rentabilise » cet investissement (HCSP, 2009, p. 28). Par ailleurs, l'idée d'une vie plus longue pousse à épargner dans la perspective d'une retraite. L'ensemble favorise donc l'accumulation de capital humain au travers de l'éducation et celle de capital via l'épargne (HCSP, 2009, p. 28).

**Les crises économiques et les inégalités sociales de santé.** Les crises économiques touchent particulièrement les populations les plus démunies, et les politiques qu'elles entraînent ont des effets sur la santé et les inégalités sociales de santé.

Des recherches menées dans plusieurs pays montrent des impacts complexes à court terme. Il apparaît une dégradation de la santé mentale, une aggravation des suicides mais une baisse des

accidents de transports. Les crises économiques entraînent généralement une diminution des budgets alloués à la protection sociale, ce qui affecte directement les déterminants de santé et les inégalités sociales de santé (HSCP, 2017, p. 17).

Globalement, l'amélioration de l'état de santé et la réduction des inégalités de santé augmentent la croissance potentielle de long terme par le volume et la qualité du travail disponible. Cependant, ces thèses restent discutées pour soulever des objections économiques mais ces dernières ne sauraient remettre en cause les inégalités sociales de santé (HCSP, 2009, p. 28).

### 1.2.2. L'importance des ISS en France

La France est l'un des pays d'Europe occidentale où les écarts de santé entre les groupes sociaux sont parmi les plus importants, c'est pourquoi, la lutte contre les ISS et contre les inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) est l'un des quatre thèmes de la Stratégie nationale de santé 2018-2022.

Pour autant, l'amélioration de la santé des populations pauvres ou précaires et la réduction des écarts pour cette population sont des objectifs nécessaires mais pas suffisants.

#### 1.2.2.1. L'Enquête santé protection sociale (ESPS)

L'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) dirige depuis 1988, l'Enquête santé protection sociale (ESPS) qui étudie les relations entre l'état de santé, l'accès aux services de santé, l'accès à l'assurance publique et privée et le statut économique et social des individus enquêtés. Cette enquête est le support de l'Enquête santé européenne (European Health Interview Survey-EHIS) de 2014, en collaboration avec la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), la seule enquête généraliste représentative en population générale, en France (Blanpain, 2016, p. 40 ; 2018, p. 42).

Les catégories sociales les plus défavorisées disent dans l'ensemble être en moins bonne santé que les autres. Les études publiées par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) indiquent notamment que les inégalités de mortalité entre catégories

sociales persistent : chez les hommes, environ 13 ans d'écart d'espérance de vie à la naissance existent entre les 5% les plus aisés et les 5% les plus pauvres, et chez les femmes, cet écart est moins marqué, mais il reste supérieur à 8 ans (Blanpain, 2016, p. 40 ; 2018, p. 42).

#### 1.2.2.2. Des inégalités sociales de mortalité remarquées

La France se distingue par l'existence d'inégalités sociales de mortalité. Il existe en effet un gradient social de mortalité, c'est-à-dire un risque de mortalité qui augmente à mesure que le niveau social diminue. Ce gradient social de mortalité assez marqué en France est particulièrement observable pour la mortalité prématurée (Buzyn, 2017 ; Desjardins, D'Amours et al., 2008 ; cités dans HSCP, 2017, p. 16)

Ces inégalités sociales de mortalité sont l'expression ultime des inégalités. Les mécanismes en jeu sont multiples. Ce sont : les inégalités sociales face au risque de développer une maladie, les inégalités face à la prise en charge et au suivi, ou encore l'effet des déterminants sociaux sur la mortalité et la morbidité passant par une exposition socialement différenciée à des risques (HSCP, 2017, p. 16).

**Des disparités d'espérance de vie à 35 ans selon les catégories sociales et les diplômes.** De 2009-2013, l'espérance de vie à 35 ans<sup>6</sup> chez les hommes cadres (49,0 ans) est supérieure de 6,4 ans à celle d'un ouvrier (42,6 ans). Cet écart est relativement stable depuis la période 1976-1984 (France et al., 2017, p. 90). Chez les femmes, sur la même période, l'écart est plus faible, il est de 3,2 ans : l'espérance de vie à 35 ans d'une cadre est de 53 ans et celle d'une ouvrière est de 49,8 ans.

Cet écart se situe dans la même fourchette d'écart depuis la période 1976-1984 (France et al., 2017, p. 90).

Ces inégalités sociales restent importantes, cependant elles sont inférieures à l'écart lié au sexe : une ouvrière a une espérance de vie à 35 ans supérieure à celle d'un homme cadre, même si l'écart est dorénavant d'un peu moins d'une année (France et al., 2017, p. 90).

---

<sup>6</sup> L'espérance de vie par catégorie sociale, mesurée à 35 ans, correspond à l'espérance de vie d'une personne qui connaîtrait à partir de 35 ans les risques de mortalité encourus actuellement par les personnes relevant de la catégorie considérée à tous les âges supérieurs à 35 ans (France et al., 2017, p. 89).

La situation des personnes inactives non retraitées est spécifique car cette inactivité peut être liée directement à des raisons de santé ou au contexte familial. Ceci explique la plus faible espérance de vie à 35 ans de ces personnes (France et al., 2017, p. 90). Cette espérance de vie à 35 ans est aussi liée au niveau de diplôme.

Pour la période 2009-2013, l'écart d'espérance de vie à 35 ans entre les hommes diplômés du supérieur (48,2 ans) et les hommes n'ayant aucun diplôme (40,7 ans) est de 7,5 ans. Pour les femmes, l'écart est de 4,2 ans. L'amélioration de l'espérance de vie à niveau de diplôme donné est inférieure à celle de l'ensemble de la population, ce qui peut être le reflet de l'augmentation générale du niveau de diplôme dans la population.

Par ailleurs, quel que soit leur niveau de diplôme, les femmes ont une espérance de vie à 35 ans supérieure dans l'ensemble à celle des hommes. Seules les femmes sans diplôme ont une espérance de vie légèrement plus faible que les hommes diplômés du supérieur (presque 2 mois) (France et al., 2017, p. 90).

**Des disparités d'espérance de vie à 65 ans sans limitation d'activité.** L'espérance de vie à 65 ans sans limitation d'activité<sup>7</sup> en France en 2015 était de 10,6 ans sur 23,5 ans pour les femmes, 9,7 ans sur 19,0 ans pour les hommes (France et al., 2017, p. 90).

En 2014 au niveau européen, il apparaissait que plus l'espérance de vie à 65 ans était élevée, plus la part de l'espérance de vie sans limitation d'activité était élevée. Il existe cependant de grandes disparités persistantes selon les pays, même parmi ceux qui ont une espérance de vie proche (France et al., 2017, p. 91).

Sur les 21 pays du classement d'Eurostat pour lesquels l'espérance de vie des hommes à 65 ans est la plus élevée et comprise entre 17,7 et 19,7 ans, l'espérance de vie sans limitation d'activité varie entre 6,8 ans (soit 37% de l'espérance de vie à 65 ans) en Allemagne et 15,4 ans en Islande (soit 79%). La France a une position intermédiaire : 10,4 ans d'espérance de vie sans limitation d'activité pour les hommes (soit 52%) (France et al., 2017, p. 91).

---

<sup>7</sup> Des enquêtes européennes du dispositif d'observation statistique des ressources et conditions de vie (SILC, et la déclinaison française SRCV) évaluent le nombre d'années de vie à passer sans limitation d'activité. Cet indicateur, inclus désormais dans les indicateurs structurels de l'Union européenne (healthy life years), est une forme d'espérance de vie sans incapacité (EVSI) (France et al., 2017, p. 91).

Pour les autres pays européens issus de l'Europe de l'Est, pour lesquels l'espérance de vie à 65 ans des hommes est moins élevée, l'espérance de vie à 65 ans sans limitation d'activité est généralement plus faible et varie de 4 ans à 8,7 ans. Il existe, là aussi, de fortes disparités dans la part que représente l'espérance de vie sans limitation d'activité : cette part est de 62% en Bulgarie contre 28% en Slovaquie ou en Lettonie (France et al., 2017, p. 91).

Pour les femmes, 23 pays comprenant ces 21 pays avec la plus forte espérance de vie masculine à 65 ans plus la Pologne et l'Estonie, ont une espérance de vie à 65 ans supérieure à 20 ans, et 11 de ces pays, dont la France, ont une espérance de vie sans limitation d'activité à 65 ans supérieure à 10 ans (la valeur la plus élevée étant de 16,7 ans pour la Suède) (France et al., 2017, p. 91). Les 8 autres pays, issus de l'ancienne Europe de l'Est, ont une espérance de vie à 65 ans comprise entre 17,6 ans (en Bulgarie) et 19,8 ans (en République tchèque) et une espérance de vie sans limitation d'activité comprise entre 3,6 ans (en Slovaquie) et 9,6 ans (en Bulgarie) (France et al., 2017, p. 91).

Des analyses dévoilent qu'une partie des différences est liée à des variations dans la prévalence des incapacités et dans la propension à ressentir et à déclarer les limitations d'activité<sup>8</sup>. Il a été montré que l'organisation sociale des différents pays et la manière de gérer les troubles de santé contribuent également à ces disparités géographiques d'espérance de vie sans limitation d'activité (France et al., 2017, p. 91). Ces disparités dépendent donc aussi des mesures prises pour éviter les décès avant 65 ans.

### 1.2.2.3. Une mortalité prématurée et évitable

**Définitions et catégories.** La mortalité prématurée a longtemps été définie comme l'ensemble des décès survenus avant l'âge de 65 ans<sup>9</sup> (Haut comité de la santé publique [HCSP], 1994). Ces décès prématurés peuvent ensuite être distingués en deux sous-groupes : décès prématurés évitables et décès prématurés non évitables.

---

<sup>8</sup> Ces disparités observées, également au sein de groupes homogènes au regard de l'espérance de vie, peuvent aussi être liées à des différences de traduction ou de formulation des questions d'enquêtes.

<sup>9</sup> Cette limite d'âge n'étant plus adaptée aux progrès de l'espérance de vie, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) recommandait en 2013 de repousser ce seuil à 75 ans. Toutefois, le seuil à 65 ans reste utilisé par Eurostat pour les comparaisons entre États membres de l'Union européenne (France et al., 2017, p. 71).

La mortalité évitable peut à son tour être divisée en mortalité dont les causes peuvent être prévenues par des interventions efficaces en prévention primaire, telles que des actions en milieu scolaire pour réduire des comportements défavorables à la santé (tabagisme, consommation nocive d'alcool...), la vaccination, ou des dispositions réglementaires (port obligatoire de la ceinture de sécurité en voiture, interdiction de vente d'alcool aux mineurs...), et en mortalité évitable par des thérapeutiques favorables et efficaces (ICIS, 2012, cité dans France et al., 2017, p. 71)<sup>10</sup>.

**Mortalité prématurée : un recul important chez les hommes.** Sur les 567 078 décès enregistrés en 2013 et vivant en France (hors Mayotte), 182 138 sont survenus avant l'âge de 75 ans (32,1% de l'ensemble des décès), dont 143 281 avant 70 ans (25,3%) et 106 393 avant 65 ans (18,8%) (France et al., 2017, p. 73).

Le taux standardisé de mortalité prématurée est 2,1 fois plus élevé chez les hommes (276,8 pour 100 000 à 65 ans et 462,7 pour 100 000 à 75 ans) que chez les femmes (129,1 pour 100 000 à 65 ans et 216,5 pour 100 000 à 75 ans), quel que soit le seuil d'âge considéré (France et al., 2017, p. 73).

Les décès prématurés participent davantage à la mortalité globale dans les départements et régions d'outre-mer (DROM)<sup>11</sup> qu'en Métropole et le taux standardisé de mortalité prématurée y est plus élevé qu'en Métropole (tous sexes confondus : mortalité inférieure à 65 ans est de 225,1 pour 100 000 versus 200,4 ; mortalité supérieure à 75 ans est de 369,3 pour 100 000 versus 338,8), quel que soit le seuil d'âge ou le sexe considéré (France et al., 2017, p. 73).

Le taux de mortalité prématurée observée en France pour le seuil à 65 ans, est, à structure d'âge égale, légèrement inférieur à la moyenne européenne, qui est de 290 pour 100 000 pour les hommes et 143,3 pour 100 000 pour les femmes. La France occupe en conséquence le 19<sup>e</sup> rang des pays européens avec la plus faible mortalité prématurée pour les hommes et le 13<sup>e</sup> rang pour les femmes (France et al., 2017, p. 73).

---

<sup>10</sup> La distinction entre les causes de décès qui relèvent de l'une ou l'autre de ces catégories n'est pas toujours aisée et ne fait pas consensus. À partir des travaux de l'Office for National Statistics du Royaume-Uni, Eurostat a récemment publié ses propres listes de causes de décès pouvant être prévenues et de causes de décès potentiellement évitables par traitement (Eurostat, 2016, cité dans France et al., 2017, p. 71).

<sup>11</sup> Les départements et régions d'outre-mer (DROM) sont régis par l'article 73 de la Constitution française. Ce statut concerne la Guadeloupe, la Martinique, la Guyane, La Réunion et Mayotte. Les lois et règlements applicables en métropole s'y appliquent de plein droit (régime de l'identité législative).



Entre 2000 et 2013, en France métropolitaine, le taux standardisé de mortalité prématurée a ainsi réduit de 15,1% chez les femmes et de 22,9% chez les hommes. Depuis 1990, ce recul est respectivement de 27,2% et 38,4% (France et al., 2017, p. 73). Cependant ces taux standardisés de mortalité prématurée (< 65 ans) sont variables d'une région à l'autre. En Métropole en 2013, les taux les plus élevés chez les femmes se remarquent dans les régions Normandie, Grand Est et Hauts-de-France, et les taux les plus bas s'observent dans les régions Île-de-France, Pays de la Loire et Auvergne - Rhône-Alpes. Chez les hommes, les taux les plus élevés sont dans les régions Normandie, Bretagne et Hauts-de-France, et les taux les plus bas sont dans les régions Provence - Alpes - Côte d'Azur, Auvergne - Rhône-Alpes et Île-de-France (France et al., 2017, p. 73).

Les écarts régionaux sont plus importants chez les hommes (rapport de 1,6 entre la région Hauts-de-France et la région Île-de-France) que chez les femmes (rapport de 1,4 entre la région Hauts-de-France et la région Auvergne - Rhône-Alpes) (France et al., 2017, p. 73).

**Mortalité évitable : de forts contrastes selon le sexe et les régions.** Dans les décès prématurés avant 65 ans enregistrés en 2013 et domiciliés en France (hors Mayotte), 31 963 peuvent être classés comme évitables (30%).

Le taux standardisé de mortalité évitable est 3,3 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes pour la France entière (94,8 pour 100 000 contre 28,7) et 5,1 fois plus élevé dans les DROM (83,6 pour 100 000 contre 16,3). Comparé à la Métropole, le taux standardisé de mortalité évitable est moins élevé dans les DROM, bien que la mortalité prématurée y soit plus fréquente, reflétant une probable répartition différente entre les causes de mortalité évitables par la prévention primaire et les causes de mortalités évitables par une prise en charge opportune et efficace (France et al., 2017, p. 73).

Entre 2000 et 2013, le taux standardisé de mortalité évitable a diminué de 15 % chez les femmes et de 31 % chez les hommes. Depuis 1990, le recul atteint 27,3 % chez les femmes et 46,8 % chez les hommes (France et al., 2017, p. 73).

Les écarts régionaux en matière de mortalité évitable sont plus marqués que pour la mortalité prématurée, de l'ordre de 2 entre la région des Hauts-de-France (135,0 pour 100 000)

et la région Île-de-France (67,6 pour 100 000) pour les hommes et de l'ordre de 1,6 entre la région des Hauts-de-France (37,1 pour 100 000) et la région Auvergne - Rhône-Alpes (23,6 pour 100 000) pour les femmes.

Pour les femmes, les valeurs les plus élevées se trouvent dans les régions Corse, Bretagne et Hauts-de-France et les valeurs les plus basses dans les régions Occitanie, Île-de-France et Auvergne - Rhône-Alpes (France et al., 2017, p. 73).

**L'indicateur de mortalité évitable par les soins.** L'indicateur de mortalité évitable par les soins permet d'estimer le nombre de décès dans une population dus à des maladies pour lesquelles des soins existent. Il repose sur une analyse de la littérature dite de médecine par les preuves et des avis d'experts (HSCP, 2017, p. 69).

En 2009, parmi les 31 pays étudiés par l'OCDE, la France était celui où ce taux était le plus bas (60 pour 100 000). Ce résultat ne tient cependant pas compte des effets sur la mortalité et néglige l'impact des soins sur la morbidité, les déficiences, incapacités et handicaps, il néglige les impacts négatifs des soins (c'est-à-dire leur iatrogénie), et plus largement les questions de leur sécurité et de leur qualité. En outre, il ne renseigne pas sur la distribution des effets des soins sur la santé dans la population (l'équité du système) (HSCP, 2017, p. 69). En effet, le système de santé a une place assez favorable : une bonne accessibilité en droit, une offre assez abondante et de qualité, et des résultats généralement favorables, comme dans le traitement des patients atteints de cancers (HSCP, 2017, p. 69).

**Des décès prématurés importants et des morbidités par maladies chroniques accrues.** Le taux de décès prématurés est plus élevé et plus important chez les hommes que chez les femmes (France et al., 2017, p. 99). Les tumeurs malignes constituent la première cause de mortalité prématurée. Les tumeurs malignes, les morts violentes (accidents, suicides et autres causes externes de décès) et les maladies de l'appareil circulatoire sont les trois causes les plus fréquentes de mortalité prématurée. Ces décès représentent : 40,0%, 14,2% et 12,4% des décès prématurés (France et al., 2017, p. 99).

Chez les femmes, le cancer du sein est la cause de 23,6% des décès prématurés par cancer et les cancers du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon, fortement associés au tabagisme sont à l'origine de 20,6%. Ces cancers sont la cause de deux décès prématurés sur dix chez les femmes (France et al., 2017, p. 99).

Chez les hommes, les cancers du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon représentent un tiers (34,2%) des décès prématurés par cancer, soit un peu plus d'un décès prématuré sur dix, toutes causes confondues (France et al., 2017, p. 99).

Les morts violentes et les maladies cardio-vasculaires participent proportionnellement plus à la mortalité prématurée des hommes (16,2% et 13,6%) qu'à celle des femmes (10,1 % et 9,9 %). Les suicides représentent 45,6% des décès prématurés par mort violente chez les hommes (un sur treize toutes causes confondues), et 46,1% chez les femmes (un sur vingt) (France et al., 2017, p. 99).

De 2002-2013, la mortalité prématurée par cancer du sein diminue de 20,7% chez les femmes alors que dans le même temps, celle par cancer du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon augmente de 49,2%. Cette aggravation est la conséquence d'une plus grande exposition des femmes au tabac, et c'est ce qui explique le faible recul de la mortalité prématurée toutes causes confondues chez les femmes (- 14,4%) que chez les hommes (- 20,9%). Le recul est particulièrement marqué pour les maladies de l'appareil circulatoire (- 30,5%), les maladies de l'appareil digestif (- 31,2%) et les morts violentes (- 28,1%), notamment les accidents de transport (- 60,0%), et ce, tous sexes confondus (France et al., 2017, p. 101). Par comparaison aux autres pays européens, la France se caractérise par une mortalité prématurée par cardiopathie ischémique faible et une mortalité prématurée par maladies cérébro-vasculaires modérée<sup>12</sup>. Pour le cancer du sein, le taux standardisé de la France approche celui observé au niveau européen, ce qui situe la France au 17<sup>e</sup> rang des pays européens. La situation est cependant très défavorable pour la mortalité prématurée par suicide, les taux remarquables en France sont régulièrement plus élevés que ceux observés en Europe<sup>13</sup> (France et al., 2017, p. 101).

#### 1.2.2.4. Typologie communale des inégalités sociales

Pour mesurer les disparités socioterritoriales en France à un niveau géographique fin, une typologie a été conçue à partir d'indicateurs sociaux déclinés à l'échelle de la commune.

---

<sup>12</sup> La mortalité prématurée par cardiopathie ischémique : 1<sup>er</sup> rang pour les femmes, 3<sup>e</sup> pour les hommes ; la mortalité prématurée par maladies cérébro-vasculaires modérée : 10<sup>e</sup> rang pour les hommes et 11<sup>e</sup> pour les femmes (France et al., 2017, p. 101).

<sup>13</sup> La mortalité prématurée par suicide reste importante ce qui place la France au 22<sup>e</sup> et 25<sup>e</sup> rang des pays (France et al., 2017, p. 101).

La typologie obtenue montre des situations contrastées entre les zones urbaines, périurbaines et rurales, mais aussi les disparités entre régions et, au sein de celles-ci, pour une même unité urbaine. Vue la situation de l'ensemble du pays, les régions et départements d'outre-mer présentent des caractéristiques proches, une analyse spécifique permet toutefois de faire ressortir les disparités entre les départements et régions d'outre-mer (DROM) (France et al., 2017, p. 63).

**Deux classes quasiment urbaines.** La plupart des grandes et moyennes villes métropolitaines et leur périphérie proche sont regroupées au sein de deux classes. Ces classes ont des parts très importantes de cadres et de professions intellectuelles supérieures parmi les actifs occupés, de jeunes de 25 à 34 ans sortis du système scolaire avec au moins un bac + 2 et des parts moins importantes d'ouvriers, de foyers fiscaux non imposés et de ménages propriétaires de leur résidence principale (France et al., 2017, p. 63).

Appartiennent à une même classe : Paris, Lyon, Nantes, Grenoble, Dijon, Aix-en-Provence, et leur périphérie proche et les zones aux abords de Toulouse, Bordeaux, Rennes, Orléans pour les villes les plus peuplées. Ces villes présentent une situation sociale favorable en comparaison d'une grande majorité des autres communes françaises.

Appartiennent à une deuxième classe, les villes de plus de 200 000 habitants, Toulouse, Nice, Strasbourg, Montpellier, Bordeaux, Lille et Rennes. Cette classe présente une situation sociale plus hétérogène que la première classe. Ceci rend couramment compte de forts contrastes sociaux au niveau des quartiers (France et al., 2017, p. 63)

**Quelques villes dans une situation sociale particulièrement précaire.** Certaines grandes villes du nord de la Métropole (Le Havre, Roubaix, Tourcoing), du bassin méditerranéen (Nîmes, Perpignan et les 1er, 2e, 3e, 4e, 14e, 15e et 16e arrondissements de Marseille), ainsi que Mulhouse se différencient des villes des deux premières classes par une situation sociale très précaire ; ces villes appartiennent au groupe qui présente les indicateurs sociaux les plus défavorables de France. Les villes des départements et régions d'outre-mer (Saint-Denis, Saint-Paul, Fort-de-France...) appartiennent aussi à ce groupe ; plus généralement, l'ensemble des communes ultramarines font parties de ce groupe (France et al., 2017, p. 63).

**Des communes plus favorisées dans la deuxième couronne.** Les communes les plus favorisées en France sont en périphérie plus éloignée de certaines villes métropolitaines, et dans certaines zones rurales particulières. Concernant les zones périurbaines, cela concerne les villes du Nord-Ouest (Bretagne, Pays de la Loire et les départements du nord du Centre - Val de Loire), du bassin parisien (zone s'étendant au sud de l'Oise, à l'est de l'Eure-et-Loir jusqu'au sud-est de l'Eure), du Grand Est, de Dijon et Besançon (France et al., 2017, p. 63)

**Une situation contrastée pour les villes moyennes et les zones rurales.** Pour les zones plutôt rurales, les communes situées au niveau de la frontière suisse et dans les Alpes appartiennent aussi à la classe ayant la situation sociale la plus favorable de France. Les villes du Nord de la France et de la partie ouest du bassin méditerranéen apparaissent dans la situation sociale la plus défavorable et les zones rurales de ces régions se retrouvent regroupées dans la classe des caractéristiques précaires. Les villes de taille moyenne, quelques zones de Normandie et de Corse et les communes situées en périphérie de Mulhouse appartiennent au groupe des caractéristiques sociales relativement défavorables, et ces communes ont une population relativement âgée et une part importante de personnes vivant seules (France et al., 2017, p. 63).

**Les communes ultramarines dans la classe la plus défavorisée.** En plus des différentes communes métropolitaines faisant parties du groupe ayant la situation sociale la plus défavorisée, ce regroupe réunit également l'ensemble des communes ultra-marines. Les zones présentant la situation sociale la moins défavorable sont : la moitié des communes de Guadeloupe, une majorité de celles de Martinique ainsi que Cayenne et sa périphérie en Guyane. À l'inverse, les autres communes de Guyane ont la situation la plus précarisée et la population la plus jeune de France, hors Mayotte. La Réunion constitue une classe à elle seule car la situation sociale y est dans l'ensemble défavorable mais la part de familles monoparentales avec enfants de moins de 25 ans est moindre. Les communes de Guadeloupe et de Martinique présentent des particularités plus intermédiaires et une situation moins précaire qu'à La Réunion et que dans les zones rurales de Guyane (France et al., 2017, p. 66).

#### 1.2.2.5. Les limites des réponses des politiques de santé publique face aux ISS

**Des inégalités sociales d'accès à la prévention.** La mortalité prématurée et la mortalité évitable confirment les inégalités d'accès à la prévention. Ces deux indicateurs indiquent de

grandes disparités entre les groupes sociaux et les territoires, traduisant ainsi de grandes différences d'exposition à des facteurs de risque liés à une surmortalité. Cependant, il est difficile de mesurer les inégalités d'accès à la prévention en dehors de la prévention médicalisée (HSCP, 2017, p. 19). Une étude a montré que le recours au dépistage du cancer du sein et à la pratique des frottis cervicaux variait significativement en fonction des caractéristiques socioéconomiques. De la même façon, il est observé que les femmes défavorisées ont une probabilité de bénéficier d'un frottis cervical plus faible de 45% par rapport à celles les plus favorisées, alors que leur risque de cancer cervico-utérin est plus élevé (HSCP, 2017, p. 19). Pour la prévention non médicalisée, la mesure ne peut être alors qu'indirecte par des mesures d'exposition aux principaux facteurs de risque ou par l'existence de programmes de prévention (HSCP, 2017, p. 19).

La prévention en France favorise des actions identiques pour tous sur le principe d'égalité conforme aux valeurs républicaines. Mais cet égalitarisme strict peut avoir pour conséquences d'amplifier des différences préexistantes comme la diminution récente du taux d'obésité des enfants de 5 ans qui n'a réellement concerné que les catégories les plus favorisées. En effet, alors que les enfants d'ouvriers avaient déjà un risque d'obésité deux fois plus important que les enfants de cadres, cette différence s'est encore accrue entre 2006 et 2013 (HSCP, 2017, p. 19). Or ces évolutions étaient concomitantes avec la mise en œuvre du Programme national nutrition santé (PNNS). De plus l'accès, la réception et l'adhésion à l'information, ainsi que les ressources nécessaires pour s'en saisir et pour modifier ses habitudes, diffèrent selon les groupes sociaux, économiques, culturels... (HSCP, 2017, p. 19).

De la même façon, les innovations visant à améliorer la santé et les programmes de santé publique peuvent contribuer à aggraver les inégalités comme par exemple la différence de prévalence du tabagisme entre ceux n'ayant aucun diplôme et ceux ayant un niveau d'études supérieur au baccalauréat a été multiplié par 3 entre 2000 et 2014 (Baromètre santé 2014, cité dans HSCP, 2017, p. 19). Peu de programmes sont créés avec l'objectif de réduire les inégalités sociales de santé. L'approche préconisée par Marmot<sup>14</sup> d'une offre de prévention touchant tout le monde mais accentuée pour ceux qui en ont le plus besoin, doit guider les politiques locales,

---

<sup>14</sup> Dans son rapport : Marmot, M. (2010). *Fair Society, Healthy Lives*. Strategic review of health inequalities in England post. 242 p.  
En ligne: <http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-livesthe-marmot-review>

nationales et internationales, selon ce que propose la Commission d'Oslo sur la gouvernance mondiale de la santé (HSCP, 2017, p. 19).

**Les inégalités d'accès aux soins d'égale qualité.** La persistance des inégalités sociales de santé interroge sur l'efficacité des politiques de santé à mettre en œuvre le principe d'équité. En effet, les résultats de santé ne sont pas ceux espérés et pourtant, les résultats sont meilleurs dans des pays semblables à la France, ce qui témoigne que des améliorations sont possibles (HCSP, 2009, p. 29).

Toutefois, les inégalités d'accès aux soins et leurs résultats sont à regarder comme un problème de qualité, dans un système de soins auquel l'accès est garanti par une couverture maladie quasi-universelle et dont l'objectif éthique est d'assurer des soins d'égale qualité à tous, quelle que soit leur origine. Ainsi, la région Ile de France, qui est celle pour laquelle la mortalité est parmi les plus faibles de France, est également celle où il existe le plus d'inégalités sociales de santé (HCSP, 2009, p. 30).

Malgré un système de soins qui reste envié, ces inégalités sont particulièrement marquées en France (HCSP, 2009, p. 30). Selon Haschar-Noé et Lang (2017, p.15), l'approche des ISS, dite du « gradient social », en complément d'une approche basée sur la précarité, nécessite une autre conceptualisation des catégories utilisées pour penser les inégalités. Dès lors, l'opposition entre les catégories de populations en situation de précarité et les autres n'est plus suffisante pour comprendre la construction des inégalités et agir pour leur réduction.

Les travaux internationaux convergent pour exprimer la nécessité de prendre en compte ce gradient social. La Commission des déterminants sociaux a retenu des recommandations et des principes d'actions, en les classant par catégories : agir sur le renforcement individuel, agir sur le renforcement des communautés, améliorer les conditions de vie et de travail, et promouvoir de saines politiques au niveau macro-économique (OMS, 2009, p. 2)

#### 1.2.2.6. La question de l'évaluation des politiques de santé publique face aux ISS

**Des critères et des réalités différentes.** Aujourd'hui, la question de l'évaluation est un enjeu majeur pour les politiques et les interventions de santé publique. Mais évaluer l'efficacité

des interventions de santé publique interroge sur ce qui doit être pris en compte pour juger de leur efficacité. Cette évaluation revêt en effet différentes réalités selon les critères d'évaluation choisis. Ces critères dépendent du champ professionnel : pour les professions de santé, ce sont les critères de la preuve adoptée dans le domaine de la clinique, pour les pouvoirs publics, ce sont la participation à la réduction des inégalités sociales de santé d'association pour justifier de financements, d'un point de vue économique, il s'agit du coût des interventions au regard de leur efficacité (Haschar-Noé & Lang, 2017, p.15). Que ce soit des financeurs, des chercheurs, des praticiens, ou des responsables et décideurs de santé publique, mais aussi des citoyens, tous ont des perceptions différentes de l'évaluation et pourtant selon Haschar-Noé et Lang (2017, p.15), ils utilisent le même terme générique d'évaluation.

En 2009, la question des inégalités sociales de santé (ISS) a fait partie des objectifs prioritaires du plan cancer 2 et apparaît dans les missions prioritaires des agences régionales de santé (ARS) (Haschar-Noé & Lang, 2017, p.15).

Le développement des connaissances grâce aux recherches en sciences humaines et sociales, en épidémiologie et aux travaux interdisciplinaires fait émerger une demande d'intervention prenant en compte les ISS (Haschar-Noé & Lang, 2017, p.15).

**La nécessaire interdisciplinarité des méthodes.** Du fait de la multiplicité des facteurs impliqués, il apparaît nécessaire de modifier l'ensemble des politiques et des interventions publiques pour mieux prendre en compte l'objectif de réduction des ISS et son évaluation. En effet, l'enjeu est de mobiliser des déterminants qui concernent tout le système économique et social, bien au-delà du seul système de soins et de prévention (Haschar-Noé & Lang, 2017, p.16).

Dans le domaine de la santé, la notion d'intervention renvoie aux méthodes de la recherche clinique. La définition du terme « intervention » donnée par la collaboration Cochrane<sup>15</sup> est celle d'« un groupe de participants qui dans une étude reçoivent une intervention de soins de santé particulière. » (Haschar-Noé & Lang, 2017, p.17). C'est une définition biomédicale qui évoque une intervention précise, sur une période limitée et sur un nombre déterminé de personnes recevant passivement une action. Cette définition est restrictive et bien

---

<sup>15</sup> Cochrane est un réseau de référence international de la recherche clinique.



différente de la notion de projet, de programme ou de politique de santé, termes utilisés parfois, alors que leur définition est quant à elle vague (Haschar-Noé & Lang, 2017, p.17). Par ailleurs, les bénéficiaires des politiques publiques ne sont pas des récepteurs passifs mais ont bien des marges d'interprétation des interventions leur étant destinées et auxquelles ils peuvent contribuer dans une démarche de démocratie sanitaire, comme dans une optique d'*empowerment* (Haschar-Noé & Lang, 2017, p.17).

**De nouveaux principes d'action.** Ainsi, agir sur les déterminants sociaux de la santé implique d'adopter de nouveaux principes d'action puisque ni la qualité du système de soins, ni la lutte contre la pauvreté ne suffisent à réduire les inégalités de santé. Il est nécessaire de changer de modèle d'action, c'est-à-dire passer d'un modèle focalisé sur l'accès aux soins, notamment financier, et la prise en charge des populations vulnérables, à une action prenant en compte l'ensemble des catégories socioprofessionnelles tout en proportionnant les interventions en fonction des besoins (IGAS, 2011, p. 20).

La politique de lutte contre les inégalités sociales de santé ne peut pas donc relever exclusivement des institutions en charge de la politique de santé. Les ISS sont intimement liées à l'environnement, aux conditions de vie et au contexte socioéconomique général. Elles se construisent bien avant que la question de l'accès aux soins ou de la prévention ne se pose, et elles se creusent très tôt : dès le CM2, les enfants d'ouvriers ont dix fois plus de risques d'être obèses que les enfants de cadres (6% contre 0,6%) (IGAS, 2011, p. 20).

Ainsi, la majorité des politiques publiques, chacune dans son domaine, participe à l'état de santé et doit donc être attentive aux effets de son action sur les différents groupes sociaux. Le concept de « santé dans toutes les politiques publiques » s'ancre dans ce constat conformément aux objectifs de la charte d'Ottawa de 1986 pour que tous les secteurs de l'État concourent à l'action pour la santé, et que le secteur de la santé contribue aux objectifs des autres secteurs (IGAS, 2011, p. 20).

Toutefois, la santé dans l'ensemble des politiques publiques ne suffit pas seule à agir sur les inégalités de santé, elle peut même les renforcer, si les groupes sociaux les plus favorisés bénéficient davantage des mesures (IGAS, 2011, p. 20). La mise en œuvre des politiques de réduction des ISS pose ainsi la question des représentations dont celles-ci font l'objet. Elle rend nécessaire une approche des interventions destinées à réduire les ISS qui ne soit plus seulement

pragmatique mais aussi théorique, et une interdisciplinarité des méthodes permettant leur évaluation (Haschar-Noé & Lang, 2017, p.16).

### 1.2.3. Les représentations sources d'inégalités sociales de santé

#### 1.2.3.1. Le niveau de perception

Il existe un décalage entre les risques réels et ceux ressentis. Le niveau de perception de ces risques n'est souvent pas proportionnel à leurs impacts réels (Beck, Bessette et Gautier, 2012, p. 4). Par exemple, des facteurs psychologiques qui ne sont pas des facteurs de risque de cancer sont identifiés comme tels par les personnes. Les personnes les moins diplômées et les plus précaires sont les plus disposées à adhérer à des opinions qui dévalorisent les personnes atteintes de cancer (Beck et al., 2012, p. 4).

Les inégalités sociales de santé sont ancrées dans les représentations, et les inégalités se sont creusées pour certaines opinions, c'est ainsi que le déni ou la relativisation apparaissent. Deux éléments sont alors importants à identifier : le premier est que l'action des professionnels qui interviennent dans les domaines de la prévention, de l'éducation ou de la promotion de la santé peut être stigmatisante, et le second est que les professionnels doivent avoir conscience du risque de l'impact négatif des effets stigmatisants sur la santé (Fayard & Fortin, 2012, p. 7). En effet, cette stigmatisation sociale présente un danger pour toute action de santé publique selon Raymond Massé (2012, p. 11).

#### 1.2.3.2. Les points de vigilance pour les professionnels

Comme le précise Don Nutbeam dans le Glossaire de la promotion de la santé rédigé pour l'OMS (1998, p.1) : « La promotion de la santé représente un processus social et politique global, qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire les effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes. La promotion de la santé est le processus qui consiste à permettre aux individus de mieux maîtriser les déterminants de la santé et d'améliorer ainsi leur santé. »

L'ensemble des études scientifiques publiées sur la stigmatisation et les recommandations de l'OMS mettent en avant certains points de vigilance (Fayard & Fortin, 2012, p. 13) tels que :

- Accroître la réflexion et la vigilance pour les interventions pouvant stigmatiser des personnes, des groupes ou des communautés (la diffusion de normes, de standards et la valorisation de certains comportements sains ; le choix des populations en fonction des âges, des zones, des niveaux de revenu, des origines socio-culturelles, des facteurs de risques... ; le renforcement des stéréotypes ; le travail pour et non avec les populations) ;
- Participer à la lutte contre la stigmatisation (la prise de conscience des normes sociales valorisées et véhiculées, l'analyse des normes et des interactions sociales dans un milieu ; le renforcement des compétences individuelles et collectives ; le renforcement des compétences des professionnels et des intervenants, et la formation ; le travail à des environnements favorables ; l'information et la sensibilisation des communicants, des élus ; le renforcement de la participation de la population aux décisions qui la concernent).

Réduire les inégalités sociales de santé ne peut donc se traduire uniquement par une politique, de lutte contre l'exclusion et la précarité. Une vision dynamique des liens entre populations « insérées », en précarisation, en précarité et en exclusion, est indispensable. Le risque de précarité n'est pas le même dans toutes les catégories sociales.

À l'inverse, l'exclusion est réversible. C'est une approche générale des inégalités sociales de santé que prône le Haut Conseil de la santé publique (2009, p. 22). Cette préoccupation de la santé se décline en France dans le cadre des politiques de santé publique.

## **2. Place des politiques**

### **2.1. La place de la santé publique**

Pendant longtemps, la santé a reposé sur des actions hygiénistes ; la prise de conscience de l'importance de l'éducation à la santé a été tardive avec des hésitations entre des mesures curatives et des mesures préventives dans le cadre des politiques de santé (Tondeur & Baudier, 1996). Aujourd'hui, un des objectifs prioritaires de la politique de santé publique est « l'accès

à la prévention et aux soins des populations fragilisées »<sup>16</sup>. A chaque stade de prévention, primaire, secondaire et tertiaire, trois méthodes peuvent être utilisées : l'information, la formation en santé publique, et l'éducation pour la santé avec la mise en place de projets.

### 2.1.1. La notion de santé publique

#### 2.1.1.1. Les aspects de la santé publique

**La santé publique comme spécialité de la médecine.** La santé publique peut être vue à la fois comme une spécialité de la médecine s'occupant de la santé globale de la population et comme l'ensemble des actions menées par les pouvoirs publics visant à améliorer le bien-être physique, mental et social de tout ou partie de la population. Cela comprend à la fois les soins aux malades et la possibilité pour chacun de se faire soigner, la prévention contre les maladies, l'éducation sanitaire de la population et tout ce qui a une influence sur la santé notamment les conditions de vie et la notion d'hygiène publique.

La santé publique pourrait donc être définie comme étant la prise en charge de tous les aspects de la santé des populations, au niveau curatif, mais aussi préventif, éducatif et social pour améliorer le bien-être physique, mental et social de tout ou partie de la population.

**La santé publique selon l'OMS.** L'OMS définit la santé publique en 1973 ainsi : « Alors que, traditionnellement, elle recouvrait essentiellement l'hygiène du milieu et la lutte contre les maladies transmissibles, elle s'est progressivement élargie... On utilise aujourd'hui santé publique au sens large pour évoquer les problèmes concernant la santé d'une population, l'état sanitaire d'une collectivité, les services sanitaires généraux et l'administration des services de soins » (OMS, 1973, p. 6).

Dans son Glossaire de la promotion de la santé de 1998, l'OMS définit la Santé publique comme la « Science et art de favoriser la santé, de prévenir la maladie et de prolonger la vie grâce aux efforts organisés de la société (1998, p. 1). La santé publique est vue comme une notion sociale et politique visant à améliorer la santé, à prolonger la vie et à donner une meilleure qualité de vie à aux populations.

---

16 Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique Article L. 1411-1-1.

Une nouvelle santé publique est apparue ces dernières années, se caractérisant par une compréhension globale des façons dont les modes de vie et les conditions de vie déterminent l'état de santé, et par une prise de conscience de la nécessité de dégager des ressources dans des politiques et des programmes qui préservent la santé en favorisant des modes de vie et des environnements favorables à la santé (OMS, 1998, p. 1). La notion de santé publique écologique fait aussi son apparition. Elle s'intéresse à l'évolution des questions sanitaires et à leurs interactions avec les problèmes mondiaux liés à l'environnement tels que les risques écologiques mondiaux comme la destruction de la couche d'ozone, une pollution de l'air et de l'eau, ou le réchauffement de la planète.

Ces évolutions ont des effets sur la santé et elles se soustraient la plupart du temps aux modèles simples de causalité. Cette santé publique écologique met l'accent sur les moyens d'action qui permettent d'assurer la santé et un développement durable. Elle est donc orientée sur les déterminants économiques et environnementaux de la santé, et sur les moyens de conduire les investissements économiques pour améliorer la santé de la population, pour favoriser une plus grande équité en matière de santé, et pour développer une utilisation durable des ressources (OMS, 1998, p. 1).

#### 2.1.1.2. Les objectifs et les mesures de santé publique

**Les objectifs visés en santé publique.** La politique de santé publique repose sur trois principes fondamentaux : garantir la meilleure qualité de soin possible, assurer l'équité face à l'accès aux soins et réduire les risques sanitaires. Cette politique de santé publique s'organise autour de deux objectifs principaux : connaître l'état sanitaire de la population afin de repérer les faiblesses et les points forts de la santé de la population et ainsi de déterminer les axes d'amélioration et lutter contre les maladies par des mesures de prévention, de dépistage et de recherche.

**Les mesures utilisées en santé publique.** Cette politique se traduit par des mesures de santé publique sous forme de textes de loi contre ce qui était appelé des problèmes de santé publique. Cela passe aussi par des mesures d'interdiction ou de limitation de la consommation (de drogue, d'alcool, de tabac), et par des actions de prévention.

Cette politique de santé publique nécessite des moyens financiers, humains et la volonté de mener des actions non sans conséquences éthiques.

### 2.1.2. Les méthodes utilisées en santé publique

Pour mener des actions de santé publique, il est fait appel à un ensemble de méthodes empruntées à plusieurs disciplines :

- L'épidémiologie pour connaître et décrire l'état sanitaire de la population et ses phénomènes pathologiques ;
- La psychosociologie pour étudier la santé comme un fait social et comprendre les représentations et les pratiques sociales en rapport avec la santé de la population ;
- L'économie pour gérer efficacement le système de protection sociale et comprendre la place qu'occupe la santé dans l'économie du pays (coût des soins, de la prévention, de la recherche, le poids des laboratoires produisant les médicaments dans l'économie générale...).

**L'épidémiologie.** L'épidémiologie consiste à décrire un phénomène de santé, c'est-à-dire connaître la répartition et l'évolution d'une maladie dans une population, à mettre en évidence les facteurs responsables du phénomène et à décrire l'état de santé global d'une population. Ceci indique les besoins en matière de santé d'une population. Cette connaissance permet de lutter contre les maladies, de les prévenir, de mettre en place des actions d'éducation à la santé, etc.

Il existe trois composantes de l'épidémiologie :

- L'épidémiologie descriptive qui vise à décrire la fréquence et la répartition des phénomènes de santé, ses variations en fonction des caractéristiques de la population (l'âge, le sexe, la profession, des paramètres de santé et des facteurs de risque dans la population). Son but est de connaître l'état sanitaire d'une population et d'en faire un inventaire. Elle donne la fréquence des maladies les taux de mortalité, de morbidité, etc. Elle utilise pour cela des données statistiques, les indicateurs de santé.
- L'épidémiologie analytique qui étudie les relations existantes entre l'exposition à des facteurs de risque et l'apparition des maladies. Elle s'appuie sur des informations recueillies par enquête pour rechercher et identifier la cause des maladies. Ces causes étant souvent multiples, elle s'attache à étudier l'interaction des différents facteurs (facteurs environnementaux, génétiques, nutritionnels, etc.).

- L'épidémiologie d'intervention ou d'évaluation qui mesure l'impact des différentes actions de prévention. Elle mesure également l'efficacité des protocoles de soins.

Les bases de données pour la recherche en santé correspondent aux bases de données médico-administratives, aux registres et aux cohortes dans le domaine de la santé ; ce sont des outils de référence pour la recherche épidémiologique et en santé publique.

Il existe le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) ; c'est un service de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) dont les missions sont la production des statistiques nationales sur les causes médicales de décès, la diffusion de ces statistiques, la conduite d'études et de recherches sur les données de mortalité.

L'Échantillon Généraliste des Bénéficiaires (EGB) est une base de données construite par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et qui est gérée par le CépiDc ; les équipes et les unités de recherche de l'Inserm bénéficient d'un accès permanent à ces données.

Le Système nationale des données de santé (SNDS) rassemble les données de l'Assurance Maladie (base du Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie, SNIIRAM), des hôpitaux (base du programme de médicalisation des systèmes d'information, PMSI), les causes médicales de décès (base du CépiDC de l'Inserm), les données relatives au handicap (en provenance des Maisons départementales des personnes handicapées, MDPH, et des données de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, CNSA), et un échantillon de données en provenance des organismes d'Assurance Maladie complémentaire.

**Les principaux indicateurs de santé.** L'épidémiologie repose sur des indicateurs de santé qui sont des données statistiques. Un indicateur de santé est une variable que l'on mesure et qui permet de décrire l'état de santé d'une population. Il caractérise des groupes de personnes d'une population, et certains événements de leur santé et de leur vie.

Il existe des indicateurs d'exposition qui sont aussi appelés des déterminants de santé. Ce sont :

- les facteurs ou événements modifiant l'état de santé tels que les facteurs de risque (les facteurs intrinsèques sont ceux pour lesquels les actions de prévention n'ont peu ou pas d'action ; il s'agit du sexe, de l'âge, des gènes)
- les comportements individuels et les habitudes de vie (telles que les habitudes alimentaires, sexuelles, l'usage de drogues ...)

- l'environnement et ses composantes physiques (comme les radiations, le bruit, ...), chimiques (telles que l'air, l'eau, ...), et biologiques.

Ces indicateurs d'exposition sont influencés par l'organisation des soins (l'offre de soins, la qualité des soins, l'accessibilité, l'efficacité, le coût...)

Il existe l'espérance de vie qui représente le nombre moyen d'années qu'il reste à vivre pour un individu, à un âge donné, si la structure de la mortalité ne change pas.

L'espérance de vie sans incapacité est une notion qui est apparue avec les progrès de la médecine et le nombre croissant de personnes très âgées. Elle correspond au nombre moyen d'années qu'il reste à vivre pour un individu mais en ajoutant une donnée de qualité de vie c'est-à-dire : sans réduction de la capacité à avoir une activité dite normale pour un être humain.

Les indicateurs utilisés sont également des indicateurs de morbidité ; ils sont de plusieurs types :

- la morbidité objective (mesurée avec des critères définis)
- la morbidité ressentie (subjective)
- la morbidité exprimée
- la morbidité diagnostiquée (identifiée par les professionnels).

Parmi ces indicateurs de morbidité, ceux utilisés généralement sont :

- Le taux d'incidence, c'est-à-dire le rapport entre le nombre de nouveaux cas présentant un problème de santé et le nombre de personnes d'une population qui, pendant une période donnée, sont susceptibles d'être atteintes par ce problème.
- Le taux de prévalence, c'est à dire le rapport entre le nombre de cas existants présentant un problème de santé, et le nombre de personnes d'une population qui, pendant une période donnée, sont susceptibles d'être atteintes par ce problème.

Les mesures des conséquences des problèmes de santé concernent : la déficience, l'incapacité, le désavantage.

Les indicateurs de mortalité sont : le taux brut de mortalité, les taux spécifiques de mortalité, les taux de mortalité standardisés (ou comparatifs), la mortalité prématurée, et la mortalité évitable.

La mortalité concerne le nombre de décès dans une population donnée. Ces chiffres sont donnés par les certificats de décès délivrés par médecins et par l'enregistrement des décès sur les



registres de l'état civil. Ils peuvent être donnés en valeur absolue (le nombre de décès pendant une période donnée), mais ils sont peu pertinents, ou ils peuvent être exprimés en taux (en taux brut de mortalité, si l'on étudie la mortalité sur l'ensemble de la population, en taux spécifique de mortalité, pour avoir des analyses fines, et étudier la structure de la mortalité, par âge, par sexe, par catégories socioprofessionnelles, par causes, etc.).

La notion de mortalité prématurée concerne les décès avant l'âge de 65 ans. Dans cette mortalité il y a une part de ces décès qui aurait pu être évitée ; cette mortalité évitable a deux causes : l'une liée aux habitudes de vie et à la prise de risque (consommation de tabac, d'alcool, conduite dangereuse...) et l'autre liée aux carences du système de soins. La mortalité prématurée et la mortalité évitable sont des indicateurs particulièrement pertinents pour l'analyse : de l'état de santé d'une population et de l'efficacité du système de santé et de prévention.

D'autres indicateurs sont utilisés comme les années potentielles de vie perdues (différence entre l'âge au moment du décès et 65 ans) ou le risque vital qui mesure le risque de décéder dans les mois ou années à venir compte tenu de l'état de santé actuel et du mode de vie ou encore la consommation médicale mais qui n'est pas un indicateur fiable.

Selon les objectifs des études certaines données seront privilégiées. Tous ces indicateurs permettent de mesurer la santé. En fonction de l'état sanitaire des populations, des orientations de santé publique sont privilégiées dans le cadre des politiques de santé en milieu scolaire notamment.

## **2.2. Les politiques de santé en milieu scolaire**

### 2.2.1. La stratégie nationale et la promotion de la santé à l'école

#### 2.2.1.1. Les axes de la stratégie nationale

La promotion de la santé à l'école s'inscrit dans un cadre global, encouragé par la stratégie nationale de santé<sup>17</sup> et mise en œuvre par le plan national de santé publique. Cette

---

<sup>17</sup> La stratégie a été publiée par le décret n° 2017-1866 du 29 décembre 2017.

stratégie est définie par le Gouvernement et se base sur l'analyse du Haut Conseil de la santé publique à propos de l'état de santé de la population et de ses principaux déterminants.

Cette stratégie nationale de santé envisage quatre axes :

- Mettre en place une politique de promotion de la santé dans tous les milieux et tout au long de la vie ;
- Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé ;
- Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge ;
- Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens.

Une partie plus spécifique de la stratégie est destinée aux priorités relatives à la politique de santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune.

#### 2.2.1.2. Une convention-cadre de partenariat entre les deux ministères

Une convention-cadre de partenariat entre le ministère de l'Éducation nationale et le ministère des Solidarités et de la Santé consolide cette coopération à tous les échelons territoriaux. Ce sont les agences régionales de santé (ARS) qui établissent des conventions avec les rectorats afin de définir les orientations prioritaires. D'autres partenaires du ministère de l'Éducation nationale tels que les associations subventionnées ou agréées à l'échelon national ou académique, sont associés et peuvent participer en fonction de l'échelle d'action et de leur spécificité.

#### 2.2.1.3. La loi n°2019-791 du 26 juillet 2019 pour une école de la confiance

La loi n°2019-791 du 26 juillet 2019 pour une école de la confiance<sup>18</sup> souligne à nouveau l'importance pour l'école d'être un acteur de la promotion de la santé pour la réussite éducative et le bien être des élèves tout au long de leur scolarité. Dans le cadre de l'instauration du parcours 0-6 ans, prévu dans la stratégie nationale de santé<sup>19</sup> et dans le plan « priorité prévention » du Plan national de santé publique (PNSP 2018-2022)<sup>20</sup>, la loi 26 juillet 2019

---

<sup>18</sup> Loi n° 2019-791 du 26 juillet 2019 pour une école de la confiance - NOR: MENX1828765L  
ELI: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2019/7/26/MENX1828765L/jo/texte>

<sup>19</sup> Stratégie nationale de santé (SNS 2018-2022).  
[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_sns\\_2017\\_vdef.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf)

<sup>20</sup> Plan national de santé publique (PNSP 2018-2022).  
[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_national\\_de\\_sante\\_publique\\_\\_psnp.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_de_sante_publique__psnp.pdf)

garantit que tous les élèves bénéficient d'une visite médicale obligatoire lors de leur quatrième année et que tous ceux qui en ont besoin soient vus au cours de leurs sixième année.

## 2.2.2. La politique éducative de santé en milieu scolaire

La politique éducative de santé en milieu scolaire repose actuellement sur deux textes majeurs :

- L'article L. 121-1-4 du Code de l'éducation fixant au système éducatif l'objectif d'une politique éducative de santé pour tous les élèves.
- L'article L. 541-1 créant le parcours éducatif de santé.

Au niveau de l'éducation nationale, différents textes encadrent la mise en œuvre de ces politiques éducatives de santé.

### 2.2.2.1. Les circulaires

La circulaire n° 2011-216 du 2 décembre 2011 est le premier texte qui précise les orientations de la politique éducative de santé en présentant les trois principes essentiels : la mise en œuvre systématique de la démarche de projet adaptée aux réalités et aux besoins spécifiques de chaque école ou établissement, la responsabilisation de l'ensemble des acteurs du système éducatif, et l'ouverture à de nouveaux partenaires.

La circulaire n° 2015-117 du 10 novembre 2015 correspond à la politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves visant à réduire les inégalités sociales, d'éducation et de santé pour permettre la réussite de tous les élèves et promouvoir une école plus juste et plus équitable.

La circulaire n° 2016-008 du 28 janvier 2016 est le troisième texte encadrant la mise en œuvre de ces politiques éducatives de santé. Cette circulaire présente les actions de promotion de la santé des élèves, assurées par tous les personnels, dans le respect des missions de chacun, structurées selon trois axes : l'éducation, la prévention et la protection. L'ensemble de ces actions s'organise au bénéfice de chaque élève pour former un parcours éducatif de santé.

L'organisation du parcours éducatif de santé concerne toutes les écoles et tous les établissements ; son contenu est adapté aux besoins et demandes des élèves et aux ressources disponibles.

La circulaire n° 2016-114 du 10 août 2016 est le dernier texte. Il précise que les orientations générales pour les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) permettent de définir la mise en œuvre de la politique éducative de santé à tous les échelons territoriaux.

#### 2.2.2.2. La promotion de la santé et les métiers du professorat et de l'éducation

La promotion de la santé en milieu scolaire concerne tous les membres de la communauté éducative. Ainsi, le référentiel des compétences professionnelles des métiers du professorat et de l'éducation<sup>21</sup> indique que le professeur et le conseiller principal d'éducation (CPE) doivent « apporter leur contribution à la mise en œuvre des éducations transversales notamment l'éducation à la santé » et « contribuer à identifier tout signe de comportement à risques et contribuer à sa résolution ». Ils doivent « agir en éducateur responsable et selon les principes éthiques » et « coopérer avec les parents d'élèves et les partenaires afin d'œuvrer à la construction d'une relation de confiance ».

Cette démarche doit s'appuyer sur le développement des compétences psychosociales des enfants et adolescents, l'objectif étant d'apprendre aux élèves à devenir des acteurs éclairés de leur santé.

Au niveau institutionnel, développer la maîtrise de compétences correspond aux missions de l'école, tout comme les savoirs fondamentaux. En effet, le socle commun de connaissances, de compétences et de culture met en avant le vivre ensemble, la vie en société et la citoyenneté, qui sont autant de compétences psychosociales.

Par ailleurs, depuis septembre 2018, les étudiants inscrits dans une formation donnant accès aux professions de santé effectuent un service sanitaire. Ils sont accueillis dans différentes structures comme des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), des entreprises, ou des établissements d'enseignement. Dans le cadre de l'éducation

---

<sup>21</sup> Le référentiel des compétences professionnelles et des métiers du professorat et de l'éducation : Bulletin officiel du 25 juillet 2013- Arrêté du 1er juillet 2013, Journal officiel du 18 juillet 2013.

nationale, le service sanitaire doit permettre aux étudiants en santé de participer à la prévention auprès des élèves par la réalisation d'interventions avec des personnels de l'éducation nationale.

### 2.2.2.3. Le contexte de la politique européenne pour l'éducation et la formation

Plusieurs dates sont décisives dans les orientations politiques d'éducation et de formation.

En 1996, le « livre blanc » identifie à l'échelle européenne les compétences clés en matière d'éducation.

En 2000, dans le cadre de la « stratégie de Lisbonne », le Conseil recommande l'adoption d'un cadre européen des compétences permettant à chacun de vivre et travailler.

En 2004, le cadre européen de référence définit « des compétences clés pour l'apprentissage tout au long de la vie qui devraient être transférables et donc applicables à diverses situations et contextes, et multifonctionnelles : en ce sens qu'elles puissent être utilisées pour atteindre plusieurs objectifs, résoudre des problèmes de genre divers et pour accomplir des tâches différentes ».

En 2005, les recommandations du Parlement et du Conseil sont présentées par la Commission européenne. En France, elles sont reprises par le Haut Conseil de l'Éducation et aboutissent à la loi d'orientation d'avril 2005.

Ainsi, selon les orientations données aux politiques de santé en milieu scolaire, des actions de santé publique sont mises en œuvre au travers de l'éducation à la santé notamment. En effet, l'éducation à la santé est présente à l'école primaire, au collège mais aussi dans les programmes de Prévention Sécurité Environnement (PSE, enseignement général) en lycée professionnel.

## 2.3. Le rôle de l'éducation à la santé

L'éducation à la santé touche aussi bien le champ de la santé publique que celui des sciences sociales, des sciences de l'éducation ou de la communication. Quelques concepts permettent de comprendre et d'analyser les enjeux de l'éducation à la santé.

### 2.3.1. L'éducation à la santé à l'école et dans les programmes

Il est souvent admis que l'École instruit et que les parents éduquent. C'est pourtant depuis 1973, avec Circulaire n°73 299 du 23 juillet 1973 dite circulaire Fontanet<sup>22</sup> sur l'information et l'éducation sexuelle, que l'École éduque officiellement. Cette circulaire distinguait l'instruction des enseignements de l'éducation pouvant être mise en œuvre par les actions parallèles. Ce texte a fixé deux voies distinctes qu'influencent l'éducation à la santé : celle d'une « instruction sur la santé » limitée à la transmission de préceptes hygiénistes, et celle d'une éducation à la santé passant par l'acquisition de compétences psychosociales et allant de la prévention à la promotion.

#### 2.3.1.1. Le « socle commun » dans la loi

L'article 9 de la loi du 23 avril 2005 d'orientation et de programme pour l'avenir de l'école précise que « la scolarité obligatoire doit au moins garantir à chaque élève les moyens nécessaires à l'acquisition d'un socle commun constitué d'un ensemble de connaissances et de compétences qu'il est indispensable de maîtriser pour accomplir avec succès sa scolarité, poursuivre sa formation, construire son avenir personnel et professionnel et réussir sa vie en société. Ce socle comprend : la maîtrise de la langue française ; la maîtrise des principaux éléments de mathématiques ; une culture humaniste et scientifique permettant le libre exercice de la citoyenneté ; la pratique d'au moins une langue vivante étrangère ; la maîtrise des techniques usuelles de l'information et de la communication.

Ces connaissances et compétences sont précisées par décret pris après avis du Haut Conseil de l'Éducation ». Le décret n° 2006-830 du 11 juillet 2006 décline ces cinq points en sept « piliers ».

#### 2.3.1.2. L'éducation à la santé et la loi de 2005

---

<sup>22</sup> Circulaire n°73 299 du 23 juillet 1973 (Circulaire Fontanet) précise qu'il « a longtemps été admis que les éducateurs devaient tenir les enfants à l'écart des problèmes de l'âge adulte, et plus spécialement à l'égard de ceux qui concernent la sexualité. Mais les fables racontées aux plus petits et le silence opposé aux plus grands paraissent aujourd'hui chargées d'inconvénients très lourds, du double point de vue de l'évolution psychologique et de la relation de l'adolescent à l'adulte. Ils sont devenus inacceptables du fait de la civilisation ambiante, de l'évolution des modes de vie, du recrutement mixte des établissements ».

L'École a longtemps hésité entre une logique des savoirs (apporter des connaissances) et une logique des compétences (rendre apte à agir dans la vie). La loi de 2005 inscrit l'éducation pour la santé dans les missions dévolues au système éducatif ; l'École n'est plus seulement un lieu d'instruction, elle devient un lieu d'acquisition de « compétences » pour que les élèves développent des capacités, y compris face à leur santé.

#### 2.3.1.3. L'École face aux compétences énoncées dans la loi

C'est dès les années 1970, dans des disciplines qui se préoccupent d'une pédagogie par objectifs que se développent les compétences. Dans les années 1980, il est question de savoir-faire disciplinaires ou transversaux liés aux enseignements. C'est dans les années 1990 que le terme de compétences apparaît dans les programmes mais sans être vraiment défini. L'acception du terme présente alors des différences selon les disciplines d'enseignement.

Au niveau du socle commun, la définition qui est donnée vient de la traduction des textes techniques écrits en anglais par des spécialistes de ces concepts, ce qui peut entraîner des confusions.

Il existe toutefois des constantes dans ces acceptions :

- la mise en œuvre d'une compétence suppose la mobilisation d'un ensemble de ressources, internes (les acquis) et externes (les documents, les outils, etc.) ;
- la compétence s'exerce dans le contexte précis d'une tâche complexe : il faut mobiliser différentes ressources (travail transversal) pour réaliser la tâche comme un tout (travail global).
- ces compétences sont opérationnelles dans des situations d'apprentissage. Ce qui est recherché est une adaptabilité. La compétence acquise à l'école a vocation à se déscolariser : elle doit pouvoir être appliquée ensuite dans la vie courante.

#### 2.3.1.4. Les Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC)

L'existence des Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) est encadrée par des textes législatifs et réglementaires :

- Le Code de l'éducation - articles R 421-46 et R 421-47 relatifs au comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC),
- La Circulaire n°2006-197 du 30 novembre 2006 relative au comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC).

Le CESC se doit d'élaborer un programme d'éducation à la santé cohérent et inscrit dans la durée, visant dans une approche globale : le bien-être physique, psychique et social des jeunes et dépassant la transmission de connaissances.

#### 2.3.1.5. Un partenariat avec l'INPES puis Santé publique France

Pour renforcer la cohérence de la politique mise en œuvre, un partenariat avait été engagé et formalisé en 2010 dans un accord-cadre avec l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES) pour une durée de cinq ans et un programme d'actions commun (PAC) était défini chaque année pour :

- La prévention et l'éducation à la santé en direction des élèves,
- La formation des personnels,
- La conception et la diffusion de documents ressources.

Comme pour l'éducation à la citoyenneté, l'éducation à la santé concerne toute la communauté éducative et s'appuie sur les compétences spécifiques des personnels de santé. Les enseignants y participent, même si, passer de « l'enseignement de » à « l'éducation à » reste difficile pour certains. L'éducation à la santé fait partie intégrante des programmes scolaires, et il existe des thèmes de convergence interdisciplinaires comme la santé, la sécurité, le développement durable... L'approche transversale et la mutualisation des pratiques contribuent à développer une culture commune, structurent les actions, et les inscrivent dans la durée. L'ensemble est alors vecteur de prévention.

#### 2.3.2. Les fondements et les modèles pédagogiques de l'éducation à la santé

L'éducation à la santé a évolué ; partie de préceptes religieux, en passant par des ambitions hygiénistes, pour finir par des concepts puisés dans différentes sciences, elle a des fondements épistémologiques souvent implicites et des origines multiples (Ferron & Tessier, 2005, p. 15). « L'éducation pour la santé est, en effet, avant tout une pratique sociale et, à ce titre, soumise à des enjeux idéologiques, politiques et institutionnels forts qui tendent à polluer toute réflexion rationnelle (Ferron & Tessier, 2005, p. 16).



Il est difficile de rendre compte des modèles présents dans l'action, dans le champ de l'éducation du fait même de la complexité du processus éducatif et de la multiplicité de ses déterminants. Cependant, deux éléments aident à expliquer l'éducation à la santé et son évolution : les modèles et les théories. Les premiers se rapprochent des pratiques et les seconds sont plus généraux.

#### 2.3.2.1. Les modèles et les théories

Dominique Berger et Didier Jourdan ajoutent un découpage à la typologie classique en éducation à la santé en distinguant les modèles idéologiques des modèles techniques. Ce découpage tient compte des modalités d'élaboration des modèles fondés soit sur une approche anthropologique soit sur des théories psychologiques (Berger & Jourdan, 2005, p. 18).

Le modèle anthropologique vise à donner du sens à la pratique. Il existe quatre grands modèles de prévention mis en évidence à partir d'une approche ethnologique (le modèle magico- religieux, le modèle de la contrainte profane, le modèle pastorien et le modèle du consensus).

Les modèles basés sur des théories psychologiques ont pour but l'élaboration de programmes les plus efficaces possibles. Ils visent à fixer un cadre reposant sur des arguments rationnels.

Le modèle transthéorique, modèle des « étapes du changement » de J. Prochaska et C. DiClemente selon Berger et Jourdan (2005, p. 18) pense le changement de comportement comme un processus et non un événement unique (Berger & Jourdan, 2005, p. 18). Ce modèle conçoit le changement comme étant cyclique et continu, et permettant aux personnes de revenir à une étape antérieure, sans pour autant repartir de zéro. L'obtention d'un comportement favorable à la santé se ferait en cinq étapes successives : la précontemplation ou pré-intention, la contemplation ou l'intention, la préparation, l'action et le maintien. Pour chacune des étapes, il est nécessaire de mettre les personnes dans des situations adaptées à l'étape à laquelle elles se trouvent.

Ces modèles présentent cependant des limites. En effet, l'éducation à la santé ne vise pas la prévention ; contrairement à la prévention dont la finalité est de faire baisser la prévalence d'un comportement, l'éducation tend à développer l'autonomie, la liberté et la responsabilité de l'autre, la référence étant le sujet et non le comportement incriminé. La plupart des modèles psychologiques utilisés permettent de « penser » les étapes du changement de comportement et

concernent l'apprentissage de comportements favorables à la santé ; le risque est alors de ne pas prendre en compte le développement de l'autonomie et de la responsabilité de la personne. De plus, deux pratiques sont particulièrement utilisées : l'exercice du pouvoir (ou des rapports de force) et la manipulation. Ces pratiques, si elles sont appliquées à l'insu de la personne, ne permettent pas l'émergence d'individus libres et responsables.

Pourtant, il peut être tout à fait légitime d'utiliser tous les moyens disponibles du fait de l'ampleur des enjeux. C'est pourquoi, il est nécessaire d'expliquer la nature des modèles utilisés lors des interventions en éducation pour la santé pour prendre conscience des limites de leur champ de validité (apprentissage, évaluation, développement des compétences sociales, capacité à résister à la pression des pairs, etc.), et pour identifier la vision de l'homme et de son éducation ainsi que les problèmes éthiques qui sont soulevés.

#### 2.3.2.2. Les autres modèles dans la perspective de l'éducation de la personne

Sans remettre en cause les modèles théoriques centrés sur les changements de comportement, d'autres modèles théoriques dans la perspective de l'éducation des personnes sont utilisés.

Selon Philippe Meirieu (2005), un pédagogue est un éducateur qui vise l'émancipation des personnes qui lui sont confiées, le développement de leur capacité à décider d'elles-mêmes de leur propre histoire, et ce, à l'aide d'apprentissages déterminés. Cette définition est basée sur le principe d'éducabilité de tous les individus. Éduquer serait trouver un équilibre entre un projet éducatif et la liberté en construction des personnes.

Dans le domaine de l'éducation pour la santé, cet équilibre est d'autant plus délicat puisqu'il repose sur ce que le sujet a de plus intime. Même s'il n'est pas possible de maîtriser totalement le développement et l'éducation d'un individu, il reste important de rendre explicite les modèles utilisés dans la mise en œuvre de l'action.

Les divers modèles utilisés dans le cadre d'intervention en éducation pour la santé concernent :

- La santé, l'éducation pour la santé et la promotion de la santé ;
- Le développement des individus et l'apprentissage ;

- Les dynamiques collectives et le partenariat en éducation à la santé dont les cadres théoriques sont la sociologie des organisations, particulièrement la modélisation de l'action (« systèmes d'action concrets »).
- L'évaluation basée sur deux grandes approches l'une « qualité », l'autre « systémique », la première permettant de vérifier la qualité des démarches, la seconde de formaliser des éléments du processus.

### 2.3.2.3. Les paradigmes sous-tendant ces interventions selon Fortin

Selon Fortin (2004), quatre grands paradigmes sous-tendent les interventions en éducation pour la santé : les paradigmes rationnel, humaniste, de la dialectique sociale et écologique.

Le modèle rationnel est inspiré des théories du scientisme, c'est-à-dire à une pédagogie classique, verticale, académique, qui est centré sur un apport de connaissances sensées être objectives et extérieures au sujet.

Le modèle humaniste est fondé sur les travaux de C. Rogers et vise la réalisation de l'individu ; les pratiques ciblent des objectifs cognitifs tout en ayant pour but éducatif la réalisation de soi comme proposé dans la définition de la santé en tant qu'état de complet bien être.

Le modèle de la dialectique sociale dépasse le développement personnel et interroge le degré de liberté de l'homme, c'est-à-dire la capacité de l'homme à maîtriser son existence et à exercer un contrôle sur son environnement ; il s'agit du concept *d'empowerment*.

Le modèle écologique est basé sur les travaux conduits en écologie humaine et il tient compte de l'être humain et des interrelations entre celui-ci et les différents milieux (écosystème) dont la résultante est son développement et les apprentissages.

La diversité des modèles en éducation à la santé servant de base aux interventions éducatives, interroge la formation des professionnels. La question de l'acquisition des compétences et des connaissances nécessaires à une prise de recul sur les fondements des actions se pose. En effet, dans la perspective de la formation de praticiens réflexifs selon Schön (1994, p. 24), il est nécessaire de maîtriser des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être, mais aussi de prendre en compte la dimension épistémologique (énoncé des modèles et des théories, de leur élaboration, de leurs intérêts et leurs limites, de leur place dans la pratique).

Cette prise de recul sur les modèles est au cœur de la culture commune des acteurs de l'éducation à la santé, tout comme la capacité à assumer les questions éthiques.

### 2.3.3. Les enjeux de l'éducation à la santé

#### 2.3.3.1. Promouvoir la santé et modifier les approches

**Les enjeux de promotion de la santé.** Promouvoir la santé à l'école est complexe. C'est un objectif qui doit composer avec deux visions de l'acte éducatif, impliquant des pédagogies différentes : l'une centrée sur « l'enseignement de » et renvoyant à la discipline, et l'autre prônant une « éducation à » dans une perspective plus globale.

Le concept de santé tend à passer d'une vision médicale d'un « bien » à maintenir à une vision émancipatrice liant l'individu et son environnement dans un contexte à la fois collectif et individuel. Intervenir en promotion de la santé auprès des enfants, adolescents et jeunes adultes nécessitent donc la prise en compte de cette complexité ainsi que le croisement de ces regards, comme le montrent les travaux de recherche sur les modèles en santé et en éducation. Ainsi, les contenus spécifiques de l'éducation à la santé interrogent les pratiques des professionnels de l'Éducation nationale (Rebih, 2018). En effet, l'intervention éducative mise en place diffère des pratiques habituelles d'enseignement. Les contenus disciplinaires de l'éducation à la santé reposent sur des savoirs scientifiques, sur le développement de compétences, de savoir-être et de savoir-faire, et sur des pratiques sociales. Ces contenus font appel à des éléments qui relèvent à la fois de l'intime et de la sphère publique. Ils proviennent de champs différents, ils se réfèrent à des valeurs qui, de fait, sont relatives, et ils nécessitent le développement de compétences psychosociales. Pour accompagner les élèves dans le développement de ces compétences, les enseignants doivent mettre œuvre des interventions spécifiques qui ne peuvent se résumer à une transmission d'informations ou de connaissances (Rebih, 2018). Ces interventions doivent tenir compte des conceptions des élèves, de leurs savoirs pour favoriser la construction des compétences psychosociales. L'acquisition de ces compétences par les élèves suppose que les enseignants développent eux aussi ces compétences comme celles de travailler en partenariat, de conduire des projets, d'avoir une réflexion éthique... (Rebih, 2018).

Cette réflexion éthique repose sur des valeurs, qui sont, selon Raymond Massé, « des conceptions fondamentales de ce qui devrait être, des construits socio-culturels partagés (à des degrés divers) par les membres d'une communauté. Elles déterminent des types de comportements ou de décisions distincts de ceux qui ne seraient orientés que par la seule raison ou par un souci d'atteindre les objectifs prédéterminés (Massé, 2003, p. 48).

**Modifier les approches.** La France met en œuvre davantage une approche biomédicale de « l'éducation à » sous-tendue par un paradigme de l'homme rationnel. Ceci est dû à la place qu'a le corps médical dans l'éducation à la santé mais aussi aux constructions précoces de ces schémas de pensée, véhiculés dès l'école par les représentations des enseignants et par les manuels scolaires (Balcou-Debusse, 2016, p. 18).

Selon Maryvette Balcou-Debusse, les sciences médicales sont d'un point de vue épistémologique, conçues sur des modèles où les causalités sont dominantes, et sur le plan méthodologique, ces modèles sont généralement établis sur le modèle de l'« *evidence-based medicine* » avec pour support des études épidémiologiques souvent de grande ampleur. Ces savoirs sont alors construits en référence aux concepts développés dans le monde anglo-saxon, ce qui donne une dimension internationale décontextualisée.

L'homme pluriel tel que le définit Bernard Lahire (1998) peut donc être appréhendé selon différentes approches scientifiques. Plusieurs débats sur les cadres théoriques ou les méthodologies animent ainsi les chercheurs, qui voient de plus en plus se développer des occasions de travailler ensemble, ce qui pourrait modifier les approches des uns et des autres (Lahire, 1998).

#### 2.3.3.2. Un enjeu éthique face au risque de stigmatisation

Pour Massé (2003, p. 54), le concept d'enjeux se rapporte à ce que l'on peut gagner ou perdre (ce qui est en jeu). Ces enjeux peuvent être économiques, politiques ou religieux. Ils seront considérés comme éthiques lorsque la nature de la perte ou du gain, concerne l'individu ou le groupe dans sa dignité humaine, son individualité, son intégrité, sa liberté ou sa sécurité.

**Le risque de stigmatisation de toute action de santé publique.** Selon Raymond Massé (2012, p. 9), la stigmatisation est un danger propre à toute action de santé publique et qui met

à mal la prévention. En effet, la stigmatisation peut avoir des conséquences graves sur la société qui insiste sur la nécessité de former les intervenants sur les coûts sociaux et éthiques des programmes d'intervention. « Une santé publique éthique passe par la responsabilisation de ceux qui la mettent en œuvre au quotidien et des autorités politiques qui les mandatent. » (Massé, 2012, p. 9). Jusqu'à présent, la conviction d'agir pour « le mieux-être de la population » (Massé, 2012, p. 9), suffisait à faire taire les critiques de certains programmes de prévention et promotion de la santé qui empiétaient sur l'autonomie des citoyens. Mais ces dernières années, les sciences sociales ont développé leurs critiques en présentant la santé publique comme une entreprise normative de promotion de la santé et de moralisation des habitudes de vie. En réponse, les instances nationales et internationales de santé publique ont alors proposé des codes d'éthiques conjuguant principes éthiques et évidences scientifiques (Association américaine de santé publique, Association pour l'avancement de la promotion de la santé, Union internationale pour la promotion et l'éducation à la santé).

Cette évolution confirme l'étendue des enjeux dont fait partie la stigmatisation sociale de certains « sous-groupes étiquetés comme étant à risque » (Massé, 2012, p. 9).

**Un risque d'étiquetage social face à la norme.** La santé publique est en effet normative :

- Elle définit des critères normatifs (seuils, taux...) qui induisent une frontière entre le normal et le pathologique, et en fonction de ces écarts à la norme, des individus sont ciblés pour certains programmes de prévention.
- Elle définit des comportements à risque qui expliquent les écarts de l'état de santé à la norme.
- Elle définit également les « groupes à risque » qui sont ciblés par des interventions visant à éradiquer ces déviances à la norme (Massé, 2012, p. 9).

Cette norme conduit à l'association de certaines pratiques sanitaires connotées négativement à certains groupes sociaux. Pour Massé (2012, p. 9), le risque est alors celui d'un « étiquetage social négatif ». Il existe de nombreux exemples d'étiquetage touchant les groupes ayant des comportements à risque comme les fumeurs ou les adeptes de la malbouffe avec surpoids, et ceux touchant les groupes définis par leur orientation sexuelle comme les homosexuels accusés d'être responsables de la transmission du virus du sida. Cet étiquetage peut également toucher les parents et les enfants ciblés lors de programmes de prévention précoce de la délinquance. Il

peut aussi être ethnique, ou concerner des quartiers, des travailleurs ou des secteurs économiques... (Massé, 2012, p. 9).

Tous ces étiquetages peuvent stigmatiser les populations visées qui deviennent alors victimes de discrimination. De plus selon Massé (2012, p. 10), ces étiquettes peuvent être intériorisées et se manifester sous forme de sentiments de culpabilité, d'infériorité ou de honte. C'est pourquoi, les interventions de santé publique doivent être vigilantes pour éviter certains risques de dérive : celle de l'amalgame (le diagnostic de la population posé à travers les études épidémiologiques est transposé à chaque individu amalgamé au sein d'un groupe à risque uniforme), et celle de l'essentialisation (la réduction de l'identité d'un individu à certaines caractéristiques de son groupe social d'appartenance) (Massé, 2012, p. 10).

**Les conséquences sociales de l'étiquetage.** L'étiquetage et le ciblage peuvent avoir des conséquences sociales importantes, à savoir la stigmatisation et la discrimination sociales. La stigmatisation prend la forme d'une « identité abîmée » par une expérience de rejet social. La discrimination, quant à elle, provient de la société et du système de santé qui s'appuie sur ces attributs et permet ainsi des préjudices pour l'accès à l'emploi, ou face aux assurances invalidité, ou pour les soins. La prévention et la promotion de la santé séparent ainsi les « bons » et les « mauvais », ceux qui souhaitent agir sur les facteurs de risque ou non, ceux qui souhaitent améliorer leurs compétences et profiter des programmes d'empowerment (Massé, 2012, p. 11). La stigmatisation peut également nuire à la prévention elle-même. Par exemple, depuis 2001, l'OMS a identifié la stigmatisation sociale des personnes souffrant de troubles mentaux comme la principale cause d'échec des programmes de réinsertion sociale.

Pour autant, cibler les interventions demeure pertinent. En effet, la notion de « facteurs de risque » permet d'identifier des conditions de vie et de travail, des comportements, des habitudes et des groupes d'individus les plus touchés par un problème de santé ou les plus concernés par des facteurs de risques évitables. Cette identification rend possible la mise en œuvre d'interventions plus adaptées aux besoins et aux attentes spécifiques de chaque groupe. De plus, si les programmes visaient l'ensemble de la population, ils réduiraient les risques de stigmatisation et de discrimination sociale, mais ils entraîneraient un gaspillage de ressources et augmenteraient le risque d'inefficacité des interventions qui seraient alors mal ciblées. Un des enjeux éthiques reste alors une analyse nuancée qui soit sensible au contexte.

**Les solutions apportées aux conséquences sociales de l'étiquetage.** Il est difficile de supprimer complètement ces étiquetages puisque les mêmes sous-groupes sociaux sont plus concernés par tel ou tel problème de santé ou par tels risques. La santé publique se doit donc de réduire ces impacts négatifs de l'étiquetage, c'est pourquoi elle met en place par exemple des mesures pour limiter ce risque comme la limitation de certains résultats épidémiologiques ou la prudence dans la présentation des résultats au grand public. Il est nécessaire également de former les intervenants et les professionnels sur les coûts sociaux et éthiques des programmes qu'ils élaborent, qu'ils mettent en œuvre et évaluent. L'objectif est de responsabiliser à la fois les professionnels sur le terrain mais aussi les autorités politiques mandataires sur ce que doit être une santé publique éthique.

C'est pour garantir à la fois le développement de compétences en santé, une meilleure qualité de soin possible, une équité face à l'accès aux soins, une réduction des risques sanitaires, ... que la politique de santé publique se doit de réduire les inégalités sociales de santé persistantes dans un cadre éthique.

## **2.4. Les contours des inégalités sociales pour comprendre**

### 2.4.1. La notion d'inégalité selon l'observatoire des inégalités

#### 2.4.1.1. La définition d'inégalité et ses domaines selon l'observatoire des inégalités

Maurin (2018, p. 10) propose dans le cadre de l'observatoire des inégalités, de définir les inégalités « quand une personne ou un groupe détient des ressources, exerce des pratiques ou a accès à des biens et services socialement hiérarchisés », sous-entendu, « et qu'une partie des autres ne détient pas ». Selon Maurin, cet accès aux biens ou aux services doit pouvoir être classé, être valorisé sinon cela reste une différence. Ces inégalités sont présentes au-delà des revenus ; elles touchent l'éducation, l'emploi, les loisirs, la santé... L'observatoire des inégalités retient cinq grands domaines : « revenus », « éducation », « emploi », « lien social et politique » et conditions de vie » ; à l'intérieur de ces catégories, se trouvent des sous-ensembles comme la santé (Maurin, 2018 p. 11). Par ailleurs, ces inégalités s'observent entre des personnes pouvant être regroupées selon leur genre, leur âge, leur métier, c'est-à-dire leur milieu social, ... Ces groupes sont identifiés comme des « catégories de populations ».



L'observatoire des inégalités distingue quatre grandes catégories : le sexe, l'âge, le milieu social et l'origine, eux-mêmes pouvant être divisés en sous-ensembles.

Ces domaines et ces catégories de populations sont croisés pour mieux comprendre le système d'ensemble des inégalités. Ces choix d'analyse des inégalités reposent sur une lecture basée sur des valeurs sous-jacentes (Maurin, 2018 p. 12).

#### 2.4.1.2. La répartition selon les professions, les catégories socio-professionnelles et la question de l'origine « ethnoculturelle »

Les professions et catégories socio-professionnelles (PCS) sont une répartition de la population à partir du type de métier. Ce classement est réalisé par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Les professions sont classées en six grandes catégories d'actifs : les agriculteurs, les artisans-commerçants et chefs d'entreprise, les cadres et les professions intellectuelles supérieures, les professions intermédiaires, les employés, et les ouvriers. Deux catégories sont ajoutées pour représenter l'ensemble de la population, une catégorie « retraité » et une catégorie « divers » incluant les chômeurs n'ayant jamais travaillé, les étudiants, les hommes et les femmes au foyer (Maurin, 2018 p. 15).

La définition des catégories selon l'origine « ethnoculturelle » génère selon Maurin (2018 p. 17) des tensions et est difficile à appréhender, et la notion même d'ethnie est difficile à déterminer. L'observatoire des inégalités a fait le choix de diviser cette catégorie entre « français » et « étranger » même si cela n'est pas représentatif des discriminations potentielles caractérisant les groupes comme la couleur de la peau (Maurin, 2018 p. 17).

Aussi, il est nécessaire de distinguer les inégalités des discriminations. Une discrimination est une inégalité illégale. Elle repose sur une différence de traitement interdite par la loi (Maurin, 2018 p. 21). La loi établit 25 critères de discrimination tels que le sexe, l'âge, l'origine, l'état de santé... Pendant longtemps ces discriminations ont été sous-estimées au profit des inégalités sociales, pourtant, aujourd'hui, l'accent est mis davantage sur la lutte contre les discriminations masquant ainsi les mécanismes sociaux qui produisent ces inégalités (Maurin, 2018 p. 22).

#### 2.4.1.3. La mesure des inégalités dans un contexte de comparaison internationale

Les méthodes et les outils utilisés au sein de l'Europe et à l'échelon mondial diffèrent. La mesure des revenus est par exemple différente selon le pays ; ce peut être des données issues de l'administration comme les impôts en France, ou bien des enquêtes auprès des ménages dans d'autres pays (Maurin, 2018 p. 51).

Concernant l'éducation, les enquêtes PISA (Program for International Student Assessment), posent des difficultés méthodologiques car il n'existe pas de nomenclature internationale des professions et catégories socio-professionnelles (PCS) des parents pour les enfants interrogés. Par ailleurs, ces enquêtes mesurent les compétences à 15 ans dans seulement trois domaines (les sciences, la compréhension de l'écrit et les mathématiques), ce qui n'est pas représentatif de l'ensemble des domaines présents dans la formation des élèves.

À l'inverse, certaines études de l'Éducation nationale montrent que si l'on regarde le diplôme obtenu et le lien avec le milieu social des parents, la France est l'un des pays où le décrochage scolaire est parmi les plus faibles et où les enfants de parents peu diplômés réussissent mieux que la moyenne (Maurin, 2018 p. 52).

#### 2.4.1.4. Les inégalités dites injustes

Toutes les inégalités ne choquent pas ; ce qui pose problème selon Maurin (2018, p. 87), ce sont les inégalités injustes. Selon lui une première forme « d'égalité juste » est « l'égalité des chances » ou équité. L'inégalité paraît juste quand elle correspond aux mérites individuels. « L'égalité arithmétique va à l'encontre de l'idée même de justice, dès lors que la diversité humaine est prise en compte : non pas seulement en termes d'effort, mais également de besoins, de désirs ou de handicaps » indique l'économiste Arnaud Lechevalier (2001).

Pour autant, le mérite suppose qu'il soit possible d'évaluer des résultats de façon individuelle. Nous ne partons pas de même niveau et sommes donc inégaux ce qui biaise une quelconque attribution de mérite. Si l'on pense une société où règne l'égalité des chances, chacun a alors les mêmes chances d'accéder au sommet selon son mérite (Dubet, 2020). Il est alors question de mobilité ou « fluidité » sociale quand l'accès à une position dans la société est indépendant de son milieu de naissance (Maurin, 2018, p. 94). De nombreuses études montrent que la mobilité sociale est plus élevée en Suède et en Norvège où les hiérarchies sociales sont moins marquées.

## 2.4.2. Les inégalités sociales et la scolarité

Que ce soit les résultats des enquêtes PISA ou les études françaises, le constat est le même : les inégalités scolaires se sont creusées en France.

### 2.4.2.1. Les facteurs liés aux conditions de vie et à l'échec scolaire

Des facteurs relatifs aux conditions de vie pourraient être associés à l'échec scolaire, et en tout premier les conditions d'emploi des parents, les conditions familiales et les conditions culturelles. Par extension, les facteurs d'échecs graves peuvent aussi conduire à un abandon des études (Boudesseul et al., 2016, p. 7). Sept variables de conditions de vie sont retenues dans l'Atlas des risques sociaux d'échec scolaire (Boudesseul et al., 2016, p. 7).

**Le niveau de revenu, le chômage et la précarité en emploi, le niveau de diplôme des parents.** Il apparaît que la profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS) du père compte moins que le fait pour une famille d'être dans la catégorie de ceux ayant les revenus les plus faibles. L'effet propre du niveau de revenu de la famille sur le retard à l'âge de 15 ans, est supérieur à l'effet propre de la PCS du père en comparant les cadres supérieurs et les ouvriers (Goux & Maurin, 2000). Le chômage et la précarité en emploi sont également deux variables d'origine économique qui paraissent agir sur l'échec scolaire, à travers l'image du marché du travail et de la rentabilité des études, mais aussi par les incertitudes liées à l'avenir (Duée, 2004, 2006).

Le facteur lié au niveau de diplôme évoqué depuis les années 1970 a été modifié en termes de compétences des parents plus récemment (Murat, 2009). En effet, à profession constante, le fait pour la mère de ne pas être titulaire d'un titre chez les ouvriers multiplie par 1,5 le risque pour les enfants de sortir de l'école sans aucun diplôme (Thélot & Vallet, 2000).

**La structure familiale et les conditions de logement.** Le fait de vivre dans une famille monoparentale réduirait la possibilité d'aide au travail à la maison et rend plus aigu l'arbitrage entre activité domestique et activité professionnelle. Dans les familles nombreuses, l'effet de réduction du temps d'aide aux devoirs peut aussi se trouver accentué, sauf si l'aide se fait à l'intérieur de la fratrie (Boudesseul et al., 2016, p. 7). Les conditions de logement peuvent ajouter un effet de gestion de l'espace lié au surpeuplement (Goux & Maurin, 2002 ; Pirus,

2011). Dans le cadre de l'occupation d'un logement social les situations de surpeuplement sont plus fréquentes (Jacquot, 2007). Les ménages à faibles ressources sont nettement surreprésentés au sein des locataires de HLM dans les quartiers pauvres des grandes villes. L'accès au logement social est donc aussi dépendant du volontarisme des maires.

#### 2.4.2.2. La contextualisation des risques sociaux liés à l'échec scolaire et typologies

L'Atlas élabore des indicateurs de contextes territoriaux en combinant les variables susceptibles d'agir sur l'échec scolaire et l'orientation des élèves (cf. figure 3). Une analyse spatialisée<sup>23</sup> des facteurs associés à l'échec scolaire a été ainsi faite. Elle permet de distinguer trois types de risques élevés, deux types des risques plutôt limités, et deux types de risques présentant des caractéristiques spécifiques (Boudesseul et al., 2016, p. 12).

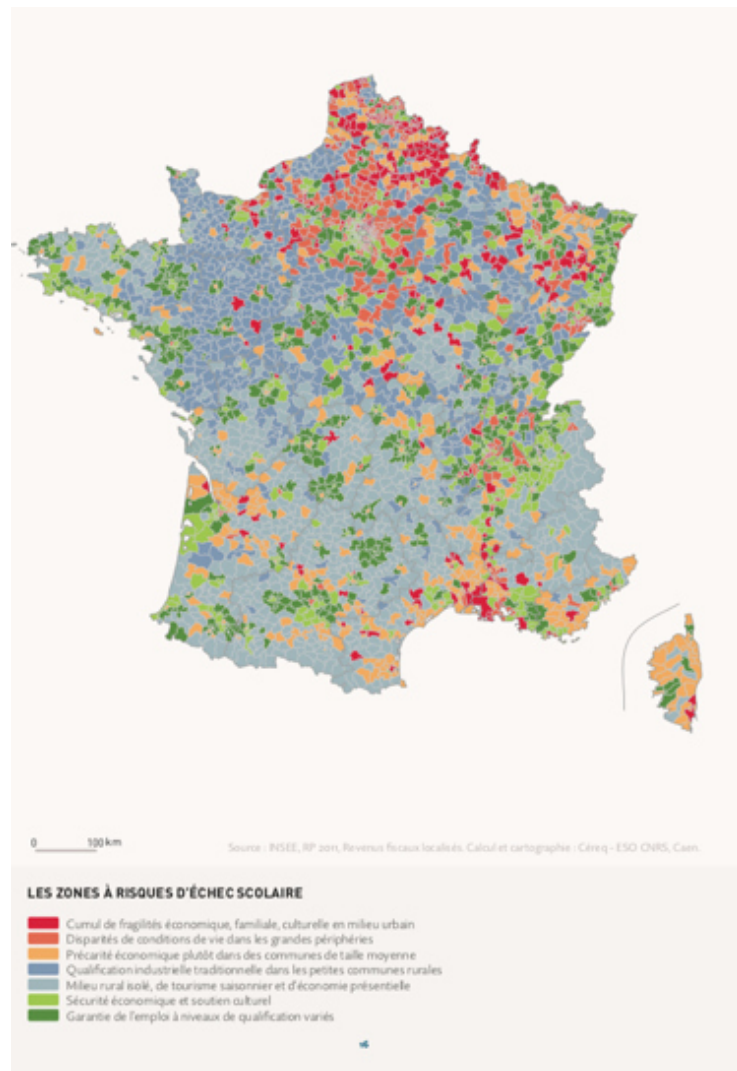
Les risques les plus élevés sont les types : « cumul de fragilités économique, familiale, culturelle en milieu urbain », « disparités de conditions de vie dans les grandes périphéries » et « précarité économique plutôt dans des communes de taille moyenne » (Boudesseul et al., 2016, p. 12).

Les risques les plus limités sont les types : « sécurité économique et soutien culturel » et « garantie de l'emploi à niveaux de qualification variés » (Boudesseul et al., 2016, p. 12).

Les configurations ayant des caractéristiques spécifiques sont les types : « qualification industrielle traditionnelle dans les petites communes rurales » et « milieu rural isolé, de tourisme saisonnier et d'économie présentielle » (Boudesseul et al., 2016, p. 12).

---

<sup>23</sup> Ce sont 3 689 cantons de France métropolitaine lors du recensement de 2011. Les départements d'outre-mer ont donné lieu à une analyse séparée parce que les valeurs des indicateurs sont souvent très distantes des observations en métropole. Mayotte a fait l'objet d'une analyse séparée, compte tenu du caractère atypique du contexte de Mayotte. (Boudesseul et al., 2016, p. 11).



**Figure 3.** *Les zones à risques d'échec scolaire en France (Boudesseul et al., 2016, p. 16).*

**Le type « cumul de fragilités économique, familiale, culturelle en milieu urbain ».**  
 Ce type de risques rassemble 402 cantons soit un sur dix. La population de 15 à 64 ans est de 7,9 millions, soit un habitant sur cinq (19,8 %).

Les plus grandes difficultés sont très concentrées dans certaines aires urbaines (380 habitants / km<sup>2</sup>). Les cantons de ce type cumulent les indicateurs défavorables comme le chômage (12,6 % contre 8,9 % en moyenne pour la France métropolitaine), le revenu médian par unité de consommation (15 800 euros pour 18 700 euros dans l'ensemble), des conditions de vie difficiles avec 11,6 % de familles monoparentales (8,9 % en moyenne), 2,4 % de familles de quatre enfants et plus (1,4 % en moyenne) et 26,3 % vivant dans des logements sociaux (14,6 % en moyenne), et 38,3 % des personnes de 45-54 ans sans diplôme pour 28,2 % en moyenne (Boudesseul et al., 2016, p. 13).

Les enfants bénéficient de façon inégale auprès de leurs parents des ressources matérielles et culturelles pouvant les soutenir dans leur travail scolaire, d'autant plus si la mère élève seule ses enfants, et surtout lorsque ceux-ci sont nombreux (Boudesseul et al., 2016, p. 13).

L'importance d'une socialisation précoce à la culture scolaire est connue, à travers la mise à disposition de livres et de journaux, et sur le plan culturel grâce à la familiarité avec la lecture et l'écriture que possèdent les parents les mieux pourvus en diplômes (Boudesseul et al., 2016, p. 13). La part d'immigrés dans la population est de 13,6 % (8,7 % en moyenne France métropolitaine), le taux de couverture de la population par le revenu de solidarité active (RSA) est de 12 % (6,1 % en moyenne), la part de PCS défavorisées atteint 46,2 % (35 % en moyenne). Or ces indicateurs, tous défavorables, sont associés à une part de non diplômés parmi les 15-24 ans qui ne sont plus scolarisés la plus élevée de tous les types (32,8 % pour 25,4 % en France métropolitaine) (Boudesseul et al., 2016, p. 13).

Ce « cumul de fragilités économique, familiale, culturelle en milieu urbain » est situé dans le nord, dans des zones où il y a eu aggravation de la crise (déindustrialisation). Les académies de Lille et d'Amiens sont ainsi très affectées (Boudesseul et al., 2016, p. 13).

**Le type « disparités de conditions de vie dans les grandes périphéries ».** Le type « disparités de conditions de vie dans les grandes périphéries » présente également des risques assez élevés, sans pour autant les cumuler sur les divers registres. Il rassemble 328 cantons, soit environ un sur dix et un habitant sur sept (13,8 %) (Boudesseul et al., 2016, p. 13).

Il est plutôt moins concentré, et dans les grandes périphéries (274 habitants / km<sup>2</sup>). Il est caractérisé par une proportion importante de familles monoparentales (10,3 % pour 8,9 % en France métropolitaine) et de ménages vivant en logement social (18,6 % pour 14,6 % en France métropolitaine), et par plus de familles de quatre enfants et plus (1,8 % pour 1,4 % en moyenne) (Boudesseul et al., 2016, p. 13). Il n'est pas particulièrement affecté par des risques d'ordre économique (même si la part de chômeurs parmi les 15-64 ans est dans la moyenne nationale, la proportion de personne ayant un CDI dans les emplois occupés est supérieure ; elle est de 87,1 % pour 85,2 % en France métropolitaine, et le revenu médian par unité de consommation est supérieur à sa valeur pour la France entière).

Ce sont donc les conditions de vie familiale qui sont les plus discriminantes. Ce type comporte donc plus de parents en activité (Boudesseul et al., 2016, p. 13).

Les cantons du type « disparités de conditions de vie dans les grandes périphéries » sont en majorité aux marges des grandes territoires urbains parisien, lillois et lyonnais, où persistent des concentrations élevées d'habitats sociaux. L'académie de Créteil est particulièrement concernée par ce phénomène avec des cantons où 48 % des ménages vivent en logement social (Boudesseul et al., 2016, p. 13).

**Le type « précarité économique plutôt dans des communes de taille moyenne ».** Le type « précarité économique plutôt dans des communes de taille moyenne » présente des risques significatifs basés sur le chômage et l'emploi. Il regroupe 432 cantons (11,7 %) pour 12,8 % des 15-64 ans.

Il n'est pas concentré dans des zones à forte densité de population (125 habitants / km<sup>2</sup>) (Boudesseul et al., 2016, p. 13). La part de chômeurs parmi les 15-64 ans est élevée (10,4 % pour 8,9 % en France métropolitaine) et la proportion de personnes ayant un CDI est la plus faible de tous les types (82,4 % pour 85,2 % en France métropolitaine). Le revenu médian par unité de consommation (17 400 euros) est inférieur à sa valeur France métropolitaine (18 700 euros) et le taux de couverture de la population par le RSA est de 7,6 % pour 6,1 % en France métropolitaine. La part de non diplômés parmi les 15-24 ans qui ne sont plus scolarisés est légèrement supérieure (26,1 % pour 25,4 % en France métropolitaine) (Boudesseul et al., 2016, p. 13).

Ce type « précarité économique plutôt dans des communes de taille moyenne » concerne des cantons des petites et moyennes villes. C'est le cas de l'académie de Bordeaux (Boudesseul et al., 2016, p. 13).

**Le type « sécurité économique et soutien culturel ».** Le type « sécurité économique et soutien culturel » correspond à 524 cantons (14 %), soit plus d'un habitant de 15-64 ans sur quatre (26,2 %), ce qui indique une densité démographique importante en milieu urbain (299 habitants / km<sup>2</sup>) (Boudesseul et al., 2016, p. 14).

La première caractéristique, c'est qu'il y a un revenu médian par unité de consommation le plus élevé de tous les types (22 000 euros pour 18 700 euros tous types confondus en France métropolitaine), et une part de non diplômés parmi les 45-54 ans particulièrement limitée (21,8 % pour 28,2 % en France métropolitaine). Les autres indicateurs sont assez proches des moyennes d'ensemble (Boudesseul et al., 2016, p. 14).

Cependant, les indicateurs complémentaires montrent un taux de couverture par le RSA (4,4 %) inférieur à sa valeur de France métropolitaine (6,1 %), et qu'un jeune de moins de 18 ans sur quatre est issu de catégories défavorisées (24,7 %), ce qui est le plus faible de tous les types (35 % dans l'ensemble France métropolitaine) (Boudesseul et al., 2016, p. 14). La part d'emplois dans les services est la plus élevée de tous les types (82 % pour 76,9 % en France métropolitaine). Le taux de scolarisation des 15-24 ans est le plus élevé de tous (70,5 % pour 64,9 % nationalement), et la part de jeunes ayant atteint le niveau III BAC + 2 est élevée (16,1 % pour 13,7 % dans l'ensemble), et d'autant plus pour le niveau II Licence et plus (12,2 % pour 7,2 % dans l'ensemble). La part des non diplômés parmi ces jeunes, qui ne sont plus scolarisés, est l'une des plus faibles (21,1 % pour 25,4 % dans l'ensemble) (Boudesseul et al., 2016, p. 14).

Ce type est très présent dans le département des Yvelines (académie de Versailles), et dans les académies de Strasbourg, Rennes, Grenoble et Lyon. La composition sociale de ces espaces résidentiels regroupe des ménages actifs et retraités à haut niveau de revenu et de diplôme. Certains de ces cantons tirent leurs revenus d'un emploi frontalier, c'est-à-dire localisé au Luxembourg, en Allemagne ou en Suisse (Boudesseul et al., 2016, p. 14).

**Le type « garantie de l'emploi à niveaux de qualification variés ».** Le type « garantie de l'emploi à niveaux de qualification variés » représente 618 cantons (17 %) soit un habitant sur six (12,9 %).

Ce type a un profil un peu différent même s'il se retrouve dans des aires moins urbanisées, à densité moyenne (96 habitants / km<sup>2</sup>) (Boudesseul et al., 2016, p. 14). Il a deux caractéristiques : une part de chômeurs parmi les 15-64 ans la plus faible de tous (5,8 % pour 8,9 % en France métropolitaine), et une proportion d'emplois en CDI la plus élevée de toutes (88,6 % pour 85,2 % dans l'ensemble) (Boudesseul et al., 2016, p. 14).



Cependant, le revenu est un peu moins élevé que dans le type « sécurité économique et soutien culturel » mais il est supérieur aux autres types (21 300 euros). Le taux de couverture de la population par le RSA est le plus faible de tous (2,3 % pour 6,1 % en France métropolitaine). Les revenus modérés sont compensés par une certaine sécurité de l'emploi. La proportion de jeunes de moins de 18 ans issus de catégories « favorisées » est plus élevée que dans tout autre type (25,6 % pour 21,4 % dans l'ensemble France métropolitaine) (Boudesseul et al., 2016, p. 14). L'industrie est sensiblement surreprésentée (15,2 % pour 11,5 % dans le type « sécurité économique et soutien culturel » et 13,4 % en France métropolitaine). Le taux de scolarisation des 15-24 ans est élevé (67 % pour 64,9 % nationalement), et la part de jeunes ayant atteint les niveaux V, IV et III du CAP à BAC + 2 est élevée surtout au niveau III BAC + 2 où l'écart à la moyenne France métropolitaine est le plus élevé (16,6 % pour 13,7 % dans l'ensemble).

En revanche, ceux ayant atteint le niveau II Licence et plus sont plus rares (6,7 %) soit un peu moins que nationalement (7,7 %) et moitié moins que dans le type « sécurité économique et soutien culturel » (12,2 %). La part des non diplômés parmi ces jeunes qui ne sont plus scolarisés est la plus faible de tous les types (18,4 % pour 25,4 % dans l'ensemble) (Boudesseul et al., 2016, p. 14).

Ce type est périurbain résidentiel à haut niveau de vie et zones frontalières. Les académies de Lyon et de Strasbourg ont de nombreux cantons de ce type. Le taux de chômeurs parmi les 15-64 ans n'est que de 5 %. La part des jeunes non diplômés parmi les 15-24 ans non scolarisés est de 11,2 % (Boudesseul et al., 2016, p. 14).

**Le type « qualification industrielle traditionnelle dans les petites communes rurales ».** Le type « qualification industrielle traditionnelle dans les petites communes rurales » représente 598 cantons (16,2 %) et 7,8 % de la population dont la densité est des plus modérées (43 habitants / km<sup>2</sup>) (Boudesseul et al., 2016, p. 15).

Il a deux caractéristiques, à savoir, une faible part de familles monoparentales (6,2 % pour 8,9 % en France métropolitaine) et une part de non diplômés parmi les 45-54 ans élevée (33,4 % pour 28,2 % en France métropolitaine) (Boudesseul et al., 2016, p. 15).

Le revenu est modeste (17 600 euros) même si la part de chômeurs parmi les 15-64 ans (7,4 %) est inférieure à la moyenne France métropolitaine (8,9 %) et la part de CDI est dans la moyenne (Boudesseul et al., 2016, p. 15).

La proportion de plus de 60 ans est élevée (26,4 % pour 23,4 % nationalement), l'industrie est la plus répandue au regard des autres types (20,6 % pour 13,4 % en France métropolitaine), ainsi que l'agriculture, et la proportion de moins de 18 ans de catégories défavorisées est élevée (44,4 % pour 35 % en France métropolitaine) (Boudesseul et al., 2016, p. 15).

Le taux de scolarisation des 15-24 ans (58,2 % pour 64,9 % nationalement) et la proportion de niveaux II Licence et plus (3,6 % pour 7,2 % nationalement) sont les plus faibles alors que la part de niveau V CAP-BEP parmi ceux qui ne sont plus scolarisés est la plus élevée de tous (33,3 % pour 27,2 % dans l'ensemble). La part des non diplômés parmi ces jeunes de 15-24 ans non scolarisés est de 22,5 % contre 25,4 % dans l'ensemble (Boudesseul et al., 2016, p. 15).

Ce type est présent dans la moitié nord de la France. Il s'agit de campagnes assez peuplées et actives ayant un tissu d'industries et d'artisanat comme l'agro-alimentaire et la construction. L'académie de Caen est représentative de ce type où les habitants ont un niveau de diplôme faible (Boudesseul et al., 2016, p. 15).

**Le type « milieu rural isolé, de tourisme saisonnier et d'économie présentielle ».** Le type « milieu rural isolé, de tourisme saisonnier et d'économie présentielle » regroupe 787 cantons (21,3 %) et 7,1 % de la population dont la densité est la plus faible (30 habitants / km<sup>2</sup>) (Boudesseul et al., 2016, p. 15). Il comporte une faible proportion de CDI parmi les emplois (82,5 % pour 85,2 % nationalement) et la part la plus faible de familles de quatre enfants et au-delà ainsi que de logements sociaux (Boudesseul et al., 2016, p. 15). Le revenu est modeste (17 100 euros pour 18 700 euros en France métropolitaine), même si la part de chômeurs parmi les 15-64 ans (7,5 %) est inférieure à la moyenne France métropolitaine (8,9 %). Suite aux départs des plus jeunes, la proportion de plus de 60 ans est la plus élevée de tous les types (30,7 % pour 23,4 % en France métropolitaine).

L'agriculture est la plus fortement représentée (9,5 % pour 2,8 % dans l'ensemble), ainsi que la construction (9 % pour 6,9 % nationalement). Les services, moins répandus que dans

l'ensemble (68,2 % pour 76,9 %), sont cependant supérieurs au type « qualification industrielle traditionnelle dans les petites communes rurales » (63 %).

C'est aussi le type dans lequel les moins de 18 ans de catégories sociales moyennes sont les plus représentés (32,2 % pour 24,8 % nationalement) (Boudesseul et al., 2016, p. 15). Le taux de scolarisation des 15- 24 ans (59,5 % pour 64,9 % nationalement), et la proportion de niveaux II Licence et plus (4 % pour 7,2 % nationalement) sont parmi les plus faibles de tous, alors que la part de niveau V CAP-BEP parmi ceux qui ne sont plus scolarisés est élevée (31,8 % pour 27,2 % dans l'ensemble). La part des non diplômés parmi ces jeunes de 15-24 ans est de 21,6 % pour 25,4 % dans l'ensemble (Boudesseul et al., 2016, p. 15).

Les cantons du type « milieu rural isolé, de tourisme saisonnier et d'économie présentielle » sont en majorité implantés en France du sud rurale et touristique. L'académie de Toulouse regroupe 150 cantons de ce type, soit 52 % des 286 cantons de l'académie (Boudesseul et al., 2016, p. 15).

#### 2.4.2.3. Les risques sociaux associés à l'échec scolaire globalement en France

**En France métropolitaine.** La mise en relation entre la carte de risques sociaux et celle de la part de jeunes de 15 à 24 ans non diplômés parmi ceux qui ne sont plus scolarisés reste réservée : elle consiste à rapprocher visuellement deux types de représentations cartographiques (Boudesseul et al., 2016, p. 15).

La première correspond à la combinaison des variables contextuelles selon les territoires à l'échelle des cantons, alors que la deuxième représente le « stock » de jeunes de 15 à 24 ans n'ayant obtenu aucun diplôme, rapporté à l'ensemble des jeunes qui ne sont plus scolarisés à ces âges (ceux qui sont encore scolarisés étant sur la voie d'obtenir un diplôme, même si tous ne l'auront pas) (Boudesseul et al., 2016, p. 15) (cf. figure 4).



**Figure 4.** *La part des non diplômés parmi les 15-24 ans non scolarisés en France*  
(Boudesseul et al., 2016, p. 17).

La distribution des types de cantons en France métropolitaine correspond à l’histoire démographique, économique et sociale des bassins d’emploi de la métropole et des départements d’outre-mer. Elle fait appel aux notions de mutations des systèmes de production, de métropolisation et de périurbanisation (Boudesseul et al., 2016, p. 18).

Il apparaît alors sur les représentations cartographiques, une France du salariat industriel ouvrier, de tradition manufacturière, en difficulté au nord et à l’est de la France, qui s’oppose à une France résidentielle de cadres et de professions intermédiaires plus aisées, sécurisées, correspondant aux couronnes périurbaines des métropoles et des autres grands territoires urbains (Boudesseul et al., 2016, p. 18). Une France des plus faibles revenus et du chômage se distingue alors des espaces résidentiels des ménages actifs et des retraités à haut niveau de

revenu et de diplôme, et entre ces deux France, se trouve un vaste tissu rural caractérisé par des risques modérés. Ce tissu rural se décompose en deux sous-ensembles : celui des campagnes du nord où les risques sont liés à une tradition de qualification industrielle, et celui du sud où l'économie présentielle et le tourisme saisonnier (Davezies, 2012) produisent des risques d'échec et de rupture de formation initiale. Les départements d'outre-mer constituent un dernier groupe où les difficultés économiques et sociales s'accumulent (Boudesseul et al., 2016, p. 18). En effet, à cette division de la métropole en trois France, s'ajoute une autre France plus paupérisée avec les cantons des départements d'outre-mer où les contrastes sont forts entre zones résidentielles des grands pôles urbains à l'emploi largement tertiaire et le reste des cantons, parfois très agricoles.

La France du salariat industriel, de tradition manufacturière, est représentée par le type « cumul de fragilités économique, familiale, culturelle en milieu urbain » (ce sont les villes de Roubaix, La Courneuve, Grigny, et Vaulx-en-Velin) et le type « disparités de conditions de vie dans les grandes périphéries » (ce sont les villes de Nangis, Nemours, Bron, Givors, et Tarare).

La part des chômeurs de longue durée est plus forte qu'ailleurs, comme celle des habitants couverts par le RSA. Les concentrations d'emploi industriel y ont généré de grands ensembles d'habitats sociaux (Boudesseul et al., 2016, p. 18).

La France résidentielle périurbaine, plus aisée et sécurisée, se retrouve dans les types « sécurité économique et soutien culturel » (ce sont les villes de Le Vésinet, Le Chesnay, Ferney-Voltaire, et Écully) et « garantie de l'emploi à niveaux de qualification variés » (ce sont Gex, Annecy-le-Vieux, Lomme, Fontaine-Lès-Dijon). Cela correspond à la France « à 20 minutes », des banlieues pavillonnaires de classes moyennes et aisées situées à 20 minutes de voiture du grand pôle d'emploi voisin (Boudesseul et al., 2016, p. 18). Les emplois qui y sont créés sont dans le tertiaire. Les revenus d'activité sont les plus élevés (Boudesseul et al., 2016, p. 18)<sup>24</sup>.

La France rurale intermédiaire réunit les types « précarité économique plutôt dans des communes de taille moyenne » (ce sont les villes de Bagnols-sur-Cèze, Prades, Sarrebourg, et

---

<sup>24</sup> La métropolisation en cours depuis les années 1980-1990 produit ce type de cantons, car cette France est surtout ancrée dans les plus grands territoires urbains (plus de 100 000 habitants, Toulouse et Rennes) (Boudesseul et al., 2016, p. 18).

Vire), « qualification industrielle traditionnelle dans les petites communes rurales » (comme Brionne, Saint-Claude, Le Thillot, et Vimoutiers) et « milieu rural isolé, de tourisme saisonnier et d'économie présentielle » (ce sont les villes d'Espelette, Saint-Pardoux-la Rivière, Salers, et Neuvic) (Boudesseul et al., 2016, p. 18).

**Dans les départements d'outre-mer (DOM).** Les départements d'outre-mer (DOM) font l'objet d'une analyse distincte en raison de leur spécificité, des sources légèrement différentes et des valeurs d'indicateurs souvent distantes de celles observées en France métropolitaine (Boudesseul et al., 2016, p. 18).

La France d'outre-mer est plus paupérisée et précarisée. Les 96 cantons de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique et de la Réunion se rangent autour de quatre types. Trois d'entre eux présentent des risques particulièrement élevés, les types « cumul de difficultés sur le plan familial, économique et des diplômes », « difficultés prononcées sur le plan des diplômes et de l'emploi » et « difficultés sur le plan familial et des revenus ». Le quatrième « difficultés moindres sur le plan économique et des diplômes » présente des risques un peu plus mesurés (Boudesseul et al., 2016, p. 18).

Le type « cumul de difficultés sur le plan familial, économique et des diplômes » regroupe un canton sur huit (12 cantons sur 96) mais un habitant sur six (15 %). Ces cantons les plus en difficulté se trouvent plus fréquemment en Guyane et à La Réunion (Boudesseul et al., 2016, p. 18).

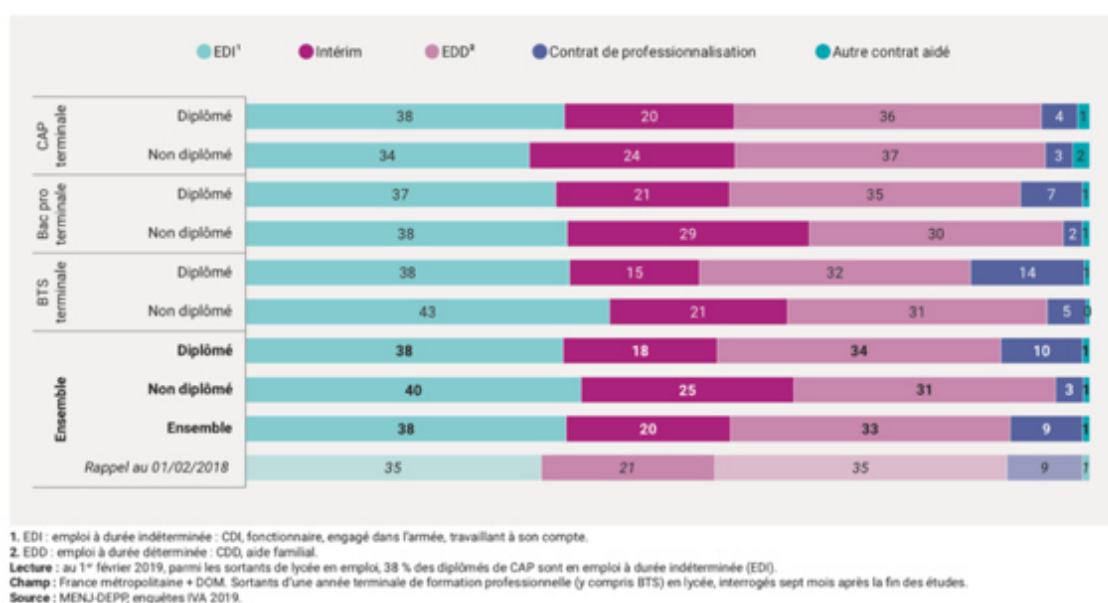
Le type « difficultés prononcées sur le plan des diplômes et de l'emploi » présente un nombre plus élevé de cantons (22 cantons, soit un peu plus d'un sur cinq) et une proportion équivalente de la population (23,2 %) et une densité un peu plus élevée (13 habitants / km<sup>2</sup>).

Les indicateurs de Mayotte sont intégrés séparément car ils se situent sur une échelle distincte (Boudesseul et al., 2016, p. 18). En effet, les communes de Mayotte dans leur ensemble sont atypiques, la part des familles nombreuses parmi les ménages est de 25 % alors que cette proportion est à 13 % en Guyane et ne dépasse pas 4 % dans les autres DOM. Par ailleurs, la proportion de moins de 18 ans d'origine sociale défavorisée est de 66 % en moyenne.

#### 2.4.2.4. Le diplôme et la conjoncture économique déterminants pour les lycéens professionnels

Le diplôme et la conjoncture économique continuent d'être déterminants dans l'insertion des lycéens professionnels selon la direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP) dans sa note d'information n° 20.02 de janvier 2020.<sup>25</sup>

Selon cette note, en février 2019, sept mois après la fin de leurs études, 51 % des lycéens professionnels sortant des niveaux CAP au BTS sont en emploi. Le taux d'insertion dans la vie active augmente de 0,7 point en un an pour ces lycéens. Quel que soit le niveau de formation, obtenir le diplôme reste déterminant pour trouver rapidement un emploi (cf. figure 5). En effet, les diplômés ont un taux de 54 % contre 40 % pour ceux qui n'ont pas obtenu le diplôme préparé.



**Figure 5.** Répartition des types de contrats parmi les lycéens en emploi au 1<sup>er</sup> février 2019, selon la classe de sortie (en %) (Note d'information n° 20.02 de janvier 2020).

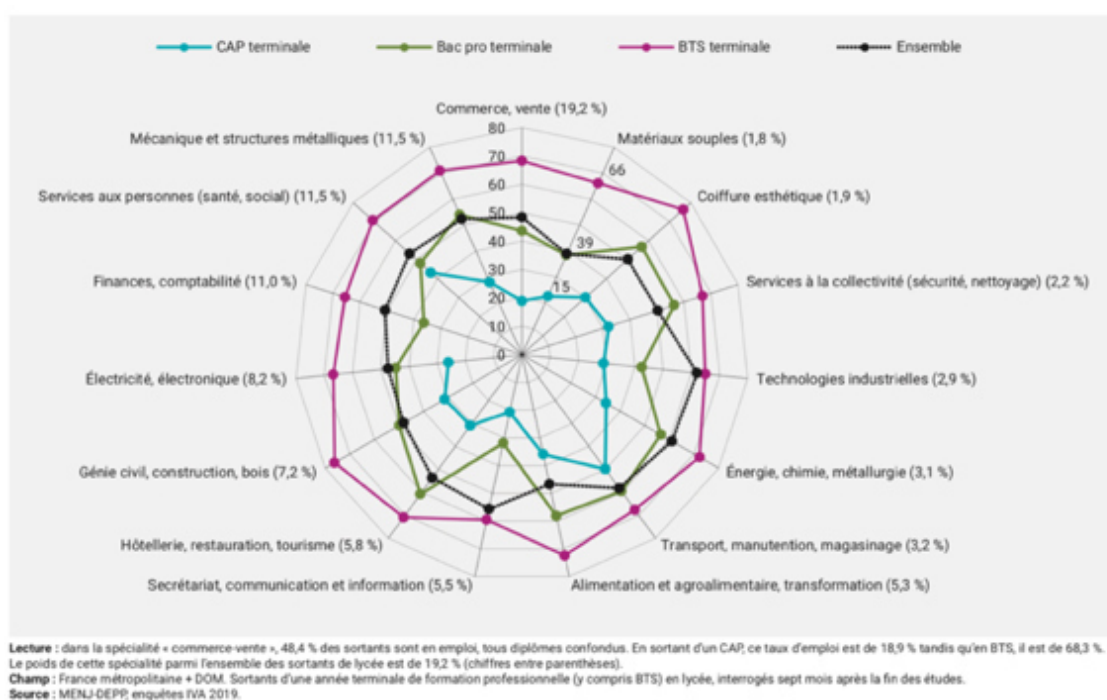
Cependant, les garçons ont un taux d'emploi supérieur à celui des filles (52 % contre 50%), et à tous les niveaux, les garçons s'insèrent mieux que les filles et ce, même si les spécialités professionnelles sont encore genrées, les taux d'emploi globaux sont relativement proches d'un secteur à l'autre. Cette meilleure insertion des garçons se retrouve quel que soit le niveau sauf en BTS des services où l'écart n'est pas significatif.

<sup>25</sup> Note d'Information 20.02 en ligne sur [education.gouv.fr/statistiques](http://education.gouv.fr/statistiques)

Les emplois en intérim concernent plus souvent les jeunes hommes. Ce type de contrat représente 25 % de leurs emplois, contre 12 % pour les jeunes femmes. Celles-ci sont, en revanche, plus souvent en EDD (41 % contre 28 %) et à temps partiel (Note d'information n° 20.02 de janvier 2020).

La note précise également que l'insertion professionnelle plus ou moins rapide dépend aussi de la spécialité de formation professionnelle. Pour un jeune lycéen sortant de niveau CAP, le taux d'emploi varie de 19 % dans le « Commerce, vente » à 50 % dans le domaine des « transport, manutention, magasinage » et 43 % en « services aux personnes ».

Pour un lycéen de niveau bac professionnel, les formations de « l'hôtellerie-restauration-tourisme » proposent, tout comme les « transports manutention, magasinage » une meilleure insertion (environ 60 %) (cf. figure 6).



**Figure 6.** Taux d'emploi au 1<sup>er</sup> février 2019 selon le domaine de spécialité et la classe de sortie, et poids des spécialités (en %) (Note d'information n° 20.02 de janvier 2020).

#### 2.4.2.5. Une école française amplifiant les inégalités sociales ?

Le rapport du Cnesco sur les inégalités scolaires (2016a, p. 37), précise que l'école hérite d'inégalités familiales mais qu'elle produit aussi, en son sein, des inégalités sociales diverses qui se cumulent et se renforcent telles que : inégalités de résultats, d'orientation, de diplôme,



de rendement social du diplôme. C'est ainsi que cette longue chaîne de processus inégalitaires, à toutes les étapes de la scolarité, conduit ainsi à faire de l'école française un lieu de reproduction sociale.

**Les racines des inégalités scolaires.** L'une des missions de l'école est de reconnaître et de certifier la capacité des élèves dans leurs aptitudes à apprendre et à mettre en œuvre leurs compétences dans le cadre scolaire. Ces capacités ne sont pas réparties de façon égale dans la population au sein de laquelle de nettes variations individuelles existent. Cependant, ces qualités que reconnaît et valorise l'école ne sont pas du seul ressort des individus, de leur « nature » ou de leurs « dons innés ». Ils dépendent de facteurs sociaux hérités et liés à la socialisation familiale et aux apprentissages dès le plus jeune âge (Felouzis, Fouquet-Chauprade, Charmillot et Imperiale-Arfaine, 2016, p. 12).

Comme Christopher Jencks (1979, p.18) le soulignait dès les années 1970 : « À moins qu'une société n'élimine complètement les liens entre parents et enfant, l'inégalité entre les parents garantit un certain niveau d'inégalités des chances offertes aux enfants. La seule véritable question porte sur la gravité des inégalités ». Ainsi, les inégalités scolaires prennent leurs racines dans les structures mêmes de la stratification sociale ; dès lors que les parents sont inégaux au niveau des revenus comme des conditions de vie, les enfants sont de fait eux-mêmes inégaux (Felouzis et al., 2016, p. 12).

Les inégalités scolaires peuvent ainsi être considérées comme un fait social durkheimien dont le caractère universel est certain, mais dont il est pertinent de comprendre les variations au même titre que d'autres faits sociaux comme le suicide, les croyances religieuses ou la délinquance (Felouzis et al., 2016, p. 12). En effet, des enquêtes internationales montrent que les inégalités d'apprentissage s'observent partout, mais de façon très différenciée selon les pays et c'est cette diversité qui questionne puisque certains systèmes éducatifs produisent plus d'inégalités d'acquis et de parcours que d'autres (Felouzis et al., 2016, p. 12).

**Les inégalités à l'école et les inégalités dites illégitimes.** Felouzis et al. (2016, p. 13) soulignent que c'est le caractère collectif dans le moindre accès à un bien éducatif (des ressources d'enseignement, des diplômes, l'apprentissage, les compétences...) qui produit une inégalité. Par exemple, si certaines voies du supérieur sont fermées aux élèves de milieu populaires alors même que les élèves socialement les plus favorisés y sont nombreux, alors le

problème d'égalité d'accès aux filières d'élite se pose (Felouzis et al., 2016, p. 13). C'est aussi quand un bien est moins distribué dans une catégorie sociale spécifique (enfants d'ouvriers, communautés issues de l'immigration, les filles, les garçons...). C'est l'importance de ces disparités entre individus qui crée l'existence des inégalités sociales à l'école (Felouzis et al., 2016, p. 13).

Ainsi pour juger du caractère légitime ou non d'une inégalité cela dépend de son caractère collectif, c'est-à-dire lié à l'appartenance des individus à un groupe. Des différences d'accès à certaines ressources peuvent se légitimer et se justifier par divers motifs, cependant, lorsque des inégalités relatives à des groupes d'individus apparaissent, leur ampleur et leur évolution spatio-temporelle doivent aussi être prises en compte, pour juger de la légitimité d'une inégalité (Felouzis et al., 2016, p. 13).

**L'égalité des chances et ses limites.** Le principe de l'égalité des chances est la référence en France dès lors que l'on parle d'école. Ce principe qui est indissociable de l'idée de méritocratie, revient à considérer que chaque élève, quelles que soient ses caractéristiques et ses origines, doit bénéficier dès le début de sa scolarité d'une éducation égale aux autres. A partir du moment où ce principe d'égalité est garanti, chaque élève doit ensuite se donner les moyens d'accéder à la réussite. C'est ce principe qui est à l'origine du collège unique en France dans les années 1970 (Prost, 2013) en réponse au constat du caractère très inégalitaire du système français filiarisé dès la fin de l'enseignement primaire (Girard & Bastide, 1963 ; Bourdieu, 1966 ; Baudelot & Estabiet, 1971, cités dans Felouzis et al., 2016, p. 14).

La réforme Haby offrait un enseignement unique jusqu'à la fin de la classe de cinquième, pour donner à chacun sa chance dans la compétition scolaire. Ainsi chaque élève accédait à l'enseignement général ou professionnel selon son « mérite » ou ses capacités (Felouzis et al., 2016, p. 14). Ce principe méritocratique de l'égalité des chances a été beaucoup critiqué.

La première critique est faite pour sa dimension « abstraite » dans le sens où les élèves ne sont pas égaux en fait de par leur origine sociale et culturelle ; en proposant la même « offre » de formation, les inégalités de départ sont ignorées et cela renforce les inégalités d'acquis et de parcours. Il s'agit de la thèse de « l'école reproductrice » développée par Bourdieu (1966).

Une deuxième critique est de souligner que cette égalité des chances n'est qu'un mythe puisque les conditions de scolarisation d'un établissement scolaire à un autre, sont par exemple très inégales et ne donnent pas les mêmes possibilités d'apprentissage (Paty, 1981, cité dans Felouzis et al., 2016, p. 14 ; Duru-Bellat, 2002).

Une troisième critique est que le concept fait abstraction des conditions sociales qui constituent le mérite des élèves. Le mérite jouerait alors « contre » la justice (Duru-Bellat, 2009).

Si les conséquences de cette conception de l'égalité sont observées sur le plan de l'organisation de l'enseignement, alors l'égalité des chances suppose de se focaliser sur « l'offre » de formation qui doit être égale pour tous en termes de programmes, de qualité, de formation des enseignants, et de structures éducatives. L'action porte sur les structures formelles dans l'idée qu'elles garantissent l'égalité entre individus. Les programmes scolaires ont vocation à définir les contenus que les enseignants doivent enseigner, et c'est aux élèves de faire en sorte d'apprendre. Cette conception de l'égalité pose problème car elle produit des écarts importants d'acquis et de parcours scolaires entre groupes d'élèves définis notamment par leur origine sociale (Felouzis et al., 2016, p. 14).

D'autres principes de distribution des biens scolaires existent comme la perspective rawlsienne qui insiste sur la dimension de l'équité. John Rawls (1987, cité dans Felouzis et al., 2016, p. 14) propose « l'égalité équitable des chances », c'est-à-dire que les chances doivent être égales de façon à ce que les positions de chacun dépendent le moins possible de leur position de départ. En éducation, cela revient à « l'égalité des acquis », l'objectif principal étant de garantir à chacun un minimum de compétences de base en faisant en sorte que les différences soient les plus faibles possible mais surtout le plus dégagées des caractéristiques ascriptives des élèves.

Dans cette conception, les programmes définissent ce que les élèves doivent savoir, et c'est aux enseignants d'agir dans ce but. L'objectif premier est donc l'apprentissage et l'enseignement n'est qu'un moyen pour tendre vers une plus grande égalité des acquis (Felouzis et al., 2016, p. 14).

**Les sources des inégalités scolaires.** Deux types d'explications proposent de rendre compte de ces inégalités selon qu'elles favorisent les sources familiales ou institutionnelles comme facteurs premiers.

La première explication met en avant les discontinuités culturelles entre les familles et l'école. Ces discontinuités peuvent être linguistique, liées aux usages ou aux conceptions de l'école, aux stratégies d'apprentissage privilégiées selon le milieu social, aux stratégies scolaires des familles.... Elles sont à l'origine des inégalités scolaires dans le sens où les élèves n'arrivent pas avec le même background à l'école, ni avec la même connaissance des implicites scolaires, ni avec la même maîtrise des normes comportementales à adopter en classe (Felouzis et al., 2016, p. 15). La distance à parcourir pour les élèves issus des milieux les plus défavorisés est plus grande que pour ceux dont l'habitus social se rapproche des attentes scolaires.

Sur le plan des politiques éducatives, la théorie de la discontinuité culturelle permet de penser les inégalités scolaires en postulant que l'école, en étant « indifférente aux différences », reproduit les inégalités de départ entre élèves, voire les accentue, en transformant les inégalités sociales en inégalités scolaires (Felouzis et al., 2016, p. 15).

Sur ce point la théorie de la discrimination systémique prend ses distances avec celle de la discontinuité culturelle (Felouzis et al., 2016, p. 16).

Pour les tenants de cette théorie, il n'est pas certain que l'école soit « indifférente aux différences » dans le sens où elle ne propose pas les mêmes conditions d'apprentissage, ni les mêmes programmes, ni les mêmes opportunités à tous les élèves. Au regard de la situation française, il apparaît que la ségrégation sociale et ethnique dans les établissements (Felouzis, 2003) a des effets délétères sur les apprentissages en créant des contextes d'enseignement qui provoquent peu d'opportunités d'apprendre (van Zanten, 2012, cité dans Felouzis et al., 2016, p. 16). Les politiques d'éducation prioritaire, dont le but est de limiter ces effets délétères en donnant plus de moyens aux établissements les plus ségrégués, ont pour point de départ ce type d'analyse (Robert, 2009) : c'est bien parce que l'on suppose que l'offre d'éducation est moins performante dans les zones défavorisées qu'il est proposé d'y ajouter des moyens supplémentaires pour compenser (Felouzis et al., 2016, p. 16).

Ces deux théories s'opposent donc sur la place et le rôle de l'école dans la formation des inégalités scolaires. Pour la théorie de la « discontinuité », l'école ne fait que reproduire, ce qui laisse peu de place pour limiter les inégalités scolaires. Pour la théorie des

« discriminations » systémiques, l'école produit et accentue ces inégalités scolaires, alors en égalisant l'offre d'éducation, il serait possible de lutter contre ces inégalités scolaires. Cela expliquerait que certains systèmes éducatifs produisent moins d'inégalités d'apprentissage que d'autres (OCDE, 2014).

**L'évolution et le déplacement des inégalités scolaires.** Cette évolution peut se décrire au travers de la nature des biens scolaires distribués. Ces biens sont au moins de deux types, à savoir les connaissances et les compétences acquises par les élèves au cours de leur scolarité, et les parcours scolaires et les diplômes obtenus, constituant une deuxième catégorie de biens scolaires (Felouzis et al., 2016, p. 16).

La comparaison des performances des élèves de 15 ans mesurées par PISA (OCDE, 2014) montre que globalement le niveau moyen de compétences en mathématiques a baissé entre 2006 et 2012, et qu'il s'est maintenu en compréhension de l'écrit et en sciences. Cependant, il est noté une détérioration de la situation des élèves les moins performants et une dégradation de l'équité du système éducatif français. Ainsi, la position de la France en termes d'inégalités de compétences dues à l'origine sociale est toujours plus forte (Felouzis et al., 2016, p. 16).

Les inégalités d'acquis entre élèves ont nettement augmenté en France depuis une vingtaine d'années. Les sources nationales et internationales sont concordantes. Mathieu Ichou (2015), montre par exemple qu'en France, les inégalités scolaires entre élèves descendants d'immigrés et les natifs sont importantes dès l'entrée au primaire, particulièrement pour les élèves originaires de Turquie. Ces écarts s'amenuisent à l'entrée en sixième et il n'existe quasiment plus de différence en troisième.

Ce que disent les données actuelles conduisent cependant à être prudent. Selon l'étude menée par Mathieu Ichou (2015), les inégalités d'accès à la classe de seconde entre milieux sociaux ont baissé ; cette baisse est globalement présente aussi pour l'obtention du baccalauréat. Pour autant si l'on regarde selon les filières, Ichou constate que ces inégalités ont peu évolué.

Ces travaux rejoignent les travaux de nombreux sociologues selon Maurin (2018 p. 77) qui indiquent depuis des années que les inégalités se déplacent vers les diplômes les plus élevés avec la massification. Les durées de scolarité pourraient faire une synthèse des inégalités d'éducation (Merle, 2002). Selon des études en psychologie sociales, le fait de rendre visible la

réussite ou l'échec influe sur la réussite scolaire. L'école française sous couverts de valoriser les « mérites » favorise la compétition, la part individuelle de la réussite scolaire plutôt que la collaboration ; l'ensemble affecte les possibilités de réussite des élèves de milieux sociaux défavorisés (Maurin, 2018 p. 103).

Ces trois mécanismes de production des inégalités que sont la ségrégation, la qualité différentielle de l'offre de formation et la pédagogie invisible ne sont pas sans conséquences sur la santé des élèves.

### 2.4.3. Les inégalités sociales et la santé des élèves

#### 2.4.3.1. L'enquête Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)

L'enquête HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) est réalisée depuis 1982. Elle est placée sous la direction du bureau Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), et elle aborde des sujets en relation avec la santé physique et mentale des adolescents âgés de 11, 13 et 15 ans. En France, l'échantillon aléatoire est étendu à l'ensemble des collégiens depuis 2010 avec le soutien de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), de l'éducation nationale et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm).

**Les objectifs de HBSC.** L'enquête Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) est une enquête transversale conduite tous les quatre ans depuis 1982 sous l'égide du bureau régional Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) auprès d'élèves de 11, 13 et 15 ans (Ehlinger, Spilka et Godeau, 2016, p. 7).

Cette enquête permet d'analyser la perception qu'ont les élèves de leur santé, leurs comportements de santé et plus largement leur vécu au sein de l'école, de leur groupe de pairs et de leur famille. Elle permet également de repérer les déterminants, de mettre en évidence des évolutions (les questions étant les mêmes tous les quatre ans), de réaliser des comparaisons internationales, mais aussi d'affiner les priorités des programmes nationaux et internationaux, en direction des adolescents. HBSC est la plus ancienne enquête sur cette population et la seule à aborder la santé des adolescents (Ehlinger et al., 2016, p. 8).

**Les thématiques et la population étudiée.** En France, l'enquête HBSC<sup>26</sup> est conduite depuis 1994. Elle prend en compte les thématiques de la santé mentale et du bien-être, des habitudes alimentaires, de la perception du corps, du handicap et de la maladie chronique, de la santé dentaire, de l'expérimentation de produits psychoactifs, des relations amoureuses et de la sexualité, du vécu scolaire, des brimades et du harcèlement, des relations familiales et avec les pairs, ainsi que des inégalités sociales de santé, tout en proposant des comparaisons entre les résultats français et les résultats internationaux. La France y participe, tout comme quarante-quatre autres pays ou régions (Ehlinger et al., 2016, p. 8). La population étudiée dans l'enquête HBSC-France en 2014 est de 10 434 élèves de 11 à 15 ans, scolarisés en France métropolitaine dans 481 classes du CM2 à la première année de lycée (général, technologique et professionnel), dans 286 établissements publics et privés sous contrat (Ehlinger et al., 2016, p. 13).

**Les résultats de l'enquête HBSC-France 2014.** Les élèves en France ne se distinguent pas vraiment de ceux des autres pays participant à l'enquête HBSC, mais ils présentent quelques éléments d'exception : ils sont particulièrement peu nombreux à estimer la communication facile avec leur mère ou leur père, alors qu'ils font partie de ceux qui partagent le plus souvent le repas du soir avec au moins l'un de leurs parents ; ils sont parmi ceux qui rapportent le plus des plaintes somatiques et/ou psychologiques récurrentes (mal de dos, maux de tête, déprime, irritabilité...) ; ils ont une perception moins positive de leur vie, sans pour autant avoir une perception de leur santé spécialement altérée ; ils sont peu en surpoids ou obèses et font peu de régimes ; ils pratiquent moins d'activité physique, surtout à 13 et 15 ans ; ils sont ceux qui consomment le plus de cannabis dans la vie entière et dans le dernier mois ; ils sont parmi ceux qui disent le plus souvent avoir utilisé des préservatifs ou la pilule lors de leur dernier rapport (Godeau & Pacoricono Alfaro, 2016, p. 2).

Dans tous les pays, l'aisance de la famille continue d'affecter les jeunes. Ceux issus de familles défavorisées ont plutôt tendance à avoir une perception de leur santé et de leur vie dégradée, et

---

<sup>26</sup> Les enquêtes relatives à la santé des élèves permettent de dresser un état des lieux de la santé des élèves en vue de projets en promotion de la santé ; ces enquêtes sont consultables sur le site : <https://eduscol.education.fr>. L'enquête HBSC est coordonnée et réalisée par le service médical du rectorat de Toulouse en collaboration avec l'unité mixte de recherche UMR1027 INSERM - Université Paul Sabatier, en partenariat avec le ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche ainsi qu'avec le concours de l'association pour le développement d'HBSC. L'étude est financée par Santé publique France et l'observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) avec la participation de la mission interministérielle de lutte contre les conduites addictives (MILDECA) et du ministère chargé de l'éducation nationale.

un certain nombre des inégalités auxquelles ils sont confrontés persistent voire augmentent (Godeau & Pacoricona Alfaro, 2016, p. 6).

#### 2.4.3.2. L'Enquête nationale en Collège et Lycée chez les Adolescents sur la Santé et les Substances (EnCLASS)

**L'origine de l'enquête EnCLASS et ses objectifs.** L'observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) étudie depuis environ quinze ans, les niveaux d'usage des drogues licites et illicites à l'adolescence, à travers des enquêtes représentatives en population générale. Ce dispositif reposait notamment sur les enquêtes HBSC (Health Behaviour in School-aged Children), ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) et ESCAPAD (Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation À la Défense).

L'enquête nationale en collège et en lycée chez les adolescents sur la santé et les substances (EnCLASS) est issue du regroupement en 2018 des deux enquêtes internationales réalisées en milieu scolaire : celle de HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) et celle de ESPAD (European School Project on Alcohol and other Drugs)<sup>27</sup>.

ESPAD est réalisée en France depuis 1999, en lien avec l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. C'est une enquête européenne quadriennale, représentative des élèves de 16 ans. En France, l'échantillon est étendu à l'ensemble des adolescents scolarisés de la seconde à la terminale, depuis 2011.

En France, environ 5,7 millions d'élèves fréquentent les établissements du secondaire. Pour la première fois en 2018, cette enquête (EnCLASS) a permis d'interroger la même année plus de 20 000 collégiens et lycéens représentatifs des adolescents scolarisés en France métropolitaine âgés de 11 à 18 ans selon le communiqué de presse le 11 juin 2019, présentant les premières analyses<sup>28</sup>. Ces jeunes étaient invités à répondre à un questionnaire en ligne abordant des sujets relatifs à leur bien-être, leurs comportements de santé et leurs consommations de substances psychoactives.

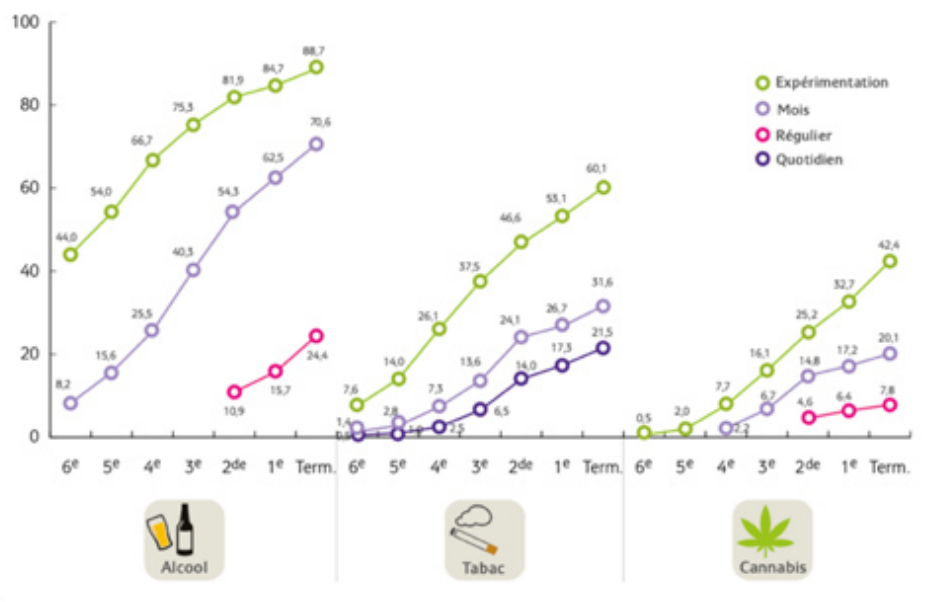
---

<sup>27</sup> Les données concernant ces enquêtes sont disponibles sur le site de l'éducation nationale : <https://eduscol.education.fr/cid47713/enquetes-et-statistiques.html>

<sup>28</sup> Les premiers résultats de l'enquête et le communiqué de presse sont consultables sur le site de l'éducation nationale : <https://eduscol.education.fr/cid47713/enquetes-et-statistiques.html>



**Les premiers résultats.** Les premiers résultats de l'enquête EnCLASS concernant les usages d'alcool, de tabac et de cannabis sont présentés dans la revue Tendances de l'OFDT<sup>29</sup> en juin 2019.



Source : EnCLASS 2018

**Définitions des usages :** expérimentation : avoir consommé au moins une fois le produit au cours de la vie / usage actuel ou usage dans l'année ; au moins une fois dans l'année / usage dans le mois : au moins 1 usage au cours des 30 jours précédant l'enquête / usage régulier : 10 usages ou plus au cours des 30 derniers jours / usage quotidien : une consommation renouvelée chaque jour.

Note : Les progressions des usages d'un niveau à l'autre sont toujours statistiquement significatives à l'exception de l'expérimentation d'alcool, des usages dans le mois et réguliers de tabac et cannabis entre la 2<sup>de</sup> et la 1<sup>er</sup> et la 1<sup>er</sup> et la terminale. Ces usages progressent globalement et de manière statistiquement significatives entre la 2<sup>de</sup> et la terminale.

**Figure 7.** Usages d'alcool, de tabac et de cannabis selon le niveau scolaire en 2018 (en %) (Spilka et al., 2019, p. 1).

Ces résultats montrent qu'au cours des « années collège », ce sont principalement les substances licites telles que l'alcool et le tabac qui sont diffusés (Spilka et al., 2019, p. 2) (cf. figure 7). Plus de 4 collégiens sur 10 (44%) ont déjà bu de l'alcool dès la 6<sup>e</sup> et plus des trois quarts (75,3%) à la fin du collège, en 3<sup>e</sup>. Sur tous les niveaux de classes, ils sont 6 sur 10 à dire avoir déjà consommé une boisson alcoolisée, et 1 sur 10 annonce une ivresse alcoolique. Les garçons sont toujours plus concernés que les filles pour l'expérimentation de l'alcool (63,6% vs 56,3%) et pour l'ivresse (10,5% vs 8,0%) (Spilka et al., 2019, p. 2).

Pour le tabac, les niveaux sont inférieurs mais ils augmentent rapidement, c'est à dire qu'ils passent de 7,6% des collégiens de 6<sup>e</sup> à avoir expérimenté du tabac à 37,5% en 3<sup>e</sup>. Leur part a

<sup>29</sup> Spilka, S., Godeau, Le Nézet O., E., Ehlinger V., Janssen, É., Brissot, A., Philippon, A., Chyderiotis, S., (2019). Usages d'alcool, de tabac et de cannabis chez les adolescents du secondaire en 2018. *Tendances, OFDT*, n° 132, 4 p. <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxssz6.pdf>

pratiquement quintuplé. Cette diffusion s'accélère principalement entre les classes de 5<sup>e</sup> et de 4<sup>e</sup> où la diffusion du tabagisme passe de 14% à 26,1%. Au collège, cette expérimentation du tabac est plus importante chez les garçons que chez les filles : 23,5% vs 18,8% (Spilka et al., 2019, p. 2).

La diffusion du cannabis ne débute qu'en classe de 4<sup>e</sup> avec une expérimentation étant alors à 7,7% et doublant pour atteindre 16,1% en 3<sup>e</sup>. Comme pour les substances licites, la consommation masculine reste supérieure : 7,8% des garçons contre 5,5% des filles (Spilka et al., 2019, p. 2).

Ces résultats montrent un repli global des usages. L'expérimentation de l'ivresse au collège marque un recul significatif avec moins de 1 élève sur 10 (9,3%) dorénavant concerné contre 13,4% en 2014. L'expérimentation du tabac est quant à elle en baisse très nette de 27,8% à 21,2% alors que pour le cannabis, elle passe de 9,8% à 6,7%. (Spilka et al., 2019, p. 2).

Pour les « années lycée », les expérimentations se poursuivent et des usages plus réguliers s'installent (Spilka et al., 2019, p. 2).

L'usage de l'alcool se généralise pendant cette période pour toucher près de 9 élèves de terminale sur 10 (88,7%). Par ailleurs, près de la moitié des lycéens (49,5%) disent avoir déjà été ivre contre moins de 1 collégien sur 10 (9,3%), et les comportements d'alcoolisation s'intensifient. Les usages réguliers (10 fois au cours du mois) sont multipliés par plus de 2 entre la classe de seconde et celle de terminale (de 10,9% à 24,4%) et les alcoolisations ponctuelles importantes (le fait d'avoir bu 5 verres en une même occasion au cours du mois écoulé) passent de 36,4% en classe de seconde à 52,2% en classe de terminale. Les filles ne se distinguent pas des garçons pour les niveaux d'expérimentation ou les usages dans l'année mais leurs usages plus fréquents sont inférieurs : 16,0% des filles disent avoir un usage régulier en terminale contre 33,2% des garçons, soit plus du double (Spilka et al., 2019, p. 2).

L'alcool apparaît très accessible aux lycéens même s'ils sont en majorité mineurs ; plus de la moitié de ceux qui en ont consommé dans le mois l'ont fait dans un bar (56,9%) et 4 sur 10 (40,6%) l'ont acheté eux-mêmes en magasin (Spilka et al., 2019, p. 3).

La diffusion du tabagisme augmente avec le passage au lycée. La part des lycéens ayant expérimenté le tabac atteint 53,0% et un élève de terminale sur 5 (21,5%) fume quotidiennement. Ce tabagisme quotidien s'observe aussi bien chez les filles que chez les garçons, et quelle que soit la classe. Par ailleurs, plus des trois quarts des lycéens fumeurs quotidiens (77,0%) disent acheter eux-mêmes leurs cigarettes « presque toujours » ou

« souvent » chez un buraliste, alors que la vente est pourtant interdite aux mineurs comme pour l'alcool (Spilka et al., 2019, p. 3).

Les lycéens ont également été questionnés sur la cigarette électronique. Plus de la moitié des l'ont expérimentée (52,1%) et 16% en ont fait usage au cours du dernier mois (Spilka et al., 2019, p. 3).

L'expérimentation de cannabis augmente durant le lycée : 33,1% des lycéens sont concernés et le niveau d'usage au cours de la vie est de 42,4% en classe de terminale. Les usages réguliers sont limités (6,8% en terminale) et ils sont supérieurs chez les garçons, et ce, sur l'ensemble des classes : 8,2% contre 4,2% des filles (Spilka et al., 2019, p. 3)

**Les évolutions et les interrogations.** Concernant les évolutions des usages, les tendances au lycée apparaissent moins homogènes que celles constatées au collège.

Pour le tabac, la comparaison des résultats d'EnCLASS 2018 avec ceux d'ESPAD 2015 indique une nette baisse des niveaux d'usages : l'expérimentation recule de 8 points (de 60,9% à 53,0%) et l'usage quotidien passe sous les 20% (passant de 23,2% à 17,5%) révélant une certaine désaffection pour ce produit par ces générations.

Parallèlement, l'expérimentation de la cigarette électronique semble plus commune : la moitié des lycéens l'ont essayée alors qu'ils étaient un tiers (35,1%) en 2015. Environ un jeune sur 10 l'a fait sans avoir fumé de tabac avant alors qu'ils n'étaient que 3,7% (Spilka et al., 2019, p. 4). L'expérimentation du cannabis baisse de 44% à 33,1%. En revanche, les niveaux de consommation d'alcool chez les lycéens restent stables % (Spilka et al., 2019, p. 4).

Par ailleurs, ces résultats confirment la persistance d'écarts d'usage entre les garçons et les filles aussi bien au collège et qu'au lycée, notamment pour les comportements d'alcoolisation, qui restent des pratiques masculines. L'enquête révèle aussi l'importante accessibilité du tabac et de l'alcool malgré leur interdiction de vente aux mineurs. L'enquête montre également l'amplification de la pratique du vapotage dont l'évolution interroge sur les motivations de son utilisation en population adolescente (Spilka et al., 2019, p. 4).

#### 2.4.3.3. Les enquêtes de la DREES

**Leurs objectifs.** Depuis 1999, le ministère en charge de la santé (notamment la direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, DREES, et la direction générale de la santé, DGS) organisent, en partenariat avec le ministère de l'éducation nationale

(particulièrement la direction générale de l'enseignement scolaire, DGESCO, et la direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance, DEPP) des enquêtes sur la santé des élèves à trois moments clés de leur scolarité : en grande section de maternelle (5-6 ans), en CM2 (9-10 ans), et en 3ème (14-15 ans). Ces enquêtes sont un élément essentiel de la surveillance de l'état de santé et du recours à la prévention chez l'enfant et l'adolescent<sup>30</sup>. Les professionnels de santé de l'Éducation nationale et les municipalités ont d'ailleurs pour mission de dépister les troubles et les pathologies susceptibles de gêner les enfants dans leurs apprentissages et le bon déroulement de leur scolarité (Guignon, 2017, p. 1).

L'enquête nationale sur la santé des élèves de CM2 en 2007-2008 réalisée par la DREES faisait le bilan d'une situation contrastée selon l'origine sociale (Chardon, Guignon, 2013, p. 1). Au cours de l'année scolaire 2014-2015, une nouvelle enquête nationale de santé réalisée par la DREES auprès des élèves de CM2 (Guignon, 2017, p. 1) a consisté en un examen de santé accompagné d'un entretien portant sur les habitudes de vie.

Les principales thématiques analysées sont les troubles sensoriels, l'asthme, la surcharge pondérale, la santé bucco-dentaire, la couverture vaccinale car toutes peuvent avoir des conséquences sur les apprentissages en raison de leur répercussion sur la santé ou le bien-être social de l'adulte en devenir (Guignon, 2017, p. 1).

**La surcharge pondérale, les troubles de la vision, la santé bucco-dentaire, l'asthme et la couverture vaccinale 2014-2015.** La stabilité de la surcharge pondérale des enfants observée en 2008 se confirme en 2015 : 18,1% des élèves de CM2 sont en surcharge pondérale et 3,6 % sont obèses.

Les garçons et les filles ont des prévalences similaires, cependant les inégalités sociales restent importantes, avec des prévalences plus élevées pour les enfants d'ouvriers que pour les enfants de cadres, que ce soit pour la surcharge pondérale (respectivement 22% et 13%) ou pour l'obésité (6% et plus de 1%) (Guignon, 2017, p. 2).

---

<sup>30</sup> Les enquêtes nationales de santé en milieu scolaire sont pilotées par la DREES et réalisées par les personnels de santé de l'Éducation nationale depuis 1999. Les enquêtes ont une périodicité biennale depuis 2010. Elles sont une source unique d'informations sur l'état de santé des jeunes enfants et des adolescents à l'échelle nationale. Leur répétition dans le temps permet de suivre l'évolution de certains indicateurs de santé et d'avoir un regard sur les inégalités sociales de santé. Ces enquêtes sont consultables sur le site : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques>

De plus, les élèves des écoles de l'éducation prioritaire sont plus souvent en excès pondéral que les autres (24% contre 17%) et la part d'enfants obèses est quant à elle deux fois plus élevée (6% contre 3%). Cet écart reflète alors indirectement la composition sociale des établissements (Guignon, 2017, p. 2).

Concernant les troubles de la vision, selon l'enquête DRESS (Guignon, 2017, p. 2), en 2015, 32 % des élèves de CM2 ont des verres ou de lentilles correctrices. Les taux d'équipement entre les enfants de cadres et ceux d'ouvriers sont les mêmes mais des différences existent entre les garçons et les filles, les premiers étant portant moins souvent des lunettes (29% vs 35%). Pour autant, des anomalies de la vision de loin sont dépistées chez 6% des enfants non porteurs de lunettes : 5% pour les garçons et de 7% pour les filles. Parmi ceux non porteurs de lunettes, 9% des enfants scolarisés dans des écoles de l'éducation prioritaire ont un résultat anormal à la vision de loin, contre 5% pour les enfants des autres établissements (Guignon, 2017, p. 2).

Pour la santé bucco-dentaire, l'enquête montre qu'en 2015, 68% des élèves de CM2 n'ont pas de caries, soit une amélioration par rapport à 2008. Malgré tout, l'enquête révèle que les disparités entre enfants de cadres et enfants d'ouvriers subsistent. En effet, en 2015, 40% des enfants d'ouvriers ont au moins une dent cariée contre 27% de ceux de cadres. Dans les 32% d'enfants ayant au moins une carie, environ un enfant sur trois a au moins une carie non soignée. Chez les enfants d'ouvriers, la moitié de ceux ayant des dents cariées en ont au moins une restée non soignée, alors qu'ils sont trois sur dix chez les cadres (Guignon, 2017, p. 3). L'amélioration de la santé bucco-dentaire porte plus principalement sur l'atteinte carieuse, en baisse, et sur la prise en charge des dents cariées. Les examens de prévention sans avance de frais (programme MT<sup>2</sup> dents), pourraient être une explication (Guignon, 2017, p. 3).

Concernant l'asthme, selon l'enquête, 11% des enfants de CM2 disent avoir eu des sifflements dans la poitrine au cours de la dernière année et 13% affirment avoir déjà eu une crise d'asthme dans leur vie.

Les garçons sont plus souvent touchés que les filles, que ce soit pour les sifflements dans les 12 derniers mois (12% vs 10%) ou pour l'asthme dans la vie (15% vs 11%). Aucune différence significative n'est observable entre les élèves scolarisés dans les établissements de l'éducation prioritaire et les autres (Guignon, 2017, p. 3).

Pour ce qui est de la couverture vaccinale dans l'enquête, la part des enfants ayant reçu deux doses de vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) est de 93%. Cette proportion a augmenté (Guignon, 2017, p. 4).

La couverture vaccinale contre la tuberculose (par le BCG) est de 90%. Elle est en baisse par rapport à 2008 où elle s'élevait à 98%. Cette baisse s'explique par la suppression de l'obligation vaccinale (Guignon, 2017, p. 4).

La vaccination contre le pneumocoque<sup>31</sup> a concerné 26% des enfants de CM2, et la couverture vaccinale contre le méningocoque C<sup>32</sup> est de à 44% (Guignon, 2017, p. 4).

**Les habitudes de vie dans l'enquête 2014-2015.** Globalement, la majorité des élèves de CM2 déclarent des habitudes de vie plutôt favorables à leur santé. 73% signalent pratiquer au moins une activité sportive en dehors du temps scolaire et 76% disent se brosser les dents plusieurs fois par jour. Mais 20% affirment consommer des boissons sucrées tous les jours. Le petit déjeuner est pris quotidiennement par 83% des élèves. Seuls 36% disent manger des légumes tous les jours (Guignon, 2017, p. 4).

La durée devant les écrans (télévision, DVD, console de jeu, vidéo, tablette, smartphone ou ordinateur) varie selon les jours de la semaine. Le temps passé devant les écrans est plus élevé quand il n'y a pas classe. Ainsi, 45% des élèves de CM2 disent passer moins d'une heure par jour devant les écrans les jours d'école et 14% passent plus de deux heures par jour. Les jours sans classe, le temps devant les écrans augmentent et passe, respectivement à 13% pour le premier groupe dont le temps d'écran était de moins d'une heure, et à 46% pour le deuxième groupe qui consacraient deux heures ou plus aux écrans (Guignon, 2017, p. 4).

Ils sont 35% des élèves de CM2, à déclarer disposer d'un ordinateur non portable ou d'une télévision dans leur chambre, favorisant ainsi la consommation d'écran. De ce fait, 56% des de ceux ayant un écran dans leur chambre disent passer plus de deux heures les jours sans classe, contre 41% pour ceux n'en ayant pas. Les jours de classe, ceux équipés dans leur chambre sont deux fois plus nombreux à passer plus de deux heures, respectivement 19% vs 10% (Guignon, 2017, p. 4).

---

<sup>31</sup> La vaccination contre le pneumocoque est recommandée pour tous les enfants de moins de 2 ans depuis 2006.

<sup>32</sup> La vaccination contre le méningocoque C est recommandée depuis 2010 à toutes les personnes âgées de 1 à 24 ans.

La démocratisation et la multiplication des objets numériques dans les foyers, associées à une utilisation plus importante pour jouer ou pour du travail scolaire participent à l'augmentation du passé devant les écrans (Guignon, 2017, p. 5).

Par ailleurs, les enfants ayant un excès pondéral ont des habitudes de vie moins favorables à la santé que les autres. En effet, ils passent plus de temps devant les écrans, ont plus souvent un écran de télévision ou un ordinateur dans leur chambre, ils pratiquent moins d'activités sportives, et ils consomment plus de boissons sucrées que ceux ne présentant pas d'excès pondéral. Or, ces éléments sont reconnus comme étant des facteurs exogènes favorisant la surcharge pondérale et l'obésité (Guignon, 2017, p. 5).

Il faut noter que les enfants de cadres ont des comportements plus propices à la préservation de leur santé. Ils sont en effet 42% à affirmer consommer tous les jours des légumes et 15% à boire tous les jours des boissons sucrées contre respectivement 27% et 26% pour les enfants d'ouvriers. Près de huit sur dix ont une activité sportive contre 67% pour les enfants d'ouvriers. Le temps d'écrans est lui aussi très différencié selon le milieu social puisqu'il est moins important chez les enfants de cadres que chez les enfants d'ouvriers, et ce, quel que soit le jour de la semaine ; ils sont deux fois moins nombreux à passer plus de deux heures par jour les jours d'école (8 % vs 16 % pour les enfants d'ouvriers). Ce constat concourt au gradient social remarqué sur la prévalence du surpoids et de l'obésité (Guignon, 2017, p. 5).

**Les accidents de la vie courante et savoir nager dans l'enquête 2014-2015.** Ils sont 11% des enfants de CM2 à déclarer avoir eu un accident au cours des trois mois précédant l'enquête : 12% chez les garçons et 11% chez les filles (Guignon, 2017, p. 6).

Ce taux est largement supérieur à celui observé dix ans plus tôt (9%). La plupart de ces accidents sont des accidents de la vie courante (96%) ; les 4% restants sont des accidents de la circulation. Ces accidents ont lieu principalement à l'école (27%) puis au domicile (21%), sur un terrain de sport (19%) ou sur un lieu de loisirs (14%). Les activités étant à l'origine de l'accident sont les jeux et loisirs (51%), le sport (32%). Le football est le plus cité dans les sports avec 32%, puis viennent les autres sports de ballon pour 13% d'entre eux, puis le vélo, le skate, et la trottinette pour 12 %, et les sports d'hiver pour 10 % (Guignon, 2017, p. 6).

La natation fait partie de l'enseignement de l'éducation physique et sportive dans le cadre de la politique de prévention des noyades. Cependant, certaines conditions comme l'éloignement de la piscine, peuvent freiner la généralisation de la natation à tous les élèves.

C'est pourquoi, environ six enfants sur dix disent « savoir très bien nager »<sup>33</sup> et 12% déclarent « ne pas du tout savoir nager » ou « presque pas ». Les garçons sont 61% à dire savoir très bien nager contre 55% des filles. Les « mauvais nageurs »<sup>34</sup> sont 11% chez les garçons et 13% chez les filles. La part d'enfants ne sachant pas ou presque pas nager est trois fois plus élevée chez les enfants d'ouvriers que chez les enfants de cadres (19% vs 6%) (Guignon, 2017, p. 6).

Malgré des améliorations entre l'enquête de 2008 et celle de 2014 menées toutes deux par la DREES, la majorité des indicateurs montrent que la situation diffère toujours selon l'origine sociale de l'élève, notamment que les habitudes de vie des enfants des milieux favorisés sont plus favorables à la protection de leur santé (Guignon, 2017, p. 1).

Alors qu'en est-il de la qualité de vie à l'école des élèves puisque l'école représente un élément important de leur vie ?

#### 2.4.3.4. La qualité de vie à l'école et la santé des élèves

**L'analyse de la qualité de vie à l'école dans les activités du Cnesco.** À partir des objectifs de la loi de refondation de 2013, le Cnesco a classé ses activités en trois pôles d'évaluation à savoir : « réussite scolaire de tous les élèves », « fonctionnement institutionnel du système scolaire », et « jeunesse, école et la société ». Chacun des pôles est décliné en trois thématiques et celle de « la qualité de vie à l'école » s'inscrit dans le troisième pôle « jeunesse, école et société » (Florin & Guimard, 2017, p. 5).

Cette thématique retenue par le Cnesco vise à observer plus globalement les jeunes dans leur intégration scolaire et sociale et leur bien-être, en prenant en compte les dimensions psychosociales et physiologiques de leur vie à l'école (Florin & Guimard, 2017, p. 5). En effet, les pays ayant les meilleures performances scolaires sont aussi, pour une part, ceux dans lesquels le bien-être subjectif des élèves est le plus élevé (Pays-Bas, Finlande, Danemark, Canada...).

---

<sup>33</sup> C'est-à-dire qu'ils sont capables de parcourir à la nage environ 50 mètres ou nager plus de deux minutes sans bouée ni autre équipement de protection individuelle (EPI), sans aide et sans mettre le pied par terre.

<sup>34</sup> Les « mauvais nageurs » sont les enfants ayant déclaré ne savoir « presque pas » nager sans EPI.



Une contribution de Florin et Guimard (2017) sur la thématique de la « Qualité de vie à l'école » publiée par le Conseil national d'évaluation du système scolaire (Cnesco) propose ainsi d'aborder la relation entre la santé des élèves et la qualité de vie à l'école. Ce travail a pour objectif d'identifier les politiques éducatives et les expérimentations mises en œuvre et évaluées en France et à l'étranger, ainsi que les préconisations d'organismes internationaux susceptibles de favoriser le bien-être des jeunes à l'école, et enfin de proposer des recommandations contribuant à la réduction des inégalités sociales dans les parcours scolaires (Florin & Guimard, 2017, p. 5).

**L'origine de la notion de qualité de vie.** Le terme de Qualité de Vie (QDV) est apparu dès les années 1960 dans des contextes variés aussi bien politiques et que scientifiques (Florin & Guimard, 2017, p. 6). Il existe trois grands courants de la QDV : la QDV en lien avec l'environnement, la QDV en relation avec la santé et la QDV intégrant tous les domaines de la vie (Corten, 1998 ; Raghavan & Alexandrova, 2015, cités dans Florin & Guimard, 2017, p. 7).

La QDV dans son aspect environnemental concerne des études sociologiques et économiques dont les premières traitaient des facteurs tels que la pollution, les nuisances sonores, les crimes, la délinquance, les revenus, la croissance économique... (Florin & Guimard, 2017, p. 7).

La QDV liée à la santé apparaît dès lors que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a envisagé la santé comme n'étant pas seulement l'absence de maladie, avec des recherches en médecine faisant émerger le concept de Health Related Quality of Life. Des variables plus subjectives sont ainsi prises en compte telles que l'anxiété ou la dépression ressenties, la douleur ou le stress (Florin & Guimard, 2017, p. 7).

La QDV abordant tous les domaines de la vie, et vue comme un tout, vient du champ de la psychosociologie, où la santé n'est qu'un domaine de la vie. En effet, l'élévation du niveau de vie fait que le bien-être matériel ne devient plus la préoccupation principale, les personnes cherchant avant tout à augmenter leur potentiel et à être satisfaites de leur vie. Ainsi, les économistes proposent d'intégrer le concept de QDV et le sentiment de bien-être dans l'évaluation des performances économiques et du progrès social (Stiglitz, Sen et Fitoussi, 2009, cités dans Florin & Guimard, 2017, p. 7).

**Le rapport de l'OCDE.** L'OCDE a publié en 2011 un rapport qui associe bien-être et progrès dans les pays de l'OCDE et dans d'autres grandes économies, en observant les conditions de vie matérielle et la qualité de vie des personnes à travers la population.

Ce rapport constate que le bien-être a relativement augmenté depuis les années 2000 mais qu'il existe des différences importantes entre les pays et entre certains groupes de population (Florin & Guimard, 2017, p. 7). En effet, les personnes moins éduquées et à faible revenu ont tendance à obtenir de moins bons résultats dans toutes les dimensions du bien-être observées, c'est-à-dire : la durée de vie, la santé, les résultats scolaires de leurs enfants, la participation aux activités politiques, les réseaux sociaux sur lesquels s'appuyer, l'exposition à la criminalité et à la pollution. Ces personnes sont par ailleurs moins satisfaites de leur vie que les personnes plus instruites ou plus riches (Florin & Guimard, 2017, p. 7)<sup>35</sup>.

**La QDV des enfants.** Les travaux sur la QDV et le bien-être des enfants se sont développés lors du passage des préoccupations focalisées sur la protection de l'enfant (Child welfare) à la prise en compte de ses potentialités dans différents domaines (personnel, interpersonnel, familial...) de son développement. Ainsi, le bien-être des enfants était d'abord examiné sur la base d'indicateurs objectifs et négatifs, comme les taux de mortalité, de morbidité ou des problèmes de comportement, des troubles et des handicaps (Ben-Arieh & Fronès, 2007 ; OCDE, 2009 ; Dinisman, Montserrat et Casas, 2012).

Cette conception a changé du fait des évolutions sociétales marquées notamment par la reconnaissance que l'enfant dispose de droits (Convention internationale des droits de l'enfant, 1989) et par le fait que l'enfance est une période particulière du développement qui doit être étudiée en tant que telle (Ben-Arieh & Fronès, 2007).

Ainsi, les travaux sur le bien-être des enfants intègrent de plus en plus des indicateurs subjectifs pour saisir la façon dont les enfants eux-mêmes perçoivent leurs conditions de vie et pour comprendre ce qui peut favoriser leur développement personnel (Florin & Guimard, 2017, p. 8). Les aspects négatifs du comportement et de la vie des enfants sont alors abandonnés au profit d'éléments positifs tels que leurs motivations, leurs aspirations et leurs besoins, et de

---

<sup>35</sup> L'OCDE a créé en 2011 l'Initiative « Vie meilleure » visant à promouvoir de « meilleures politiques pour une vie meilleure ». L'un des piliers est l'indice interactif « Your Better Life index » ([www.oecdbetterlifeindex.org](http://www.oecdbetterlifeindex.org)). L'objectif est d'impliquer les citoyens dans le débat sur le progrès des sociétés, chacun pouvant créer son « indicateur du vivre mieux » en fonction de l'importance qu'il accorde aux différents critères du bien-être.

nouveaux domaines de leur vie sont pris en compte comme les compétences civiques, la sécurité, les activités...) (Florin & Guimard, 2017, p. 9).

De grandes enquêtes internationales interrogent à présent directement les enfants sur leur santé, leur vie scolaire et leur satisfaction existentielle ; ainsi dans le rapport Innocenti (Unicef, 2016) sur les inégalités de bien-être des enfants dans les pays riches, trois indicateurs objectifs (le revenu, l'éducation et la santé) et un indicateur subjectif (la satisfaction dans la vie) sont retenus pour comparer les 41 pays participants (France, Islande, Israël, Japon...) (Florin & Guimard, 2017, p. 9).

**La qualité de vie à l'école.** La notion de bien-être dans les systèmes éducatifs de cinq pays étrangers révèle de grandes différences des situations. La Finlande se différencie en faisant du bien-être à la fois un objectif explicite de l'éducation mais aussi une condition de l'éducation, et en impliquant l'ensemble de la communauté éducative. Par ailleurs, l'Australie, les États-Unis, la Finlande et le Royaume-Uni se caractérisent par la mise en œuvre d'actions éducatives basées sur le renforcement des compétences sociales et émotionnelles des élèves. Ces actions associent l'ensemble de la communauté éducative et prennent en compte les spécificités culturelles et sociales des différentes communautés (ethniques, linguistiques, voire religieuses) (Florin & Guimard, 2017, p. 10).

En France, les termes de bien-être ou de QDV à l'école sont quasiment absents du Code de l'éducation et de la plupart des textes officiels (Florin & Guimard, 2017, p. 10).

Avant 2012, le terme est bien présent dans quelques circulaires de rentrée, mais il est uniquement associé à la santé physique des élèves. C'est à partir de 2012, que le bien-être est associé aux apprentissages scolaires et au climat scolaire. La circulaire de rentrée qui y fait référence parle de la lutte contre le harcèlement, l'absentéisme, les procédures disciplinaires et la sécurité des établissements. Ces thématiques ne sont pas directement liés à la qualité de vie perçue de l'élève dans l'établissement (Florin & Guimard, 2017, p. 10).

C'est dans une circulaire de 2013 que le terme de QDV paraît pour la première fois associé à des objectifs visant l'amélioration de la QDV au travail des personnels ou de l'ensemble de la communauté éducative (Florin & Guimard, 2017, p. 10). Globalement, les deux termes « bien-être » et « QDV » sont utilisés dans leur sens courant avec le flou que cela

suppose. Dans tous les cas, « bien-être » et « QDV » ne sont pas définis et ne sont pas utilisés en tant que concepts opérationnels même si, la circulaire de rentrée n° 2017-045 du 9 mars 2017, signée de la ministre de l'époque, Najat Vallaud-Belkacem, fait une place à « un cadre de vie apaisé et respectueux qui met en confiance les élèves et les personnels » dont les objectifs sont de favoriser la réussite scolaire et le bien-être des élèves et des adultes, et diminuer les problèmes de violence, de harcèlement, de discipline ou de décrochage scolaire (Florin & Guimard, 2017, p. 10).

L'école a longtemps été préoccupée par les performances des élèves et les facteurs cognitifs impliqués dans les apprentissages scolaires (Elmore & Huebner, 2010 ; Verkuyten & Thijs, 2002, cités dans Florin & Guimard, 2017, p. 10). Elle vise à présent davantage le développement de compétences tout au long de la vie tout en favorisant l'épanouissement des personnes. Aujourd'hui, l'école s'appuie sur le fait qu'elle est un lieu essentiel dans la vie des élèves (Hui & Sun, 2010, cités dans Florin & Guimard, 2017, p. 11), parce que ces derniers y passent beaucoup de temps et qu'elle est un lieu de socialisation dans lequel ils développent des croyances personnelles, des buts éducatifs et professionnels (Karatzias, Power, Flemming, Lennan et Swanson, 2002, cités dans Florin & Guimard, 2017, p. 11). En effet, les expériences qu'ils vivent à l'école sont susceptibles d'avoir un impact sur leur QDV globale, sur leur développement personnel, et sur leur trajectoire de vie (Baker, Dilly, Aupperlee & Patil, 2003 ; Danielsen et al., 2009, cités dans Florin & Guimard, 2017, p. 11).

Plusieurs travaux montrent que la satisfaction qu'ont les élèves à l'école est l'un des plus importants déterminants de leur QDV globale et que leur bien-être, leur estime d'eux-mêmes et leur croyance en leur capacité à réussir influencent leur vie d'adulte (Feinstein, 1999 ; Carneiro, Crawford et Goodman, 2007 ; Gibbons & Silva, 2011, cités dans Florin & Guimard, 2017, p. 11). Les élèves satisfaits de leur vie à l'école développent davantage de stratégies adaptatives, pour s'engager vers le succès scolaire. Les élèves insatisfaits de l'école présentent, une faible satisfaction de vie globale et un risque plus important de difficultés physiques et psychologiques comme les maux de tête, maux de dos, vertiges, dépression, fatigue inhabituelle, insomnie... (Huebner, 1991 ; Natvig, Albrektsen et Qvarnstorm, 2003 ; Randolph, Kangas et Ruokamo, 2009, cités dans Florin & Guimard, 2017, p. 11). Ils seraient plus susceptibles d'être en proie à la toxicomanie, à la prise de risques dans leurs comportements sexuels, à la criminalité et au suicide (Levy-Garboua, Loheac et Fayolle, 2006, cités dans Florin & Guimard, 2017, p. 11).

En France, plus de 85 % des enfants âgés de 11, 13 et 15 ans se disent satisfaits de leur vie, ce qui place la France en 18<sup>e</sup> position dans le classement des 29 pays les plus riches (Unicef, 2013). Ces écarts de satisfaction de vie sont particulièrement élevés en France entre les enfants favorisés et les enfants très défavorisés. Parmi les 35 pays interrogés sur cet indicateur, la France est parmi les huit pays les plus inégalitaires (28/35) juste devant l'Allemagne, la Belgique et Israël (Florin & Guimard, 2017, p. 12).

Ainsi la QDV à l'école est donc une variable qui pourrait avoir des incidences plus importantes sur la vie adulte. Pour la définir de façon générale, elle permet d'observer la QDV à l'école comme à la fois des éléments objectifs décrivant des caractéristiques de l'environnement scolaire et des aspects subjectifs renvoyant aux appréciations que portent les éducateurs et les élèves sur l'école (Florin & Guimard, 2017, p. 19).

**L'état de santé des élèves.** L'état de santé des élèves est essentiel dans leur bien-être, et l'école a un rôle capital dans l'adoption par les jeunes de comportements favorables à leur santé (Florin & Guimard, 2017, p. 45). Dans ce cadre, la politique éducatives de santé en France, prévoit la responsabilisation de l'ensemble des acteurs du système éducatif (les personnels d'inspection, de direction, d'enseignement, d'éducation, d'orientation, les personnels sociaux, de santé et de service, les techniciens, les ouvriers). Pour les collèges et lycées publics, le Comité d'éducation à la santé et la citoyenneté (CESC) est une instance de réflexion, d'observation et de veille dans lesquels les parents sont représentés et qui est chargée de la mise en œuvre de l'éducation à la santé dans l'établissement (Florin & Guimard, 2017, p. 45).

La recherche montre effectivement que la famille et l'école influencent les comportements de santé des élèves. De bonnes relations avec les parents et un contrôle parental régulier favorisent alors les comportements de santé des jeunes. Les conditions socioéconomiques jouent également un rôle important : l'inactivité, la mauvaise alimentation et l'obésité sont plus fréquentes chez les élèves des familles les moins aisées (Florin & Guimard, 2017, p. 45). Le climat scolaire, quant à lui, affecte les comportements de santé ; les élèves qui se sentent appartenir à leur école ou qui se trouvent bien dans leur école se livrent moins à des activités dangereuses pour leur santé. Les comportements à risque pour la santé sont plus fréquents chez les jeunes qui sont en situation d'échec, tant du point de vue des résultats scolaires que dans la vie en société (Florin & Guimard, 2017, p. 45).

Pour les représentations sociales relatives à leur santé, les filles se disent en moins bonne santé que les garçons, mais elles consomment moins de substances licites (alcool, tabac...) ou illicites, et elles ont des comportements alimentaires plus favorables à leur santé.

Concernant les adolescents, des écarts existent entre ce qu'ils pensent être bien pour eux et ce qu'ils font dans la réalité. La santé dépendant de facteurs extérieurs, les adolescents sont peu réceptifs aux discours de prévention. Ils estiment peu concluantes les actions de prévention qui leur sont présentées dans les établissements scolaires par ce qu'elles sont jugées trop tardives, trop ponctuelles, trop scolaires ou trop moralisatrices (Florin & Guimard, 2017, p. 45).

Selon Florin et Guimard (2017, p. 45), de nombreux programmes de promotion de la santé, sont proposés dans les écoles, les collèges et les lycées. L'analyse des effets de ces programmes sur la santé et la QDV des élèves montre que les actions les plus efficaces s'inscrivent dans la durée, agissent ensemble sur plusieurs facteurs, font appel à la participation active et interactive des élèves, et engagent l'établissement, la famille, et la communauté éducative (Florin & Guimard, 2017, p. 45).

La santé est donc subjective et elle résulte de plusieurs déterminants dont ceux liés aux inégalités sociales de santé. Selon le Haut Conseil de la santé publique (2009, p. 10), les inégalités sociales de santé sont systématiques (les différences ne sont pas distribuées au hasard mais selon un schéma constant dans la population), socialement construites et donc injustes et modifiables. Ces inégalités sont jugées injustes quand elles résultent de circonstances indépendantes de la responsabilité des personnes.

Dans cette optique, certains programmes reposant sur le développement de compétences ont montré leur impact sur l'état de santé et la réduction des inégalités de santé à l'âge adulte (Devaux et al., 2007, p. 6). Ces « compétences en matière de santé » favorisent et maintiennent une bonne santé (World Health Organization [IWHO], 1998, p. 11). À travers ses publications, l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), utilise le terme de « littératie » pour parler à la fois d'un ensemble de compétences techniques, et de leur mobilisation (Statistics Canada et al., 2000, p.10).

## Chapitre 2. Quels éclairages scientifiques sur les compétences et la littératie en santé (LES) face aux ISS ?

C'est à la fin des années 1980 que des chercheurs canadiens se sont intéressés aux liens entre la littératie et la santé et c'est ainsi qu'est né le concept de « littératie en santé ».

### 1. Les compétences en matière de santé

#### 1.1. La notion de compétences

##### 1.1.1. La diversité des usages

###### 1.1.1.1. Des notions variées

Le terme de compétence est devenu commun, et pourtant les notions de compétences peuvent être variées. Il existe les notions de : compétence, de compétences de base, compétences clés, compétences transversales et compétences collectives. Selon Coulet (2016), cela tient sans doute à des préoccupations différentes, selon qu'il s'agit du monde du travail, de la formation professionnelle ou de la formation initiale.

Pourtant, cette notion de compétence s'est imposée comme centrale dans un grand nombre de pratiques sociales jusqu'à la Validation des Acquis de l'Expérience (VAE)<sup>36</sup> visant à promouvoir des compétences individuelles. De même dans le domaine de l'éducation et de la formation, la notion de compétence est devenue tout aussi capitale que ce soit dans la définition des objectifs pédagogiques, que dans les programmes, ou dans l'évaluation des élèves ou, encore, dans la professionnalisation des enseignants (Coulet, 2016, p. 3).

Le terme apparaît également dans le cadre de la santé publique et de l'éducation à la santé notamment. Toutefois, comme la prévention en France est basée sur le principe d'égalité, en proposant à tous des actions identiques, celles-ci risquent d'augmenter les différences préexistantes en privilégiant ceux qui ont déjà accès à l'information, ainsi que les ressources nécessaires pour s'en saisir. Ne pas tenir compte de ces éléments conduit alors à avantager ceux

---

<sup>36</sup> Validation des Acquis de l'Expérience (VAE) est établie par la loi 2002-73 du 17 janvier 2002.

qui possèdent déjà les ressources et les connaissances nécessaires pour améliorer leur état de santé (HSCP, 2017, p. 19).

#### 1.1.1.2.L'origine de l'usage des compétences

Ces compétences apparaissent à l'initiative de l'IEA (International Association for the Evaluation of Educational Achievement), puis dans le cadre de l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Économiques), puis dans les enquêtes PISA (Program for International Student Assessment), et ensuite dans les évaluations de l'International Study Center, avec les TIMSS (Trends in International Mathematics and Science Study) et PIRLS (Progress in International Reading Literacy Study). Simultanément, l'approche par compétences devient une référence pour la définition des objectifs et des curricula (Coulet 2016, p. 3).

En 1996, la Commission européenne va également dans ce sens dans son livre blanc sur l'éducation et la formation. Ce livre « propose la création d'un processus européen permettant de confronter et de diffuser largement les définitions des « compétences clés » et de trouver les meilleurs moyens de les acquérir, de les évaluer et de les certifier » (Meunier, 2005, p. 16, cité dans Coulet 2016, p. 3).

#### 1.1.1.3.Des conceptions et des dimensions différentes

Ainsi la notion de compétence est une notion multidimensionnelle, dont l'acception dépend de la variété des contextes et des usages recherchés. Par ailleurs, cette notion recouvre plusieurs champs disciplinaires. Quelques chercheurs ont proposé des définitions des compétences.

Le Boterf aborde la notion de compétence-en-acte (1994), qui caractérise par ce qu'elle n'est pas, à savoir « pas un état ou une connaissance possédée. Elle ne se réduit ni à un savoir ni à un savoir-faire. Elle n'est pas assimilable à un acquis de formation. Posséder des connaissances ou des capacités ne signifie pas être compétent ». Il précise que l'actualisation de ce que l'on sait dans un contexte singulier est révélatrice du « passage » à la compétence qui se réaliserait ainsi dans l'action (Le Boterf, 1994, pp. 16-18). La compétence n'est pas basée



sur les ressources (connaissances, capacités...) à mobiliser mais dans la mobilisation de ces ressources. Elle serait selon Le Boterf (1994), de l'ordre du « savoir mobiliser ».

Perrenoud indique quant à lui que le travail confronte à des situations ou des familles de situations de même structure, et le sujet doit les maîtriser dans leur globalité pour assurer un résultat (2001). Pour cela, la personne doit mobiliser et coordonner un ensemble de capacités, de savoirs, et d'informations. La compétence renvoie ainsi à la maîtrise globale de la situation, c'est à dire à un nombre plus ou moins important de ressources cognitives acquises au préalable.

Tardif définit la compétence comme « un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations » (2006). Il précise que les ressources internes « dépassent largement les savoirs, les savoir-faire et les savoir-être pour inclure ce qui est de l'ordre des postures, des attitudes, des habitus, des schèmes d'action », et que les ressources externes peuvent être : des logiciels, des équipements, des publications... (Tardif, 2017). Par ailleurs, il entend une situation comme « essentiellement à une responsabilité professionnelle ou citoyenne » mais elle n'est pas selon lui parente avec une tâche professionnelle ou une activité de la vie quotidienne (Tardif, 2017, pp. 15-37).

Selon Coulet (2016, p. 4), au-delà de la diversité des définitions et de quelques consensus qui les traversent, ce sont des conceptions divergentes et les définitions restent ambiguës. Certaines définitions partagent une dimension cognitive ou encore technique de la compétence d'autres partagent plutôt la dimension sociale, voire affective et motivationnelle. De plus, certaines définitions de la compétence intègrent l'évaluation de la performance.

L'union européenne a adopté un cadre européen définissant les nouvelles compétences de base dont l'éducation et la formation tout au long de la vie doivent permettre l'acquisition suivant ainsi les travaux de l'OCDE qui, dès 2005, plaçait les compétences clés comme : « les savoirs et savoir-faire indispensables pour participer à la vie de la société » (OCDE, 2005, p. 5, cité dans Coulet, 2016, p. 10).

Ainsi, l'investissement de la notion de compétence par les pratiques professionnelles a largement favorisé l'adoption du modèle de la compétence, exprimé en termes de « savoirs, savoir-faire et savoir-être » et décliné en France dans le socle commun de connaissances et de

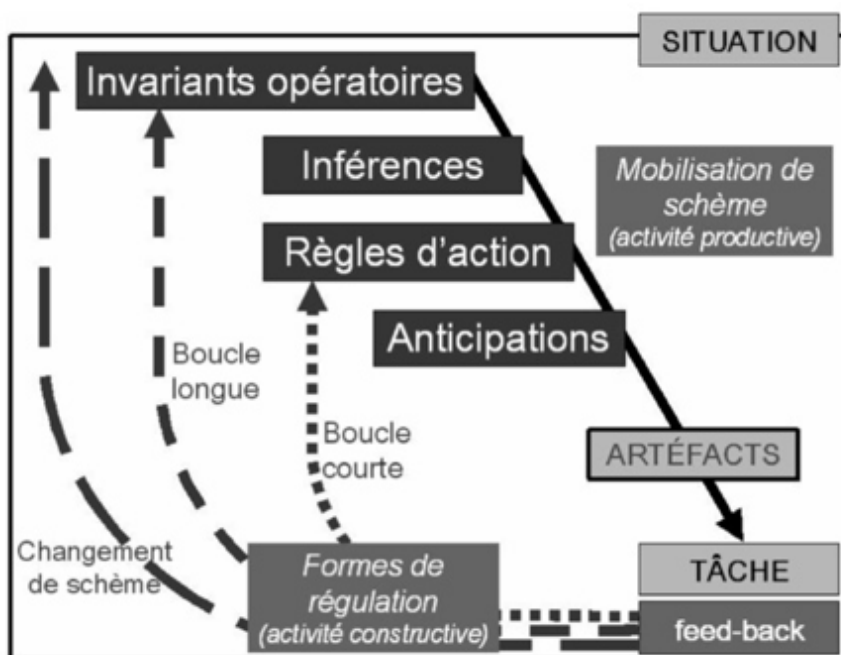
compétences (Décret du 11 juillet 2006) en « connaissances, capacités et attitudes » (Coulet, 2016, p. 4). Selon les textes les compétences ont donc des significations différentes, et les présupposés sous-jacents implicites diffèrent. Même si, l'introduction d'évaluations comparatives internationales a largement contribué à la promotion de la notion de compétence (particulièrement avec l'approche par compétences), cette dernière, reste marquée par une littérature abondante, sans cadre théorique consensuel selon Coulet (2016, p.16).

#### 1.1.1.4.Un cadre théorique selon Coulet : un modèle fonctionnel

Nous avons choisi le cadre théorique proposé par Coulet et sa définition de la compétence, à savoir « une organisation dynamique de l'activité, mobilisée et régulée par un sujet pour faire face à une tâche donnée, dans une situation déterminée » (2011). Cette définition permet de montrer que la compétence est dynamique et non figée et qu'elle ne se réduit pas à une performance à atteindre. Cette définition renvoie également à la possibilité pour les élèves de progresser dans la mise en œuvre d'une compétence. De plus, ce cadre nous convient car il permet de penser les éléments structurants la compétence et ainsi de pouvoir agir sur eux dans une perspective de faire progresser les élèves en développant leurs compétences.

Coulet (2016, p. 18) propose, dans la logique des théories de l'activité et en prenant appui sur les concepts de schème, de régulation et d'instrument psychologique, un modèle fonctionnel (MADDEC) pour rendre compte des compétences individuelles et collectives (cf. figure 8). Il définit la compétence au regard de ce modèle (Coulet, 2011, p. 17 ; 2016, p. 18).

Les inférences (en tant que composante du schème) assurent l'ajustement du schème (couvrant une classe de situations) à la situation spécifique à laquelle il est confronté. Pour cela, ces inférences se fondent sur l'expérience passée (ses aspects phylogénétiques, sociogénétiques et ontogénétiques) pour choisir les règles d'action les plus appropriées aux circonstances, et selon la richesse de l'expérience et des règles d'action disponibles, l'ajustement de l'activité sera plus ou moins performant (Coulet, 2016, p. 19).



**Figure 8.** *Modèle de la compétence MADDEC (Modèle D'analyse Dynamique pour la description et l'évaluation des compétences) (Coulet, 2011, p. 18).*

Ce modèle permet selon Coulet (2016, p. 19), de se détacher d'une conception manichéenne de la compétence, fondée sur la dichotomie : « compétent / non compétent ».

**Le concept de schème.** Le concept de schème repose d'abord sur les travaux de Piaget (Coulet, 2016, p. 17) pour qui l'activité est organisée chez une personne de façon relativement invariante pour incorporer les éléments de son environnement (c'est l'assimilation), mais cette structure de l'activité est aussi réorganisée (c'est l'accommodation) en fonction des perturbations. Selon Coulet (2016, p. 17), Vergnaud propose, dans le prolongement des travaux de Piaget, la théorie des champs conceptuels comportant une double définition du schème : c'est à dire à la fois « une organisation invariante de la conduite pour une classe de situations données » (Vergnaud, 1990, p. 136), mais aussi comme « une totalité dynamique fonctionnelle » (Vergnaud, 1990, p. 46, cité dans Coulet, 2016, p. 17).

Ce schème comporte quatre éléments constitutifs : des « invariants opératoires » (c'est-à-dire des conceptualisations qui fondent toute activité), des « inférences » (c'est-à-dire des ajustements), des « règles d'action » (permettant de produire un résultat) et des « anticipations » (Coulet, 2016, p. 17).

Ces éléments sont fonction des spécificités de la situation et de la tâche, lors de la mobilisation du schème. Les inférences jouent un rôle très important dans la dynamique du schème, car c'est sur elles que repose son adaptation proactive, tout au long de sa mobilisation (Coulet, 2016, p. 17).

**Le concept de régulation.** Coulet (2016, p. 17) précise qu'il existe une deuxième forme d'adaptation de nature rétroactive cette fois, à travers le concept de régulation. C'est une reprise modifiée de l'action au regard des résultats obtenus. Ainsi, comme le soulignent Samurcay et Rabardel (2004, cités dans Coulet, 2016, p. 17), l'« activité finalisée réalisée, orientée et contrôlée par le sujet psychologique pour réaliser des tâches qu'il doit accomplir en fonction des caractéristiques des situations » (activité productive) se double d'une activité constructive « orientée et contrôlée par le sujet qui la réalise pour construire et faire évoluer ses compétences en fonction des situations et des domaines professionnels d'action » (Samurcay & Rabardel, 2004, p. 166, cités dans Coulet, 2016, p.17).

**Le concept d'instrument psychologique.** Dans la lignée des apports de Vygotski (Coulet, 2016, p. 17) concernant le concept d'instrument psychologique, Rabardel (1995, p. 137) souligne que toute activité est médiatisée par des « artéfacts », matériels ou symboliques, et suppose donc des processus « d'instrumentalisation » (activité dirigée vers l'artefact) et « d'instrumentation » (activité dirigée vers le sujet lui-même).

**MADDEC : une modélisation des compétences individuelles et collectives.** C'est dans la logique des théories de l'activité, que Coulet (2011, 2016, p. 18) propose son modèle fonctionnel (MADDEC) (cf. figure 8) pour rendre compte à la fois, des compétences individuelles et collectives (cf. figure 9).

Le premier processus est celui lié au traitement d'une tâche donnée dans un contexte déterminé et l'ajustement de l'activité est plus ou moins performant (Coulet, 2016, p. 18). Le second processus est lié à la construction même de l'expérience à travers des boucles de régulation.

Ainsi, une régulation en boucle courte peut se limiter à la mise en correspondance « règle d'action / circonstance particulière », alors qu'une régulation en boucle longue peut aboutir sur la compréhension des raisons de la réussite ou de l'échec (Coulet, 2016, p. 19).

D'ailleurs, l'expert focalise plutôt sur ce qui explique les résultats, alors que le novice cherche avant tout à réussir (Pouté & Coulet, 2007 ; Coulet, 2014b, cités dans Coulet, 2016, p. 18).

De plus Coulet (2016, p. 18) précise que toute activité humaine se déploie simultanément sur trois plans distincts (cf. figure 9) : l'orientation vers l'objet de l'activité, l'orientation vers autrui, l'orientation vers soi et qu'en outre, des artéfacts la médiatisent (Rabardel, 1995).

Par ailleurs, toute activité humaine est hiérarchiquement située, puisque les règles d'action du modèle ne sont rien d'autre que des schèmes subordonnés à un schème de niveau supérieur (cf. figure 9); l'activité collective est conçue comme ayant les propriétés d'un schème dont les règles d'action sont constituées par des activités individuelles (Coulet, 2016, p. 18).



**Figure 9.** Propriétés des compétences : rapport et hiérarchisation des compétences (Coulet, 2016, p. 18)<sup>37</sup>.

<sup>37</sup> Extrait de : [https://www.canal-tv/video/ecole\\_normale\\_superieure\\_de\\_lyon/l\\_utilite\\_d\\_un\\_ancrage\\_de\\_l\\_approche\\_par\\_compétences\\_sur\\_un\\_modele\\_theorique\\_des\\_compétences\\_individuelles\\_et\\_collectives.25615](https://www.canal-tv/video/ecole_normale_superieure_de_lyon/l_utilite_d_un_ancrage_de_l_approche_par_compétences_sur_un_modele_theorique_des_compétences_individuelles_et_collectives.25615)

## 1.1.2. La notion de compétences psychosociales (CPS)

### 1.1.2.1.L'origine des compétences psychosociales

Dès 1986, la notion de compétences psychosociales, « life skills », apparaît dans la charte d'Ottawa de l'OMS. Ces compétences psychosociales sont alors désignées comme essentielles dans la promotion de la santé. Ce n'est qu'en 1993 que ce concept est vraiment mis en avant au niveau mondial. Un document publié par l'OMS en 1994 va ensuite diffuser cette notion de compétences psychosociales<sup>38</sup>. L'OMS signale de cette façon l'importance de ces compétences pour favoriser la santé globale (Luis & Lamboy, 2015, p. 15). Par la suite, l'Unicef a aussi publié des rapports sur ces CPS pour favoriser les programmes ou de parcours éducatifs visant à développer les CPS dans le monde (Luis & Lamboy, 2015, p. 15). Ces CPS sont, aujourd'hui, admises comme un déterminant important de la santé.

### 1.1.2.2. Une définition des compétences psychosociales (CPS)

Ces compétences psychosociales (CPS) sont aussi appelées habiletés ou aptitudes psychosociales. Ce sont des compétences individuelles de nature psychologique qui sont indispensables à la vie sociale, d'où leur nom anglais « life skills » (World Health Organization. Division of Mental Health, 1994). Le texte de l'Organisation mondiale de la santé (1994) les définit comme « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est la capacité d'une personne à maintenir un état de bien-être subjectif qui lui permet d'adopter un comportement approprié et positif à l'occasion d'interactions avec les autres, sa culture et son environnement. La compétence psychosociale joue un rôle important dans la promotion de la santé dans son acception large renvoyant au bien-être physique, psychique et social ».

### 1.1.2.3. Les catégories de CPS selon l'OMS

L'OMS regroupe les CPS en trois grandes catégories (Luis & Lamboy, 2015, p. 15).

---

<sup>38</sup> World Health Organization. Division of Mental Health. (1994). Life skills education for children and adolescents in schools.

Les premières sont les compétences sociales (ou inter-personnelles ou de communication) : les compétences de communication verbale et non verbale (l'écoute active, l'expression des émotions, la capacité à donner et recevoir des feedback), les capacités de résistance et de négociation (la gestion des conflits, la capacité d'affirmation, la résistance à la pression d'autrui, l'empathie), les compétences de coopération et de collaboration en groupe, et les compétences de plaidoyer.

Les deuxièmes sont des compétences cognitives : les compétences de prise de décision et de résolution de problème, la pensée critique et l'autoévaluation (pouvoir analyser l'influence des médias et des pairs, avoir conscience des valeurs, attitudes, normes, croyances, et pouvoir identifier les informations pertinentes).

Les troisièmes sont des compétences émotionnelles (ou d'autorégulation) : les compétences de régulation émotionnelle (gestion de la colère et de l'anxiété, faire face à la perte, aux traumatismes), les compétences de gestion du stress, et les compétences favorisant la confiance et l'estime de soi.

### 1.1.3. Les enjeux des CPS

Les enjeux de ces compétences psychosociales apparaissent alors importants.

#### 1.1.3.1. Le renforcement des CPS chez les enfants et adolescents

Le renforcement des CPS chez les enfants favorise le développement social, émotionnel, cognitif, et physique, et contribue ainsi à réduire les comportements défavorables à la santé. Les CPS ont ainsi une place primordiale dans l'adaptation sociale et la réussite éducative (Luis & Lamboy, 2015, p. 16).

Chez les adolescents, le développement de ces CPS permet de prévenir la consommation de substances psychoactives (telles que les drogues illicites, le tabac, ou l'alcool), et de protéger des problèmes de santé mentale, des comportements violents, et des comportements sexuels à risque (Luis & Lamboy, 2015, p. 16). Le manque de développement de compétences psychosociales est reconnu comme l'un des principaux déterminants de comportements à risque

comme la consommation de substances psychoactives, les comportements violents, et les comportements sexuels à risque (Luis & Lamboy, 2015, p. 16).

Certains programmes d'intervention précoce reposant sur le développement de compétences (maîtrise du langage, de la lecture, lutte contre l'échec scolaire, développement de l'estime de soi...) et visant à renforcer les capacités à contrôler son avenir, ont montré leur impact sur l'état de santé et la réduction des inégalités de santé à l'âge adulte (Devaux et al., 2007, p. 6).

#### 1.1.3.2. Le renforcement des CPS chez les adultes

Concernant, les adultes, ces CPS agissent sur le bien-être et la qualité des relations. Ces CPS favorisent chez les parents, les pratiques éducatives positives comme l'empathie, la capacité à répondre aux besoins fondamentaux de leurs enfants de façon ajustée, ou aussi la mise en place de règles et de limites constructives.

Ces compétences permettent d'installer des relations positives entre les parents et leurs enfants, et intensifient le sentiment d'efficacité des parents.

Ces relations ont des effets sur les enfants et les adolescents ; elles sont associées à une meilleure estime de soi, à des capacités de résilience, à de meilleurs résultats scolaires, et à plus de compétences sociales.

Ces CPS parentales seraient ainsi des facteurs de protection des troubles du comportement et de l'abus de substances chez les enfants et adolescents (Luis & Lamboy, 2015, p. 16).

Ces « compétences en matière de santé » sont, selon l'OMS, des « aptitudes cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité des individus à obtenir, comprendre et utiliser des informations d'une façon qui favorise et maintienne une bonne santé » (World Health Organization [IWHO], 1998, p. 11). Il est ajouté : « pour posséder des compétences en matière de santé, il faut atteindre le niveau de connaissances, d'aptitudes personnelles et de connaissances nécessaires pour prendre les mesures requises pour améliorer sa santé et celle de la communauté en modifiant ses modes de vie et les conditions de vie [...] ».

Un concept semble alors pertinent pour développer par la suite des compétences en matière de santé, il s'agit de la littératie en santé (LES).



## 1.2. Le concept de littératie

### 1.2.1. Caractéristiques

#### 1.2.1.1. L'origine du mot littératie et concept dans les publications de l'OCDE

**L'origine du mot littératie.** Le terme « littératie » vient de l'anglais *literacy* désignant les « connaissances et les compétences dans les domaines de la lecture, de l'écriture, de la parole (et autres moyens de communication) et du calcul qui permettent aux personnes d'être fonctionnelles en société et d'y participer » (Ferron, 2017, p. 5). Dans cette définition, le terme est proche de la notion d'alphabétisme définie par l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (Unesco) comme « les compétences cognitives de la lecture et de l'écriture », qui englobe aussi la notion de fonctionnalité et d'application pertinente dans un contexte social donné (Unesco, 2006, p. 156).

**Concept de littératie dans les publications de l'OCDE.** L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), à travers ses publications a incité à l'utilisation du terme « littératie » dans les pays francophones, pour parler à la fois d'un ensemble de compétences techniques, et de leur mobilisation pour agir en faveur du changement social. Elle détermine la littératie comme « l'aptitude à comprendre et à utiliser l'information écrite dans la vie courante, à la maison, au travail et dans la collectivité en vue d'atteindre des buts personnels et d'étendre ses connaissances et ses capacités » (Statistics Canada et al., 2000, p. 10).

**Les niveaux de littératie selon l'OCDE.** L'OCDE distingue cinq niveaux de littératie. Le niveau 1 est celui des compétences très faibles. À ce niveau, une personne n'est pas capable de déterminer correctement une dose de médicament à administrer à un enfant comme indiqué sur l'emballage. Le niveau 2 correspond à la lecture de textes simples, explicites pour des tâches peu complexes. À ce niveau, une personne peut agir et répondre aux exigences de la vie quotidienne, mais il lui est difficile de mettre en œuvre de nouvelles exigences comme l'assimilation de compétences professionnelles. Le niveau 3 est celui du minimum nécessaire pour gérer les impératifs de la vie quotidienne et du travail dans une société complexe. Ce niveau est celui des compétences utiles pour obtenir un diplôme

d'études secondaires et accéder aux études postsecondaires. Les niveaux 4 et 5 sont ceux des compétences supérieures. À ces niveaux, une personne peut traiter des informations beaucoup plus complexes. En effet, ils demandent souvent de savoir utiliser, en même temps, plusieurs compétences en littératie comme la compréhension de textes, la compréhension de schémas, de la numération... (Canadian Council on Learning, 2008, p. 10).

#### 1.2.1.2.Oralité et littératie Vs oral et écrit

Ces compétences en littératie nécessitent des aptitudes à comprendre des textes, des schémas, des calculs... Ce sont des compétences pour lesquelles les apprentissages commencent dès le plus jeune âge et notamment dès l'école maternelle.

**Distinction entre oralité et littératie.** Selon Laparra et Margolinas (2012, p. 1), ce sont les usages que les enfants ont de la langue entre pairs et dans leur famille qui leur permettent de mettre en mots le travail cognitif qui leur est demandé, pour reconnaître, sélectionner, disposer les éléments d'une collection dans un ordre donné, la compléter, reproduire à l'identique un modèle... Or dès la maternelle, certains élèves réussissent moins bien que d'autres, alors même qu'ils n'ont pas de « besoins particuliers » au plan langagier pour réussir dans les activités scolaires (Laparra & Margolinas, 2012, p. 1).

Pour comprendre ce qui est en jeu, Laparra et Margolinas distinguent les connaissances relevant des univers de l'oralité et celles de la littératie. Selon elles, il y a oralité quand un groupe humain pratique des échanges, verbaux ou non, sur et à l'aide d'objets du monde, en mettant en jeu les ressources corporelles dont il dispose, de manière fortement routinisée (Laparra & Margolinas, 2010, 2012, p. 2). Elles parlent de littératie quand un groupe humain se meut et agit dans un espace qui organise les corps et les objets du monde selon les ressources fournies par l'écrit et qu'il pratique un usage raisonné et organisé de ces ressources (Goody, 1977 ; Delaborde, 2009 ; Privat, 2010, cités dans Laparra & Margolinas, 2012, p. 2).

Ce sont alors les modes d'organisation qui différencient l'oralité et la littératie. L'organisation de l'oralité est généralement liée aux objets du monde et aux configurations dans lesquels ces objets sont présents (selon les circonstances alors on agit de cette manière), alors que l'organisation de la littératie tend à être celle d'un espace guidé par les lignes

horizontales et verticales et leur sens de parcours (classer des objets, se retrouver dans un espace...) (Laparra & Margolinas, 2012, p. 2).

Pourtant, que ce soit à l'école ou dans la vie quotidienne, l'oralité et la littératie ne sont pas dans deux univers distincts. Les deux s'interpénètrent continuellement, et cela d'autant que les élèves sont plus jeunes. Ainsi, la simple présence de l'écrit ou de l'oral ne permet pas de déterminer la nature (oralité ou littératie) de la pratique du groupe car il peut effectivement y avoir de l'oralité dans l'univers de la littératie et de la littératie dans l'univers de l'oralité (Margolinas & Laparra 2010, 2011, 2012, p. 2).

**Les univers de l'oralité et de la littératie dans les situations d'enseignement.** Pour préparer leurs objectifs linguistiques, les professeurs conçoivent des situations d'apprentissage qui opposent l'oral à l'écrit. Or, cette opposition ne leur permet pas de voir que les élèves agissent dans les univers de l'oralité et de la littératie dans toutes les situations qu'ils ont, que ces situations soient à prédominance orale ou écrite (Laparra & Margolinas, 2012, p. 2).

L'univers de la littératie est le plus souvent restreint dans les classes de grande section (GS) de maternelle et de cours préparatoires (CP), à l'apprentissage de l'alphabet et à celui de la littérature de jeunesse (Bautier, 2009), les deux étant habituellement articulés l'un à l'autre (Campoli & Tauveron, 2006). Pourtant, l'environnement dans lequel évoluent les enfants à l'école et en dehors est composé des ressources de l'oralité et de celles de l'écrit au sens anthropologique (Goody, 1979, 1994 ; Olson, 1998, 2006, cités dans Laparra et Margolinas, 2012, p. 2) et la matérialité des objets de l'écrit conduit les enfants à les traiter comme les autres objets du monde car ils sont peu conscients des spécificités de l'écrit (Joigneaux, 2009). En effet, certains gestes sollicitent des connaissances intégrées dans l'univers de l'oralité mais faire une liste demande aussi des connaissances de la littératie, telle que l'organisation des objets : en colonne ou en ligne, alors même qu'il peut s'agir d'objets du monde et non pas de traces écrites (comme des étiquettes comportant des photos des enfants). Cela ne relève pas de l'écrit linguistique mais de la littératie (Laparra & Margolinas, 2012, p. 3). Pour les élèves, les étiquettes témoignent seulement de leur présence tout comme pourrait le faire leur bonnet suspendu au porte-manteau. Ces étiquettes sont pour eux des objets du monde matériel comme les bonnets, elles n'ont aucune raison d'être associées au monde du langage. De la même façon, la file verticale des étiquettes n'acquière pas sa fonction de liste seulement par sa disposition. Pour devenir une liste, cette file verticale des étiquettes doit être utile comme pour faire l'appel.

Le corps est alors engagé dans cette activité avec le doigt montrant l'étiquette de l'enfant appelé et descendant vers l'étiquette du dessous dès que l'élève répond présent (Laparra & Margolinas, 2012, p. 3).

C'est dans cette dialectique entre les univers de l'oralité et de la littératie que peut ainsi se construire la liste écrite. Selon Laparra et Margolinas (2012, p. 3), en s'appuyant seulement sur la dualité oral - écrit, les professeurs créent des situations pour que les élèves s'habituent à certaines fonctions de l'écrit (fonctions mémorielle, bureaucratique, communicative...), et ils présument alors que la nature écrite des objets utilisés (comme les étiquettes des prénoms) est suffisante pour construire ou engager des connaissances littératiennes. Il en résulte alors un malentendu selon Laparra et Margolinas (2012, p. 3), car les élèves n'y voient que des connaissances de l'oralité : les objets pensés comme des objets de l'écrit par les professeurs ne sont pour les élèves que des objets du monde matériel.

Par ailleurs, il ne s'agit donc pas d'envisager l'oral comme relevant d'une didactique spécifique, mais comme un outil psychologique devant être convoqué et donc acquis et à acquérir dans cette perspective (Bautier, 2016). Pour cela, même si les usages du langage qui bien que « passant par l'oral » et utilisant couramment l'usage d'une langue proche de la quotidienneté non scolaire, visent autre chose que des échanges strictement fonctionnels ancrés dans le contexte ou fondés sur l'expression de soi et le partage d'expériences (Bautier, 2016). Ce sont ces situations qui leurrent les élèves sur les enjeux langagiers et cognitifs des situations scolaires qui sont à éviter selon Bautier (2016) par un cadrage fort de ces situations (Bernstein, 2007) et aussi par l'usage d'une langue dite standard ou soutenue, non pour des raisons de « correction » linguistique en adéquation à une norme liée à une langue mais bien parce qu'il s'agit de fournir aux élèves des ressources pour penser et verbaliser ce qui ne serait pas possible sans cette langue standard (Bautier, 2016).

## 1.2.2. Statut langagier des objets et transparence des savoirs littératiens

### 1.2.2.1. Construction d'un statut langagier des objets.

Les élèves se comportent de la même manière lorsqu'ils sont dans des situations identiques, et pourtant, il existe une différenciation pouvant avoir des conséquences importantes

en termes d'échec scolaire : certains donnent un statut langagier aux objets relativement rapidement au cours de la GS ou du CP alors que d'autres n'y parviennent que plus tard, voire pas du tout (Laparra & Margolinas, 2012, p. 3). Effectivement, malgré eux, les enseignants ne placent pas les élèves dans les mêmes situations d'apprentissage en fonction des capacités socio-culturelles qu'ils leur attribuent selon leurs origines sociales, et ce, dès l'école maternelle (Laparra & Margolinas, 2011, 2012, p. 3). Par exemple, lors d'une activité visant à retrouver dans un répertoire lexical un mot pour le reproduire sur une feuille, pour deux enfants en difficulté qui tournent plusieurs fois au hasard les pages du répertoire, le professeur vient aider. Avec l'un des enfants, sans aucune verbalisation, le professeur parcourt avec le doigt de haut en bas la colonne formée par les lettres de l'alphabet à droite du répertoire, il s'arrête sur la première lettre du mot recherché et ouvre ainsi le répertoire à la bonne page en laissant de façon visible le doigt sur la première lettre du mot recherché, apprenant de ce fait à l'élève l'organisation d'un répertoire. Avec l'autre, il ouvre directement le répertoire à la bonne page, sans lui montrer comment il a fait. Les deux enfants ont les mêmes connaissances du code alphabétique et rencontrent les mêmes difficultés, et pourtant, l'un profite d'un travail sur l'énumération alphabétique et l'autre non (Laparra & Margolinas, 2012, p. 3).

Ainsi, le professeur est influencé par ses représentations clivantes socialement, et il n'identifie pas comme un savoir ce que Laparra et Margolinas (2012, p. 3) nomment « l'énumération alphabétique », il n'a alors pas conscience de l'enseigner à l'un et non à l'autre car il ne pense pas faire une chose importante. C'est cette transparence de certains objets de savoir (Delaborde, 2006, cité dans Laparra & Margolinas, 2012 ; Laparra & Margolinas, 2011), qui empêche le professeur de saisir la nature différenciée des situations ainsi installées.

#### 1.2.2.2. Transparence de savoirs littératiens.

Les élèves dit en difficulté sont capables de mettre en œuvre des connaissances littératiennes puisqu'ils savent organiser en ligne des objets pour mieux les compter, utiliser la structure des lignes et des colonnes pour classer des objets... Cependant comme ces connaissances ne sont pas du domaine de l'écrit ni de la langue, elles ne sont pas considérées par les enseignants comme faisant partie de l'univers de la littérature : ces savoirs littératiens sont alors « transparents » pour la plupart des professeurs (Laparra & Margolinas, 2012, p. 3).

Un grand nombre d'activités du quotidien nécessitent les ressources de la littératie « non linguistiques » : pour ranger des produits dans les différents étages d'un réfrigérateur ou des armoires, ou selon une organisation à gauche ou à droite... ou pour trier des objets (Margolinas, René de Cotret, & Giroux, 2006, cités dans Laparra & Margolinas, 2012, p. 3). De ce fait, certaines familles faiblement littératiées font vivre à leurs enfants des situations qui leur permettent d'accéder à une organisation efficace s'appuyant sur la « raison graphique » (Goody, 1979)<sup>39</sup>. Ainsi, certains élèves réussissent mieux dans les situations qui impliquent des tâches de tri, d'appariement et de classement selon les apprentissages faits dans leur contexte familial. Cette organisation dont sont capables certains enfants, ne relève pas de propriété intrinsèque, ils mettent en œuvre des connaissances qu'ils ont acquises en dehors de l'école. Il est donc possible de les développer chez ceux qui n'ont pas eu l'occasion de se les approprier (Margolinas & De Redon, 2008, cités dans Laparra & Margolinas, 2012, p. 3).

Par ailleurs, ces élèves, en raison de leur présumé lacunes socio-culturelles, ne sont pas accompagnés pour utiliser les connaissances littératiées qu'ils ont déjà, ni pour en acquérir de nouvelles. Ils sont enfermés dans des tâches qui, parce qu'elles intègrent de l'écrit, sont pour le professeur des objets de la littératie. Or, les difficultés auxquelles sont confrontés ces élèves dans ces situations ne sont pas du registre de la construction de la relation phono-graphique mais de l'organisation nécessaire pour réussir comme disposer les étiquettes en colonne pour les distinguer toutes en même temps et les traiter de façon systématique. De plus, même s'ils progressent dans cette organisation en respectant des logiques littératiées (parcours en ligne et en colonne), les professeurs n'identifient pas cette évolution comme un progrès, puisque pour eux ces savoirs n'ont pas de statut (Laparra & Margolinas, 2012, p. 3).

Ainsi c'est ce rapport au langage qui conduit à le concevoir comme « transparent », est présent dès la maternelle puisque certains élèves sont dans l'incapacité de penser que les énoncés représentent une intention qui dépasse le réel représenté, c'est à dire que le langage n'est donc pas « transparent », mais qu'il doit être interprété en contexte, en situation (Bautier, 2016). Bautier (2016) souligne que l'on retrouve cette conception chez les lycéens devant des

---

<sup>39</sup> La raison graphique est l'expression utilisée par Goody dans son livre « La Raison graphique : La domestication de la pensée sauvage » (1979) pour désigner une rationalité propre aux civilisations mobilisant un support graphique pour la conception et la transmission des connaissances. Il montre trois structures logiques propres à la représentation des connaissances dans une rationalité graphique : la liste, le tableau et la formule. Selon lui, la construction des sociétés modernes, autant dans l'organisation administrative que dans la construction du savoir, repose sur une rationalité propre au support graphique.

textes littéraires. Ce rapport au langage se manifeste par un « rejet » de ceux-ci, car « ils ne disent pas le réel et le vrai » (Bautier, 2016).

Ce qui est en question pour une grande part des élèves en difficulté d'apprentissage, c'est selon Bautier (2016), le statut même du langage oral qui reste opaque pour certains qui ne comprennent pas les enjeux cognitifs des activités et des échanges langagiers.

Ces connaissances littératiennes ne sont donc ni valorisées, ni mémorisées, ni stabilisées (Laparra & Margolinas, 2012, p. 3). C'est ainsi que le malentendu persiste, puisque pour le professeur, le déficit ne peut être que langagier, ce qui génère aussi un malentendu sur les réponses apportées (Laparra & Margolinas, 2012, p. 3).

#### 1.2.2.3. Dévalorisation des connaissances de l'oralité.

L'école a pour but de faire découvrir aux élèves qu'il existe à l'écrit des ressources pour réfléchir sur le monde qui n'existent pas à l'oral. En revanche, l'opposition entre l'oral et l'écrit, réduite alors à son aspect lexical et morphosyntaxique, ne permet pas à l'école de construire d'abord certaines pratiques à l'oral avant de le faire à l'écrit (telles que la production orale de suites verbales avant de faire des listes écrites), ce qui permettrait de comparer efficacement ce qu'il est possible de faire avec des listes à l'oral ou à l'écrit. L'école travaille essentiellement sur l'écrit, avec lui ou à partir de lui (Laparra & Margolinas, 2012, p. 4).

Pourtant, si la liste orale n'est pas mémorisée, la liste écrite n'a alors pas de référent langagier et ne peut se concevoir autrement que par l'occupation de places. Il en résulte que les élèves ne voient pas leurs capacités de mémorisation orales renforcées, et même qu'ils s'en méfient. Cette dévalorisation des connaissances de l'oralité conduit le professeur à faire douter les élèves de leur capacité de mémorisation (Laparra & Margolinas, 2012, p. 4).

La transparence de certaines connaissances littératiennes non linguistiques et la dévalorisation des connaissances de l'oralité à l'école sont toujours au détriment des mêmes élèves selon Laparra et Margolinas, (2012, p. 4). Cette situation va alors entraîner des différences qui sont décisives pour le reste des apprentissages (Laparra & Margolinas, 2012, p. 5). La familiarisation souhaitée par l'école avec certains usages de l'écrit se fait sans analyse

des connaissances de l'oralité et de la littérature que ces usages impliquent et dans l'ignorance de ce que sont les pratiques réelles des familles de milieu populaire en la matière.

Ainsi, il s'agit de faire travailler à l'oral le registre des usages de la langue et du langage comme outil psychologique de pensée, d'élaboration des significations, au-delà de l'expression et de la communication (Bautier, 2016). Les usages du langage à faire acquérir aux élèves doivent ainsi être pensés comme un instrument psychologique, dans une visée de plus grande égalité scolaire et sociale ; en effet, ces usages correspondent à ce qui est moins familier et donc moins mobilisable par les élèves des familles les moins scolarisées (Bautier, 2016). Pour Bautier (2016), les milieux sociaux populaires sont souvent plus familiers de ces usages référentiels et communicatifs ou expressifs et leur accordent plus de valeur, exprimant une vérité, une réalité qu'il n'est pas possible de modifier.

#### 1.2.2.4. Compétences linguistiques socialement déterminées.

Beaucoup d'élèves issus de milieux populaires ne profitent pas des enseignements qui leur sont dispensés, malgré les dispositifs mis en oeuvre tels que la création des Zones d'éducation prioritaire (ZEP), les modifications des programmes, les évaluations nationales et locales, les dispositifs d'aide individualisée, l'incitation aux projets innovants... Pour l'école et ses acteurs, cet échec aurait une origine langagière, c'est-à-dire que la réussite dans les apprentissages serait déterminée par la capacité à « parler » plus ou moins bien le français (Bentolila, 2008).

Les rapports du ministère de l'Éducation Nationale parus ces cinquante dernières années, vont dans le même sens et confirment qu'il existe effectivement de très grandes différences entre les élèves dans leurs compétences linguistiques et langagières et que ces différences augmentent au cours de la scolarité (Boissinot, 1999 ; Laparra & Margolinas, 2012, p. 5).

Certains élèves ont un lexique limité, et ne produisent que des énoncés courts, peu complexes syntaxiquement et des discours mal organisés au niveau de la cohérence. Ils ont plus de difficultés à se dégager de l'immédiateté, ce qui les rend moins efficaces dans le langage dit « d'évocation » (Direction des écoles, 1992, cité dans Laparra & Margolinas, 2012, p. 5), alors qu'il est attendu d'eux une attitude réflexive à l'égard du langage. Ils sont ainsi en difficulté



dès que les apprentissages comme ceux du code et de la langue écrite, requièrent une analyse formelle de la langue (Laparra & Margolinas, 2012, p. 5).

Selon Laparra et Margolinas (2012, p. 5), les travaux des sociologues [(Bernstein (1975, 2007) ; Labov (1978, 1993) ; Bourdieu (1980) ; Bourdieu & Passeron (1971)] montrent effectivement comment les différentes classes sociales n'usent pas du langage de la même manière, c'est pourquoi l'école, en privilégiant les situations où les élèves doivent mettre en jeu des usages de la langue auxquels certains ne sont pas accoutumés dans leur contexte familial, favorise les inégalités langagières externes.

C'est ainsi que, pour répondre aux objectifs qui lui sont confiés, l'école réfléchit au problème en termes de « compensation », de « remédiation », de « différenciation », de « besoins particuliers » alors que selon Laparra et Margolinas (2012, p. 5), même si le lien entre les difficultés scolaires et les compétences linguistiques socialement déterminées peut ne pas être discutable (Bautier, 2006.), il se joue d'autres éléments lors des premiers apprentissages à l'école maternelle et au début de l'école élémentaire notamment au niveau des savoirs littératiens.

### **1.3.L'entrée dans l'écrit et l'écriture**

En fonction des époques, l'écrit a permis de recueillir la « parole sacrée », et les « lecteurs » avaient alors une place de médiateur entre la révélation soutenue par ces textes et une population tenue la plupart du temps à l'écart de cette relation.

À présent, ce sont d'autres problématiques qui apparaissent dans nos sociétés dites littératiées puisque la majorité des activités utilisent justement l'écrit (Faure, 2011, p. 22). D'ailleurs, le terme littératie « fait désormais partie d'un nombre extrêmement important et divers de champs qui touchent à l'ensemble des activités humaines et ont en commun de faire usage de l'écriture » (Jaffré, 2004, cité dans Faure, 2011, p. 22), et, cet écrit génère des transformations dans les modes de pensée et dans l'organisation sociale (Faure, 2011, p. 22).

#### 1.3.1. Définitions et contours

##### 1.3.1.1. Définitions ou polysémie du terme

L'écriture est un terme polysémique ; le dictionnaire de l'éducation (Crinon, 2017, cité dans Joubaire, 2018, p. 1) distingue deux significations :

- La première est celle de tracer une série de signes graphiques (dans notre système alphabétique, il s'agit d'une série de lettres), et alors dans ce cadre « apprendre à écrire revient alors à s'approprier des gestes et des postures du corps qui permettent de réaliser ces tracés » (Crinon, 2017, cité dans Joubaire, 2018, p. 1) ;
- La deuxième est celle de produire un énoncé écrit, et « apprendre à écrire recouvre donc l'acquisition d'un ensemble de connaissances et de savoir-faire nécessaires pour passer des intentions de communication aux discours et pour mettre ses idées sur le papier ou à l'écran (l'inventio de la rhétorique ancienne) en les organisant et en trouvant les moyens d'agir sur le lecteur (la dispositio et l'elocutio) » (Crinon, 2017).

Suivant le sens qui est donné au terme, les problèmes qui se posent pour son apprentissage sont alors de nature différente (Joubaire, 2018, p. 1).

Reuter propose une définition de l'écriture. Selon lui : « l'écriture est une pratique sociale, historiquement construite, impliquant la mise en œuvre, généralement conflictuelle, de savoirs, de représentations, de valeurs, d'investissements et d'opérations, par laquelle un ou plusieurs sujets visent à (re)produire un sens, linguistiquement structuré, à l'aide d'un outil, sur un support [...], dans un espace socio-institutionnel donné » (Reuter, 1996, cité par Colin, 2014, cité par Joubaire, 2018, p. 2). Dans cette signification, écrire n'est pas considéré comme un geste technique, atemporel et neutre, mais comme une activité inscrite dans une société particulière, à un moment précis de l'histoire, qui engage la personne qui écrit dans sa globalité (Joubaire, 2018, p. 2).

### 1.3.1.2. Un apprentissage avant l'instruction scolaire

Selon Ferreiro, « nous sommes tellement habitués à considérer l'apprentissage de la lecture et de l'écriture qu'il est difficile d'arriver à reconnaître que les développements de la lecture-écriture commencent bien avant l'instruction scolaire ; ceci est particulièrement difficile à accepter pour des éducateurs » (Fijalkow, 1996, p. 17).

Des recherches portant sur les capacités d'enfants de 5 ou 6 ans à composer un texte destiné à un public absent dévoilent de grandes différences entre les enfants selon leur milieu social. Certains ont en effet des difficultés à raconter une histoire de manière décontextualisée comme si certaines informations n'avaient pas besoin d'être communiquées pour être connues de leurs auditeurs (pas d'indication spontanément du cadre spatio-temporel, ni des pronoms utilisés) (Joubaire, 2018, p. 7).

Ces différences précoces semblent indiquer que les très jeunes enfants ne sont pas tous familiarisés aux usages de l'écrit de la même manière, notamment parce qu'ils n'ont pas tous les mêmes expériences langagières dans leur famille. Selon Joigneaux (2013), « ce serait au sein de certaines familles ou communautés « populaires » que les enfants sont le plus souvent cantonnés au rôle d'observateurs des différentes pratiques de l'écrit organisant la vie quotidienne. Dans les milieux « plus favorisés », au contraire, ils sont davantage considérés comme des partenaires à part entière, lors des conversations familiales ou d'activités spécialement conçues pour eux ». En conséquence, suivant leur milieu social d'origine, les enfants sont plus ou moins bien préparés par leur milieu familial à prendre conscience du caractère symbolique et alphabétique de l'écrit (Joubaire, 2018, p. 8).

Doquet (2011) précise concernant cet apprentissage de l'écriture qu'au début de l'apprentissage, les tâches les plus simples (graphies, orthographe) posent problème aux scripteurs et mobilisent leur attention, alors que chez les experts, elles sont automatisées, et leur permettent ainsi de focaliser leur attention sur des tâches plus complexes, de haut niveau.

Au delà de cet apprentissage, selon Goody (1979), parler de l'écriture ou de la lecture, c'est aussi examiner l'impact de l'écrit tant sur le plan individuel qu'au niveau d'une société toute entière.

### 1.3.2. Un rapport au monde modifié

#### 1.3.2.1. Une relation au temps différente

Selon Faure (2011, p. 22), l'écriture n'admet ni les erreurs, ni les hésitations, ni les lapsus qui sont propres à la communication orale, cela suppose donc une relation au temps

différente de celle de l'immédiateté de la communication orale. Par ailleurs, l'écriture demande le respect des normes linguistiques, orthographiques, de spatialisation... supposant une forme d'insertion dans la société (Faure, 2011, p. 22). De ce fait, l'écrit ne modifie pas uniquement le lien au langage, mais aussi la perception du monde. Ainsi, l'inscription du langage dans la culture écrite transforme la conception du temps avec l'utilisation par exemple de calendriers, d'agendas, de cahiers de textes... Alors que les sociétés sans écriture organisent le temps en fonction d'événements récurrents comme par exemple des jours de marché (Faure, 2011, p. 22).

L'écriture occupe aussi des fonctions essentielles pour l'élaboration de la pensée : en décontextualisant la situation de production, elle dissocie le savoir des conditions dans lequel il a été produit, lui donnant alors une valeur plus générale. La communication est ainsi distanciée et moins focalisée sur le vécu : une relation moins personnelle permettant l'accès à l'universel, et de se détacher de l'urgence de la pratique (Lahire, 2008).

D'autres opérations intellectuelles sont permises par l'écrit. Le passage « du domaine auditif au domaine visuel, [...] rend possible d'examiner autrement, de réarranger, de rectifier des phrases et même des mots isolés » (Goody, 1977, p. 145, cité dans Faure, 2011, p. 22). Le retour sur le texte engendre une plus grande attention au sens des mots et du texte, favorisant ainsi une réflexivité développant les possibilités d'interprétation des énoncés et permettant de réordonner l'énoncé et d'observer, de comparer, d'objectiver les particularités du langage adressé, amenant à l'établissement de règles d'utilisation linguistique (Faure, 2011, p. 22).

#### 1.3.2.2. Une symbolisation de l'espace

La spatialisation du langage par l'écrit propose ainsi des possibilités de mise en forme de la pensée. Par exemple, la symbolisation de l'espace par des cartes, ou des croquis ou des plans change la conception que l'individu peut avoir de sa place dans le monde (Faure, 2011, p. 23).

Par ailleurs, Goody suggère qu'à l'écrit, le mot acquiert une autonomie et une importance plus grande qu'à l'oral où il est pris dans un flux de parole alors qu'introduit dans des discours structurés en phrases et en paragraphes, il pousse à percevoir le langage comme un outil d'ordonnement de l'univers. Ainsi, séparé de son référent, il établit avec celui-ci un rapport plus abstrait donnant accès à l'abstraction, c'est-à-dire la décontextualisation des

situations du flux langagier (Reuter, 2006, p. 140, cité dans Faure, 2011, p. 22). Aussi, la stabilité de la signification du mot dans un même texte lui donne une valeur de vérité (Faure, 2011, p. 22).

De plus, cette spatialisation permet de disposer le langage autrement, favorisant la démarche réflexive ; c'est le cas avec des tableaux, des listes, des schémas, des graphiques, autant d'objets symboliques sur lesquels sont effectués des opérations intellectuelles d'analyse par mises en relation, par comparaisons, en organisant le contenu, en le catégorisant... par exemple, les listes permettent de visualiser une organisation du monde selon des principes qu'elles font apparaître (Faure, 2011, p. 22).

Cette mise en espace du langage favorise ainsi davantage son objectivation aidant le travail de réflexion sur des contenus exposés différemment (Faure, 2011, p. 22).

### 1.3.3. Le monde social de l'écrit

#### 1.3.3.1. Une frontière sociale et identitaire

« Apprendre à lire c'est la clé de tous les savoirs, de la formation professionnelle, de la réussite sociale, etc. » (Fijalkow, 1996, p. 23). Pourtant, certains individus peuvent refuser ce « cadeau » et arrivés au « point frontière de l'analphabétisme et de l'alphabétisme », ils seraient pris de panique, auraient peur d'apprendre davantage parce que cela serait « entrer dans une autre culture, dans un autre monde », non pas celui de la connaissance mais celui du monde social. Car en effet, apprendre à lire équivaut alors à franchir une frontière sociale (Fijalkow, 1996, p. 24).

Ce phénomène s'observe aussi chez des enfants placés à l'école et qui se retrouvent dans un univers culturel différent de leur univers habituel. L'enfant peut se sentir en insécurité et peut alors refuser d'apprendre. Certains peuvent aussi ressentir un sentiment de trahison, c'est à dire que leur sensation de différence est telle qu'apprendre reviendrait à trahir leur famille. Les parents, quant à eux, peuvent être partagés entre le désir que leurs enfants apprennent à lire et le souhait qu'ils restent semblables à eux, qu'ils gardent leur identité culturelle, de peur de les perdre (Fijalkow, 1996, p. 25).

De manière générale, plus la culture de l'école est différente de celle que l'enfant connaît à la maison, plus la probabilité de conflit culturel est grande et, par voie de conséquence, plus le risque de voir apparaître des difficultés scolaires est important (Fijalkow, 1996, p. 26).

### 1.3.3.2. Une organisation sociale

L'expansion de la littératie a modifié certains modèles d'organisation sociale. Dans la Grèce antique par exemple, l'accès à l'écrit avec l'insertion des voyelles permettant de clarifier les mots et la présence d'un électorat plus large ayant accès à des modes de pensée critique, a sans doute influencé la mise en place de la démocratie : l'introduction de l'écriture, « en objectivant ce qui était implicite, en faisant passer de la régulation ou de la régularité objective à la règle, on transforme les formes d'exercice du pouvoir » (Lahire, 2008, p. 52).

Cette mutation touche les fondements de la vie collective tels que le droit coutumier ou le droit codifié écrit. La société suit une plus grande rigueur, mais aussi un plus grand détachement, la proximité n'ayant plus de raison d'être. En outre, le rôle des anciens évolue également : ils ne sont plus les gardiens, ni les transmetteurs du savoir puisque le savoir devient transmis par les livres (Faure, 2011, p. 24). L'écrit a aujourd'hui imprégné toutes les couches sociales notamment avec la scolarisation, il est d'ailleurs présent dans l'écrit domestique qui organise le temps, coordonne la vie quotidienne et planifie les situations complexes (Faure, 2011, p. 24).

Ces pratiques transforment, de ce fait, la manière dont les personnes se situent par rapport à l'action, mais aussi dans leur rapport aux autres (Faure, 2011, p. 24). Ainsi, les papiers d'identité sont la trace d'inscriptions dans des registres qui organisent la société : que ce soit pour la filiation, pour un diplôme... De plus, l'emploi de ces papiers nécessite une relative compréhension de l'ordre social et du système dans lequel ils l'inscrivent : système bancaire, système de soins... (Faure, 2011, p. 24).

Ces objets écrits ont pour fonction d'indiquer l'appartenance à une communauté singulière (une association, un syndicat...), voire aussi, à une communauté stigmatisée, et ils agissent alors sur les représentations mentales (Faure, 2011, p. 25).

### 1.3.3.3.Un rapport scriptural/scolaire au langage

L'écriture est ainsi une pratique socialement inscrite dans une société donnée, à une période historiquement située. Selon les travaux de Lahire, l'écriture est constitutive du système scolaire, puisque l'accumulation des connaissances sous la forme écrite s'accompagne forcément d'un système (scolaire) pour transmettre ce « capital culturel », à la différence des savoirs oraux qui peuvent être transmis dans le cadre des pratiques familiales ou communautaires (Joubaire, 2018, p. 6).

Les savoirs de l'école ont donc subi une codification par l'écriture, et ont été « objectivés, délimités, codifiés concernant aussi bien ce qui est enseigné que la manière de l'enseigner » (Joubaire, 2018, p. 6). L'école doit faire apprendre aux élèves des savoirs codifiés par l'écriture et ce travail est difficile car il suppose de comprendre que l'écriture introduit une mise à distance de l'expérience, et un retour réflexif de cette expérience par le langage. C'est cette relation entre l'école et le langage que Lahire appelle le « rapport scriptural/scolaire au langage » (Joubaire, 2018, p. 6). Ainsi, savoir raconter une histoire, en utilisant un style indirect ou des points de vue différents selon les acteurs, suppose de rompre avec les habitudes des échanges oraux où il est possible de mimer ou de rejouer une scène (Joubaire, 2018, p. 6).

Par ailleurs, la façon dont les enfants conceptualisent l'écrit dépend aussi des pratiques sociales auxquelles ils sont confrontés : « comme, contrairement à ce qui vaut pour le langage oral, aucune détermination biologique ne prédispose les enfants à acquérir l'écrit, les apprentissages s'effectuent en fonction des incitations, des sollicitations et de la fréquence de confrontation à des situations impliquant la perception et/ou l'utilisation d'écrits divers. Les différences socioculturelles sont donc très précoces et très accusées » (Fayol, 2013, cité dans Joubaire, 2018, p. 7).

### 1.3.3.4.La Raison graphique

Selon Goody, l'écriture transforme nettement et de plusieurs manière la nature même de la pratique du langage (Goody et al., 1979, p. 143). Son travail suggère que l'écriture modifie non seulement les modalités mais aussi les capacités de remémoration (Goody et al., 1979, p. 195). Il souligne que l'alphabet, permet une forme de classification très efficace et que de la même façon la liste, en rendant les classes plus visibles et plus strictement définies, permet aux

personnes de manipuler plus facilement l'information notamment en permettant de l'ordonner hiérarchiquement ce qui est décisif dans le processus de mémorisation (Goody et al., 1979, p. 196).

Même si Vygotsky a abordé les conditions historiques qui déterminent la conscience et l'intellect, il est possible de ne pas accepter une « détermination » et de regarder le rôle des changements dans les moyens et les modes de communication dont le langage fait parti (Goody et al., 1979). Plutôt que d'opposer oralité et écriture, Goody souligne qu'elles sont les pôles d'un « changement survenu dans les modes de communication » (Goody et al., 1979, p. 266). Pour lui l'écriture favorise des formes spéciales d'activité linguistique et développe certaines façons de poser et de résoudre des problèmes telles les listes, les formules et les tableaux, qui furent, selon lui, des instruments de domestication d'une « pensée sauvage » (Goody et al., 1979, p. 267).

#### 1.3.4. Processus cognitifs

##### 1.3.4.1. La stabilité de l'écrit

La stabilité de l'écrit détache les individus des éléments à conserver, ne les obligeant plus à les mémoriser. Ils sont ainsi moins intériorisés et subissent donc moins de modifications ; ils peuvent alors être objectivés. C'est par ces possibilités de symbolisation, que la pensée scientifique, juridique ou philosophique a pu se concevoir. Cet accès à l'écrit est un moyen individuel et social de réflexion sur son propre langage et sur celui d'autrui, et sur l'organisation du monde par la verbalisation et la mise à distance possible des objets de parole (Faure, 2011, p. 23).

Pourtant, [...] le langage écrit contraint l'enfant [...] à prendre conscience du processus même de la parole. [...] Dans le langage écrit [...] il doit prendre conscience de la structure phonique du mot, décomposer celui-ci et le reconstituer volontairement en signes graphiques ». [...] Il construit volontairement les phrases [...]. Enfin, le système sémantique du langage écrit exige autant que la syntaxe et la phonétique un travail volontaire sur les significations des mots et leur disposition dans un certain ordre de succession (Vygotski, 1985, p. 261, cité dans Bernardin, 2011, p. 31).



#### 1.3.4.2.L'absence des signes, langagiers, gestuels, contextuels de la communication orale

L'utilisation de l'écrit fait passer le langage, du rapport d'immédiateté et de proximité lié à la communication orale interactive, à son usage différé (Faure, 2011, p. 19). L'interaction orale suppose effectivement un face-à-face basé sur une multiplicité de signes langagiers, gestuels, contextuels, qui permettent d'interpréter un message en situation d'intersubjectivité (Faure, 2011, p. 19). Ces signes non verbaux aident ainsi à l'intelligibilité de la situation et facilitent la collaboration entre les personnes présentes dans la situation d'échange. Lors d'une interaction orale, les personnes en présence partagent le même contexte de référence et le sens des mots se trouve alors validé par d'autres signes (prosodie, gestes...) (Faure, 2011, p. 20).

La communication orale engage les personnes sur plusieurs plans en même temps, tant sur le plan des affects que sur celui de l'intellect, nécessitant des connaissances du monde, des usages, de la langue et de la gestuelle liée à la société et sa culture qui l'organise. Dans une société sans écriture, sans supports extérieurs de la pensée, les apprentissages se basent sur la mémoire et sont souvent limités à l'environnement proche, ce qui restreint le vocabulaire, même s'il peut être très étendu dans un domaine comme chez les Inuits pour désigner les différents états de la neige (Faure, 2011, p. 21).

À l'inverse, la communication écrite établit une situation différente imposant des démarches intellectuelles particulières en l'absence de signes non verbaux devant être remplacés. Le langage écrit doit alors étayer seul tous les éléments signifiants (Faure, 2011, p. 21). Ainsi, la symbolisation liée à l'écrit, à travers les transformations syntaxiques et l'utilisation de marques morphologiques, contraint à une réflexion linguistique et langagière puisque le scripteur doit penser à l'ensemble de son discours (c'est à dire aux destinataires, aux domaines de connaissance, aux buts de la communication, aux situations...) mais aussi aux marques de surface (comme l'orthographe), et le lecteur doit quant à lui tenir compte des données de la situation de production et des formes de discours choisies (Faure, 2011, p. 21). Le lecteur est alors obligé d'identifier le but de l'écrit et de se détacher des formes de ce qui est écrit pour en vérifier la pertinence. C'est ce que Faure nomme la littératie, « une forme de pensée, de langue et de langage nécessaire aux apprentissages scolaires et au delà à l'intégration sociale » (Bautier, 2009, p. 12).

#### 1.3.4.3.Élaboration de la pensée

L'écrit n'est en effet pas seulement un code selon Etienne (2011, p. 6), il convoque fortement ses « usagers » et construit un univers. Les effets de l'écrit sont envisagés en tant que « technologie de l'intellect » par Goody. Ils permettent le développement de processus cognitifs particuliers, susceptibles de structurer un rapport au monde marqué par une pensée plus critique et plus portée vers la décontextualisation, ce qui n'est pas sans conséquences sociales pour ceux qui s'inscrivent plus difficilement dans l'ordre du scriptural (Etienne, 2011, p. 6).

De plus, la production écrite est plus lente que la production orale (environ 5 à 8 fois plus lente), et elle est particulièrement coûteuse en attention. En outre, la production écrite possède ses propres marques qui sont absentes de la production orale, à savoir : la ponctuation ou des caractéristiques présentes à l'oral mais plus utilisées à l'écrit comme l'usage du passé simple (Fayol, 2013, cité dans Joubaire, 2018, p. 2).

Les recherches en linguistique montrent que la production d'un texte n'est pas une mise en forme de la pensée, mais le lieu même de l'élaboration de la pensée (Joubaire, 2018, p. 4).

#### 1.3.4.4.Mémoire

Pour la psychologie cognitive, la production écrite de textes consiste à transformer des informations référentielles en une trace linguistique linéaire, respectant une visée communicative. Les traitements assurés par chacun des processus sont plus ou moins automatisables et plus ou moins automatisés selon le niveau d'expertise du rédacteur. Ils ont un coût attentionnel variable et leur mise en œuvre suppose de choisir la stratégie la plus efficace au regard des capacités cognitives du rédacteur et des exigences de la tâche (Alamargot et al., 2005, p. 4). Devant la quantité des connaissances et des traitements qui doivent être articulés lors de la rédaction, la mémoire à long terme (MLT), celle qui stocke les connaissances mobilisées, et la mémoire de travail (MDT), celle où se font les traitements, sont l'une et l'autre fortement sollicitées (Alamargot et al., 2005, p. 4).

La mémoire à long terme (MLT) est séparée en deux registres, entre les connaissances déclaratives (les savoirs) et les connaissances procédurales (les savoir-faire) permet de

représenter les connaissances mobilisées dans une activité donnée (les savoirs) et les processus (les savoir-faire) (Alamargot et al., 2005, p. 4).

Il existe trois domaines de connaissances déclaratives lors de la production de textes : les connaissances auquel renvoie le contenu du texte (connaissances référentielles), les connaissances rhétoriques et pragmatiques (permettant au rédacteur d'avoir une représentation des caractéristiques d'un lecteur potentiel et de réaliser le texte en ayant une visée communicative), et les connaissances linguistiques (inhérentes au fonctionnement de la langue orale et écrite comme le lexique, l'orthographe, la grammaire...) (Alamargot et al., 2005, p. 4). Selon le degré d'expertise du rédacteur dans un domaine donné, les connaissances en MLT peuvent être plus ou moins riches et plus ou moins accessibles : chez l'adulte et chez l'enfant cette expertise entraîne une facilitation des traitements rédactionnels. Les personnes expertes du domaine produisent des textes plus longs, avec plus d'idées articulées par des relations plus complexes et variées (Alamargot et al., 2005, p. 4).

Cet effet facilitateur est lié à la présence, chez l'expert, de la Mémoire de Travail à Long terme (MDT-LT) qui est propre à l'expert et qui permet le stockage et la récupération stratégiques de d'un ensemble de connaissances, sans que cela soit spécialement coûteux pour le système cognitif. Cela permet alors au rédacteur de disposer de plus de ressources cognitives pour d'autres traitements (cohérence, mise en texte...) (Alamargot et al., 2005, p. 5).

Les connaissances orthographiques sont stockées en MLT dans une structure spécialisée : le lexique orthographique. Il renferme l'ensemble des mots dont l'orthographe est connue et il se constitue progressivement principalement durant la scolarité (Alamargot et al., 2005, p. 6). Les travaux suggèrent que l'organisation de ce lexique se fait autour du morphème, c'est à dire que les mots ne sont ainsi pas inscrits en entier. La racine, les préfixes et les suffixes sont assemblées lors de la production. Ce stockage est économique car une seule racine produit plusieurs mots (Alamargot et al., 2005, p. 6).

La mémoire déclarative stocke les connaissances mobilisées. La mémoire procédurale stocke les processus et opérations de traitement qui s'appliquent sur les connaissances déclaratives. Les processus rédactionnels peuvent ainsi être vus comme des connaissances procédurales et par conséquent, leur fonctionnement peut être automatisé avec la pratique (Alamargot et al., 2005, p. 7). Trois processus sont distingués. Le processus de planification

mobilise les connaissances du domaine et les connaissances pragmatiques. Le processus de formulation élabore le message linguistique. Le processus de révision évalue le texte en cours d'élaboration, à tout moment et à plusieurs reprises, dans le but de l'améliorer si des problèmes sont repérés (Alamargot et al., 2005, p. 8). Le processus d'exécution assure la réalisation physique de la trace. Une analyse permet l'agencement de l'écriture dans l'espace graphique en positionnant le texte sur la page, les mots sur les lignes, et les lettres dans les mots (Alamargot et al., 2005, p. 9).

Ces quatre processus rédactionnels ne font pas l'objet du même degré d'automatisation : les processus de planification et de révision réclament une part importante de traitements conscients et contrôlés. Le processus d'exécution graphomotrice est le plus favorable à l'automatisation (Alamargot et al., 2005, p. 9).

Les relations entre la MLT et la production écrite sont nombreuses et se retrouvent à différents niveaux allant de la récupération des connaissances référentielles à celle des plans moteurs. Aussi, contrairement à la MLT, la MDT représente une contrainte pour le rédacteur car la capacité restreinte de la MDT oblige à segmenter les traitements et à mettre en œuvre des stratégies pour contourner cette limitation (Alamargot et al., 2005, p. 10).

Il existe deux modèles de MDT : le modèle modulaire de Baddeley et le modèle capacitaire de Just et Carpenter. Ces deux modèles ne sont pas forcément antagonistes, cependant ils ont une approche différente des aspects du fonctionnement et de l'apprentissage de la production de textes.

Le modèle de Baddeley sert de référence pour décrire le fonctionnement des traitements selon qu'ils impliquent des représentations phonologiques et/ou visuo-spatiales. Dans ce modèle, l'apprentissage passe par deux étapes principales : l'une phonologique, l'autre orthographique. Lors de la première phase, l'analyse phonologique prédomine car les acquisitions du lexique orthographique se font principalement par le traitement phonologique des mots inconnus, ce qui nécessite une implication importante des ressources de la MDT (Alamargot et al., 2005, p. 11). Lors de la seconde phase, la médiation phonologique est abandonnée pour traiter directement l'information orthographique et les ressources visuo-spatiales de la MDT sont davantage mobilisées (Alamargot et al., 2005, p. 12).

Ainsi ce modèle de MDT élaboré par Baddeley est pertinent pour analyser le fonctionnement des processus rédactionnels car il met en relation les traitements et les représentations mentales

(phonologiques et/ou visuo-spatiales) sur lesquelles s'appuient ces traitements. (Alamargot et al., 2005, p. 13).

L'approche capacitaire<sup>40</sup> de la MDT contrairement au modèle de Baddeley s'intéresse au coût de la mise en œuvre des traitements et à la répartition des ressources cognitives entre ces traitements. Cette théorie postule que les ressources cognitives sont partagées entre différents processus langagiers et que le coût d'un processus est fonction de son degré d'automatisation (Alamargot et al., 2005, p. 14). Ainsi, si les processus de plus bas niveaux (tels que l'exécution grapho-motrice, la récupération lexicale...) ne sont pas assez automatisés, les processus contrôlés de plus hauts niveaux peuvent ne pas être convenablement mis en œuvre par manque de ressources (notion de surcharge mentale) (Alamargot, et al., 2005, p. 14).

Des études sont menées pour expliquer le rôle de la MDT dans le développement des habiletés de l'écrit (Alamargot et al., 2005, p. 15).

### 1.3.5. L'écrit source d'activité culturelle

#### 1.3.5.1.Des valeurs communes

L'écrit se révèle source de connaissances mais aussi d'émotions artistiques, de réflexions philosophiques individuelles ou partagées. C'est par le Livre que de grandes religions se sont créées (Faure, 2011, p. 25). De plus, c'est par la littérature en tant qu'art de l'écrit que se transmettent les valeurs communes et la culture entendue comme « un ensemble commun de schèmes fondamentaux, de trésors d'admiration, de modèles à partir desquels s'articule, selon un art de l'invention analogue à celui de l'écriture musicale, une infinité de schémas particuliers, directement appliqués à des situations particulières (Bourdieu, 1977, cité par Baudelot, Cartier & Detrez, 1999, p.14-15, cité par Faure, 2011, p. 25). Ainsi, ces schémas diffusent les valeurs et coutumes communes à une société (Faure, 2011, p. 25).

De ce fait, les éléments de la vie sociale, juridique, culturelle ou religieuse appartiennent au monde de l'écrit, tout comme les repères spatiotemporels. Il existe alors une obligation

---

<sup>40</sup> Cette théorie de la Capacité est développée par Just et Carpenter (Alamargot, Lambert, & Chanquoy, 2005, p. 13).

sociale d'entrer en littératie. C'est pourquoi selon Faure (2011, p. 25) dans cet espace collectif où l'individu s'inscrit en citoyen, se pose le rapport à l'écrit et la responsabilité des diverses institutions d'y mener les individus en devenir que sont les enfants et les adolescents (Faure, 2011, p. 25).

La maîtrise de l'écrit suppose une aisance pour recevoir, interpréter et produire les textes qui sont toujours des objets de sens.

#### 1.3.5.2. Le français langue seconde

De nombreux travaux portant sur les élèves allophones nouvellement arrivés (EANA) portent sur l'inclusion scolaire et ses composantes liées aux représentations de l'altérité, entre autres linguistiques (Ravez, 2019, p. 9).

Deux dispositifs institutionnels existent, l'un qui assigne l'autre à la différence linguistique et culturelle et une catégorisation du français comme français langue étrangère (FLE), et l'autre qui vise une inscription en classe ordinaire accompagnée d'une prise en charge en unités pédagogiques pour élèves allophones arrivants (UPE2A)<sup>41</sup>, dans une « représentation de l'altérité qui n'assigne pas l'élève à son altérité sans pour autant être indifférent à la singularité », et ce, avec un enseignement de type français langue seconde (FLS) (Ravez, 2019, p. 9). Toutefois, l'ensemble est plus complexe ; il est fonction de leur parcours et de leur formation, des pratiques des enseignants, des conflits de loyauté, de processus d'appropriation des langues, de rencontre interculturelle et d'inclusion scolaire selon Goï (2015).

### 1.4. Illettrisme

L'Agence Nationale de Lutte Contre l'Illettrisme (ANLCI)<sup>42</sup> propose des définitions pour distinguer l'analphabétisme, l'illettrisme et l'apprentissage du français car la prise en compte de leurs caractéristiques ne génère pas les mêmes réponses. Ce sont trois problèmes distincts.

#### 1.4.1. Distinction entre l'analphabétisme, l'illettrisme et l'apprentissage du français selon l'ANLCI

---

<sup>41</sup> UPE2A : unités pédagogiques pour élèves allophones arrivants.

<sup>42</sup> [www.anlci.gouv.fr](http://www.anlci.gouv.fr)

Il est question d'analphabétisme pour parler des personnes qui n'ont jamais été scolarisées. Il s'agit pour elles de tout apprendre, d'entrer dans un premier niveau d'apprentissage : en situation d'alphabétisation.

L'illettrisme<sup>43</sup> concerne les adultes qui ont été scolarisés mais qui n'ont pas acquis une maîtrise suffisante de la lecture, de l'écriture, du calcul, et des compétences de base, pour être autonomes dans les situations simples de la vie courante ; elles doivent alors réapprendre, renouer avec les formations de base pour acquérir et consolider ses compétences de base (Agence Nationale de Lutte Contre l'Illettrisme - ANLCI)<sup>44</sup>.

L'apprentissage du français concerne les nouveaux arrivants en France qui doivent apprendre le français. Ils apprennent une nouvelle langue, appelée Français Langue Etrangère (FLE). Cela s'inscrit dans le cadre de la politique linguistique en faveur des migrants.

#### 1.4.2. Caractéristiques de l'illettrisme en France

##### 1.4.2.1.Évolution de l'illettrisme chez les personnes âgées de 18 à 65 ans

L'Agence Nationale de Lutte Contre l'Illettrisme (ANLCI) suit depuis 2004, l'évolution de l'illettrisme chez les personnes âgées de 18 à 65 ans, en France, à partir de l'enquête Information et Vie Quotidienne (IVQ).<sup>45</sup> Cette enquête repose sur des épreuves passées au domicile des personnes qui évaluent leurs compétences en lecture, écriture, et calcul, en s'appuyant sur des situations rencontrées dans la vie de tous les jours (comme lire un programme de télévision, comprendre un bulletin météo, écrire une liste de courses...).

---

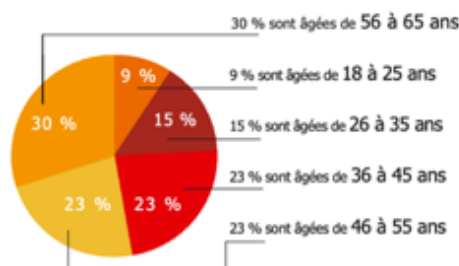
<sup>43</sup> Le mot illettrisme est un néologisme créé en 1981 par ATD Quart Monde pour parler des personnes ayant une connaissance insuffisante de l'écrit, bien qu'ayant été scolarisées. Auparavant, la définition de l'UNESCO de l'analphabétisme ne permettait pas de faire cette distinction. Ainsi la France a choisi ce terme d'illettrisme pour qualifier cette situation, qui touche tous les âges de la vie, et la distinguer de celle de personnes qui ne sont jamais allées à l'école.

<sup>44</sup> [www.anlci.gouv.fr](http://www.anlci.gouv.fr)

<sup>45</sup> L'enquête Information et Vie Quotidienne a été réalisée la première fois en 2004-2005 (IVQ 2004) par l'INSEE en partenariat avec l'Agence Nationale de Lutte Contre l'Illettrisme. L'enquête a été reconduite en 2011-2012 (IVQ 2011) en France métropolitaine avec cinq extensions régionales en Métropole et deux en Outremer. Cette nouvelle enquête porte sur un échantillon de 13 750 personnes, âgées de 16 à 65 ans vivant en France métropolitaine. L'enquête a été menée auprès des ménages, ce qui exclut les personnes qui vivent en foyers ou en prisons.

En 2011, 18% des personnes ont d'importantes difficultés dans au moins un des quatre domaines évalués que sont la lecture, la compréhension, l'écriture, le calcul.

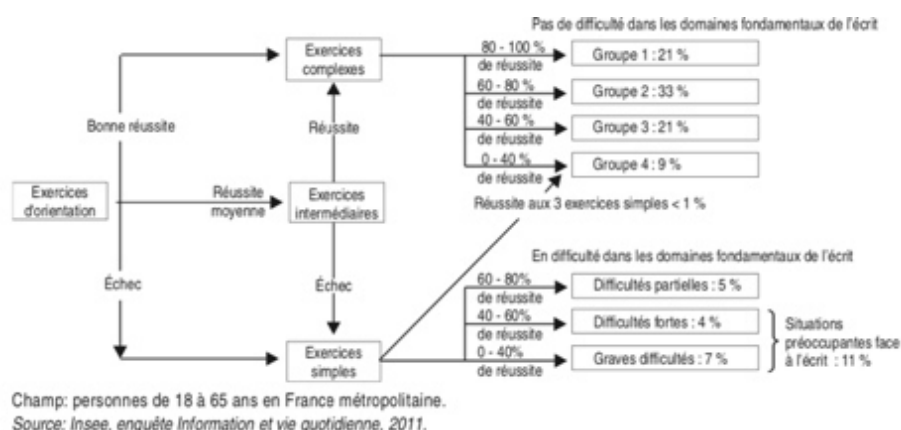
Le taux d'illettrisme est moins élevé qu'en 2004 (7% en 2011, contre 9% en 2004), mais cela concerne 2 500 000 personnes de 18 à 65 ans scolarisées en France<sup>46</sup> (cf. figure 10). Les personnes ne maîtrisant pas les compétences en calcul représentent 15% des personnes âgées de 18 à 65 ans scolarisées en France.



**Figure 10.** Graphique représentant l'illettrisme selon les tranches d'âges en France (ANLCI, 2018).

#### 1.4.2.2. Les profils face à l'écrit

Les situations inquiétantes face à l'écrit concernent trois profils de personnes selon leurs scores en lecture de mots, en production de mots et en compréhension (cf. figure 11 et tableau 1) (Insee première, 2012)<sup>47</sup>.



**Figure 11.** Représentation des compétences face à l'écrit (Insee, 2012).

<sup>46</sup> Ces chiffres sont disponible sur le site de l'ANLCI : <http://www.anlci.gouv.fr/Illettrisme/Les-chiffres/Niveau-national>

<sup>47</sup> Insee première N° 1426 - décembre 2012 : [www.insee.fr](http://www.insee.fr)



Le premier profil concerne les personnes qui n'ont pas pu passer les épreuves à cause d'une maîtrise insuffisante de la lecture ou du français (c'est à dire 1% des 18-65 ans). Le deuxième profil est celui des personnes qui ont des difficultés graves avec moins de 40% de bonnes réponses dans au moins un des trois domaines de l'écrit (c'est à dire 6% des 18-65 ans). Le troisième type de profil est celui des personnes qui ont des difficultés importantes avec 40% à 60% de bonnes réponses dans au moins un de ces domaines (c'est à dire 4% des 18-65 ans) (Insee première, 2012).

**Tableau 1.** *Les performances en lecture, production de mots et compréhension d'un texte simple (Insee, 2012).*

	en %			
	Lecture de mots	Production de mots écrits	Compréhension de texte simple	Difficultés dans au moins un des trois domaines fondamentaux de l'écrit
Personnes n'ayant pu passer les exercices	1	1	1	1
Graves difficultés, moins de 40 % de réussite	1	3	4	6
Difficultés fortes, 40 à moins de 60 % de réussite	1	3	4	4
Difficultés partielles, 60 à moins de 80 % de réussite	2	4	6	5
Pas ou peu de difficultés, au moins 80 % de réussite	11	5	1	0
Aucune difficulté dans les trois domaines fondamentaux	84	84	84	84
<b>Ensemble</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Champ : personnes de 18 à 65 ans en France métropolitaine.

Lecture : 1 % des enquêtés ont réussi moins de 40 % des questions en lecture de mots, 3 % en production de mots et 4 % en compréhension. Au total, 6 % des enquêtés ont obtenu moins de 40 % de bonnes réponses dans au moins un de ces trois domaines.

Source : Insee, enquête Information et vie quotidienne, 2011.

Ces situations préoccupantes concernent ainsi 11% des 18-65 ans. D'autre part, 5% de la population, ayant entre 60% et 80% de bonnes réponses, ont des difficultés moins sévères, souvent limitées à un seul des trois domaines. La part des personnes ayant des résultats médiocres en calcul et en compréhension orale (c'est à dire moins de 60% de réussite) est relativement la même (16% et 15%) (cf. tableau 2) (Insee première, 2012).

**Tableau 2.** *Les performances en calcul et compréhension orale (Insee, 2012).*

Proportion de questions réussies	Calcul			Compréhension orale		
	Ensemble	Difficultés au moins partielles à l'écrit	Performances médiocres en compréhension orale	Ensemble	Difficultés au moins partielles à l'écrit	Performances médiocres en calcul
Performances médiocres	16	47	41	15	44	37
dont moins de 40 % de réussite	9	31	26	4	18	13
dont 40 à moins de 60 % de réussite	7	16	15	11	26	24
60 à moins de 80 % de réussite	54	47	49	30	35	31
Au moins 80 % de réussite	30	6	10	55	21	32
<b>Ensemble</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Champ : personnes de 18 à 65 ans, hors celles maîtrisant trop mal le français ou la lecture pour passer les exercices (1 % des enquêtés) en France métropolitaine.

Lecture : 16 % des 18-65 ans ont des performances médiocres en calcul. 47 % des personnes en difficulté à l'écrit ont des performances médiocres en calcul (moins de 60 % de réussite).

Source : Insee, enquête Information et vie quotidienne, 2011.

Par ailleurs, les mauvaises performances ont tendance à se cumuler : une personne sur deux en difficulté à l'écrit, l'est également en compréhension orale ou en calcul (cf. tableau 3). Cependant, ce cumul n'est pas systématique puisque 21% des personnes en difficulté à l'écrit ont notamment d'excellents résultats en compréhension orale (Insee première, 2012).

**Tableau 3.** Difficultés à l'écrit, en calcul et en compréhension orale selon les caractéristiques individuelles (Insee, 2012).

	En difficulté à l'écrit	dont difficultés graves ou fortes	Performances médiocres en calcul	Performances médiocres en compréhension orale
en %				
<b>Sexe</b>				
Hommes	17	13	13	15
Femmes	15	10	19	15
<b>Âge</b>				
18 - 29 ans	10	7	11	11
30 - 39 ans	14	10	11	13
40 - 49 ans	16	11	18	14
50 - 59 ans	21	15	22	17
60 - 65 ans	24	18	22	24
<b>Pays de scolarisation</b>				
Scolarisés hors de France dans une autre langue que le français	61	55	39	45
Scolarisés hors de France en français	31	25	21	24
Scolarisés en France	12	7	14	13
<b>Ensemble</b>	<b>16</b>	<b>11</b>	<b>16</b>	<b>15</b>

Champ: personnes de 18 à 65 ans en France métropolitaine.

Lecture : 61 % des personnes scolarisées hors de France dans une autre langue que le français ont des difficultés dans au moins un des trois domaines fondamentaux de l'écrit ; 45 % ont des performances médiocres en compréhension orale.

Source: Insee, enquête Information et vie quotidienne, 2011.

#### 1.4.2.3. Les distinctions entre les femmes et les hommes.

L'écart entre hommes et femmes est marqué sauf pour le domaine de la compréhension orale (cf. tableaux 4 et 5). En effet, environ 20% des femmes ont des résultats médiocres en calcul contre 14% des hommes, et seulement 24% d'entre elles ont d'excellentes performances dans ce domaine.

Ainsi, 7% de personnes ayant des difficultés importantes à l'écrit sont en situation d'illettrisme, ce qui représente 2,5 millions de personnes de 18 à 65 ans (Insee première, 2012).

**Tableau 4. Résultats en calcul et en compréhension orale selon le sexe (ANLCI, 2018).**

en %

Proportion de questions réussies	Calcul		Compréhension orale	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Moins de 40 %	9	10	4	4
De 40 à moins de 60 %	5	9	11	11
De 60 à moins de 80 %	51	57	29	31
Au moins 80 %	35	24	56	54
<b>Ensemble</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Champ : personnes de 18 à 65 ans, hors celles maîtrisant trop mal le français ou la lecture pour passer les exercices (1 % des enquêtés) en France métropolitaine.

Lecture : 56 % des hommes de 18 à 65 ans ont réussi au moins 80 % des exercices de compréhension orale, contre 54 % des femmes.

Source : Insee, enquête Information et vie quotidienne, 2011.

**Tableau 5. Résultats détaillés à l'écrit des personnes en difficulté selon le sexe (Insee, 2012).**

en %

Proportion de questions réussies	Lecture de mots		Production de mots écrits		Compréhension de texte simple	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Moins de 40 %	9	7	25	20	30	28
De 40 à moins de 60 %	5	4	26	21	27	24
De 60 à moins de 80 %	10	14	25	25	39	45
Au moins 80 %	76	75	24	34	4	3
<b>Ensemble</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Champ : personnes de 18 à 65 ans ayant des difficultés dans au moins un des domaines fondamentaux de l'écrit, hors celles maîtrisant trop mal le français ou la lecture pour passer les exercices (1 % des enquêtés) en France métropolitaine.

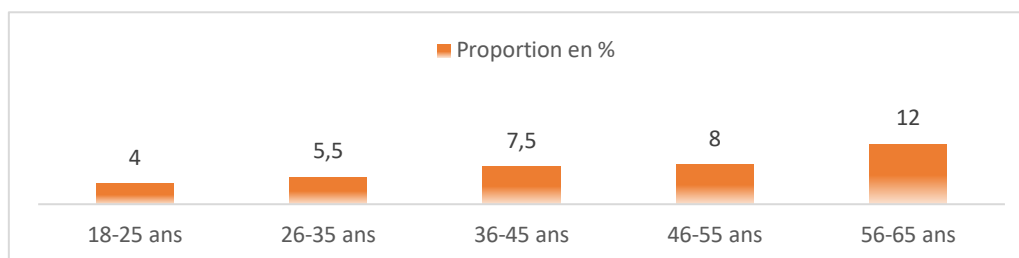
Lecture : 9 % des hommes ayant des difficultés dans au moins un des trois domaines fondamentaux de l'écrit ont réussi moins de 40 % des questions portant sur l'identification de mots.

Source : Insee, enquête Information et vie quotidienne, 2011.

#### 1.4.2.4. Les difficultés et l'avancée en âge

Que ce soit à l'écrit, en calcul et en compréhension orale, les plus jeunes ont généralement moins de difficultés que les plus âgés. En 2011, en compréhension orale, 11% seulement des moins de 30 ans ont réussi moins de 60% des exercices contre 17% des 50-59 ans et 24% des 60-65 ans. Les plus jeunes ont aussi de meilleures performances à l'écrit : la proportion des personnes sans difficulté va de 76% pour les 60-65 ans à 89 % pour les moins de 30 ans (Insee première, 2012).

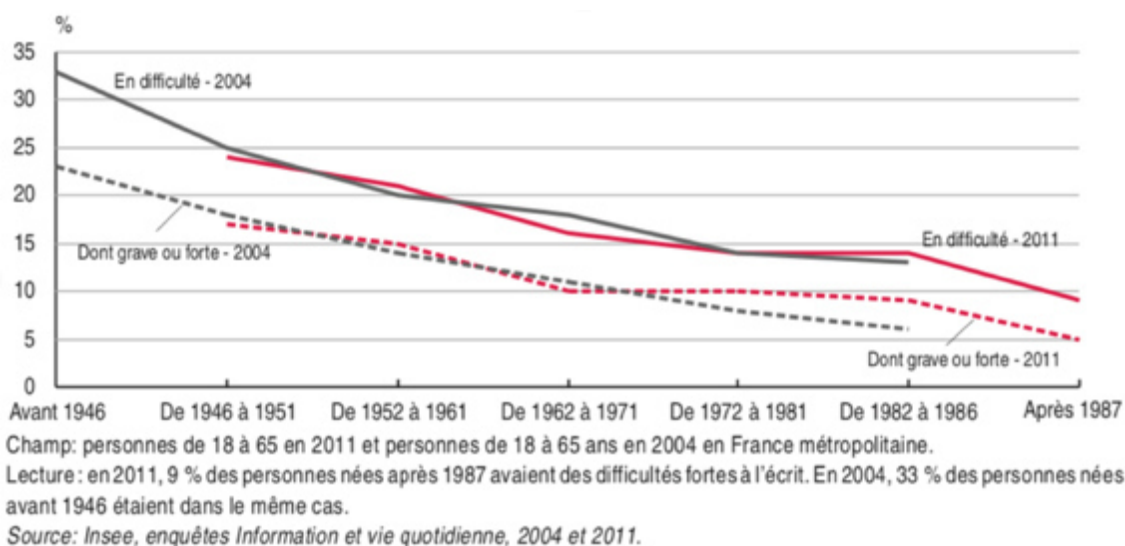
De la même façon, les résultats aux évaluations en lecture de la journée Défense et Citoyenneté (JDC) pour les plus jeunes indiquent que 4,8% des jeunes Français ayant au moins 17 ans ont des difficultés sévères en lecture. Ce résultat se rapproche de celui mesuré par l'enquête IVQ (Insee première, 2012). L'Agence Nationale de Lutte Contre l'Illettrisme (ANLCI, 2018), insiste sur le fait que plus de la moitié des personnes en situation d'illettrisme ont plus de 45 ans, et que cette proportion est plus forte pour les groupes d'âges les plus élevés (cf. figure 12).



**Figure 12.** Proportion d'illettrisme selon les groupes d'âges à partir des données extraites de l'ANLCI (2018).

#### 1.4.2.5.L'effet « génération » des compétences à l'écrit.

Concernant les compétences à l'écrit, les différences selon l'âge sont moins notables en 2011 qu'en 2004 (cf. figure 13). Cette diminution relève principalement d'un effet de génération. Pour les personnes nées entre 1946 et 1986, la proportion des personnes en difficulté face à l'écrit reste stable (Insee première, 2012).



**Figure 13.** Graphique représentant la proportion de personnes en difficulté à l'écrit selon l'intensité de celle-ci et l'âge (Insee, 2012).

Cette amélioration des résultats est due, d'abord, à l'exclusion dans l'enquête de 2011, de la génération née avant 1946 qui présentait un taux élevé de personnes en difficulté, puis ensuite à la prise en compte de jeunes nés après 1986, pour lesquels ce taux est plus faible (Insee première, 2012).

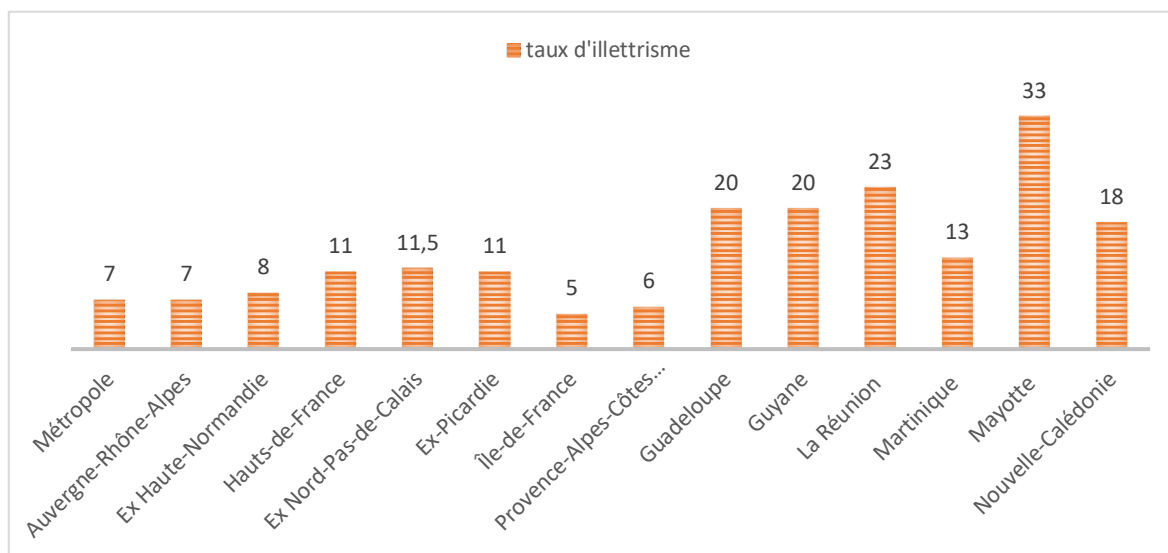
Cet effet de génération fait ainsi apparaître le développement de l'accès à l'enseignement secondaire puisque cet accès était très faible pour ceux nés avant-guerre, et il ne s'est généralisé que dans les années 1960 (Insee première, 2012). De plus, parmi les personnes en difficulté à l'écrit nées entre 1982 et 1986, la proportion de celles en grande difficulté est plus importante en 2011 qu'en 2004. Cette progression illustre ainsi que les premières années suivant la sortie du système scolaire sont celles où les personnes les plus fragilisées devant l'écrit ont plus de risque de perdre les bases qu'elles ont pu acquérir en lecture et en écriture par manque de pratique et de sollicitation (Insee première, 2012).

#### 1.4.2.6. Ajout d'un effet « calculette »

La dynamique est différente pour ce qui concerne les compétences en calcul. En 2011, la proportion des personnes réussissant plus de 80% des exercices a diminué passant de 32% à 30% chez les 18-65 ans. Cette diminution des résultats en calcul est l'effet de l'éloignement progressif du système scolaire et du vieillissement mais aussi du recul plus structurel des performances en calcul de la majorité des classes d'âges, et plus particulièrement des plus jeunes. Par ailleurs, l'usage plus répandu d'outils micro-informatiques dans la vie quotidienne (ordinateur, calculatrice, smartphone...) affaiblit probablement l'intérêt des plus jeunes envers la maîtrise des règles de calcul (Insee première, 2012).

#### 1.4.2.7. Illettrisme selon les territoires

La moitié des personnes en situation d'illettrisme vivent dans des zones rurales ou des zones peu peuplées, et 10% vivent dans les Zones Urbaines Sensibles (ZUS) (Insee première, 2012). L'ANLCI (2018), souligne les différences de ces taux d'illettrisme parmi la population des 18-65 ans ayant été scolarisés, selon les territoires (cf. figure 14).



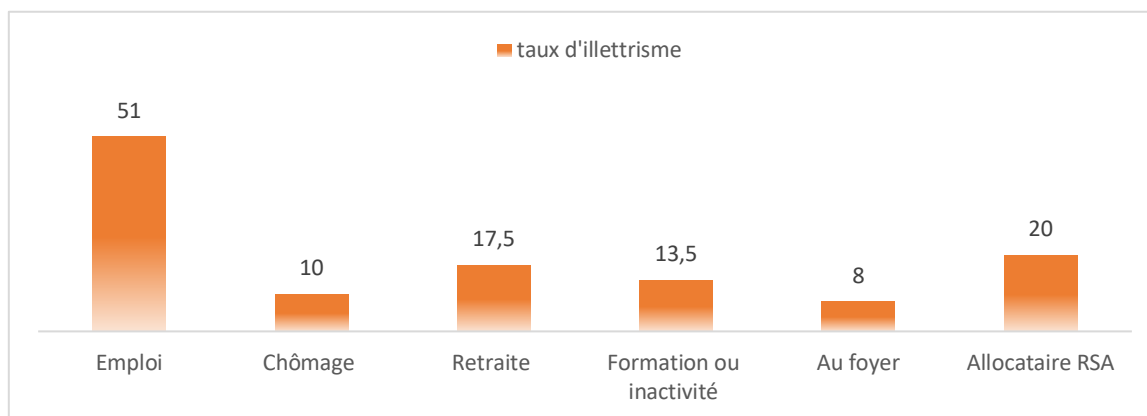
**Figure 14.** Proportion de l'illettrisme selon les territoires à partir des données extraites de l'ANLCI (2018).

Par ailleurs, le Vice-rectorat de la Polynésie française indique que les données recueillies par la Direction du Service National chaque année lors de la journée défense et citoyenneté (JDC), montrent la répartition des jeunes en situation d'illettrisme :

- En 2011 : Mayotte 70%, Guyane 50%, Polynésie française 40,65%, Guadeloupe 34,4%, Martinique 30,5%, La Réunion 28,7%, National 10,4% ;
- En 2012 : Mayotte 74,9%, Guyane 48,4%, Polynésie française 38,19%, Guadeloupe 33,1%, Martinique 30,4%, La Réunion 27,6%, National 9,9% ;
- En 2013, 38% des jeunes polynésien qui se sont présentés à la JDC ont été évalués en situation d'illettrisme. 52% d'entre eux avaient déjà décroché du système éducatif sans diplôme.

#### 1.4.2.8. Illettrisme et emploi

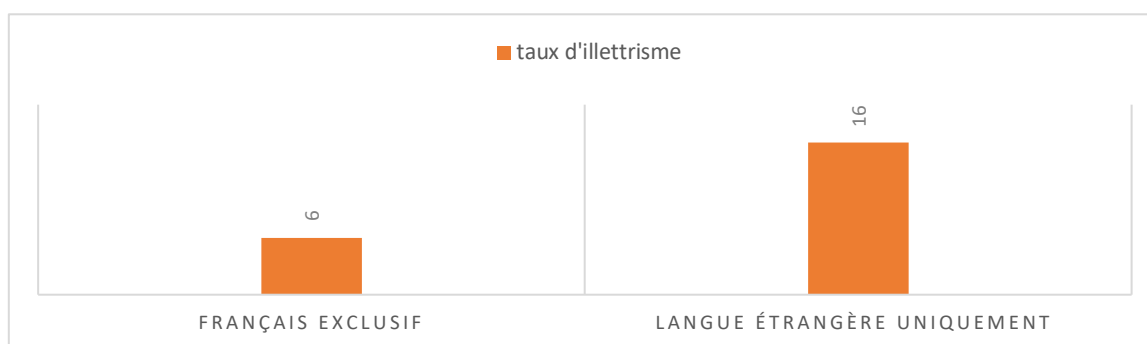
Plus de la moitié des personnes en situation d'illettrisme exercent une activité professionnelle (cf. figure 15). En effet, cette situation d'illettrisme touche aussi le monde du travail et de l'entreprise (Insee première, 2012). Par ailleurs, 6% de ceux qui sont en emploi et 10% des demandeurs d'emploi sont confrontés à l'illettrisme (ANLCI, 2018).



**Figure 15.** Proportion de l'illettrisme en fonction de l'emploi à partir des données extraites de l'ANLCI (2018).

#### 1.4.2.9. Illettrisme et langue maternelle

71% des personnes en situation d'illettrisme parlaient uniquement le français à la maison à l'âge de 5 ans. L'illettrisme n'est ainsi pas seulement lié à l'immigration (Insee première, 2012). Par ailleurs, 6% des personnes qui utilisaient exclusivement le français à la maison à 5 ans sont en situation d'illettrisme, contre 16% qui utilisaient uniquement une langue étrangère (cf. figure 16).



**Figure 16.** Proportion d'illettrisme selon la langue maternelle à partir des données extraites de l'ANLCI (2018).

De ce fait, l'illettrisme reste un problème important auprès des jeunes qui seront les adultes de demain. Or les compétences en lecture sont capitales pour développer des compétences en santé.

## 1.5. Les compétences des jeunes en lecture

### 1.5.1. Adolescents et écriture

Le numérique semble apporter de profondes modifications dans les pratiques d'écriture chez les adolescents. Même si ces pratiques sont difficiles à évaluer, elles semblent plutôt prendre une place importante dans leur vie (Joannidès, 2014 ; Penloup & Joannidès, 2014 ; Penloup, 2017, cités dans Joubaire, 2018, p. 10). En revanche, si les élèves développent des compétences au sein de leurs pratiques extrascolaires de l'écriture, qu'elles soient traditionnelles ou numériques, il semble que ces pratiques soient peu réinvesties dans l'écriture scolaire (Joubaire, 2018, p. 10).

Par ailleurs, des travaux des années 1990 et du début des années 2000 « montrent que les pratiques extrascolaires et la performance scolaire ne sont pas corrélées ». L'écriture extrascolaire est de ce fait « gratuite », alors que l'écriture scolaire « a la finalité de servir le jeu et la réussite scolaire », si tant est que l'ensemble des élèves fasse le lien avec les usages sociaux de l'écriture (Joubaire, 2018, p. 10). Il apparaît que même si cette dualité est présente chez tous les élèves, elle est cependant gérée différemment en fonction du milieu social : « si les élèves de milieux aisés semblent résoudre le conflit en mettant de côté leur écriture « privée » pour mieux s'adapter aux exigences scolaires, le conflit ne semble pas résolu chez ceux de milieux populaires dont les discours restent flous, voire ponctués de contradictions, traduisant leur malaise face à ce conflit d'investissement dont ils perçoivent les enjeux sans trouver d'issue acceptable pour eux. » (Barré- de Miniac, 2017, cité dans Joubaire, 2018, p. 10). Pour d'autres, ces deux types de pratiques sont dans un continuum plutôt qu'une réelle rupture. Pour Reuter (cité dans Joubaire, 2018, p. 11), ce sont « des réalités sociales continues que la description conduit à autonomiser ». En fait, les caractéristiques du scripteur (c'est à dire son âge, son niveau scolaire, sa filière choisie), et les contextes d'écriture, peuvent permettre une certaine porosité entre les pratiques scolaires et extrascolaires.

La prise en compte du rapport à l'écriture des élèves dans leurs pratiques est un enjeu important car il apparaît comme l'une des causes de l'exclusion scolaire, en particulier au moment de l'entrée au lycée. Ainsi, le lien entre le rapport à l'écriture et les mécanismes d'exclusion scolaire dans le cadre d'une orientation vers des filières professionnelles est étudié par certaines études (Joubaire, 2018, p. 12).



## 1.5.2. Les différents profils

En 2018, plus de 710 000 jeunes, de nationalité française, de 17 ans ou plus, ont participé à la journée défense et citoyenneté au cours de laquelle ils passent un test de compréhension de l'écrit. Ce test permet d'évaluer chez ces jeunes l'automatisme de la lecture, les connaissances lexicales et les traitements complexes de supports écrits. En fonction des résultats à ces trois dimensions, huit profils de lecteurs sont identifiés (cf. tableau 6).

Les jeunes les plus en difficulté (profils 1 et 2), sont 5,2% de l'ensemble des lecteurs, et ont des faiblesses qui relèvent d'un manque important de vocabulaire. Les profils 3 et 4 ont un niveau lexical correct, mais ils ne parviennent pas à traiter des écrits complexes. Ils sont 6,3% (RERS - 2019 - Sources : MENJ-MESRI-DE, p. 222).

Il existe aussi des profils particuliers de lecteurs :

- Ceux qui parviennent à compenser leurs difficultés pour atteindre un certain niveau de compréhension : ils sont 10,9 % ; ce sont les profils 5a et 5b.
- Ceux qui, malgré leurs déficits des processus d'automatisation, réussissent les traitements complexes de l'écrit : ils sont 15,6 % ; ce sont les profils 5c.
- La grande majorité correspond aux jeunes ayant tout réussi : ils sont 62 % ; ce sont les profils 5d.

**Tableau 6.** Les profils de lecteurs, en %, JDC 2018 (RERS, MENJ-MESRI-DE, 2019, p. 222).

Profils	Traitements complexes	Automatisme de la lecture	Connaissances lexicales	Garçons	Filles	Ensemble	
5d	+	+	+	59,7	64,3	62,0	Lecteurs efficaces
5c	+	-	+	16,7	14,6	15,6	<b>77,6</b>
5b	+	+	-	6,4	7,7	7,0	Lecteurs médiocres
5a	+	-	-	4,1	3,8	3,9	<b>10,9</b>
4	-	+	+	3,6	2,8	3,3	Très faibles capacités de lecture
3	-	-	+	3,9	2,2	3,0	<b>6,3</b>
2	-	+	-	1,8	1,8	1,8	Difficultés sévères
1	-	-	-	3,9	2,8	3,4	<b>5,2</b>

► Champ : France métropolitaine + DOM.

**Avertissement :** en raison de problèmes techniques, l'année 2018 marque une rupture de série par rapport aux années antérieures.

**Note :** le signe « + » indique que la compétence est jugée maîtrisée et le signe « - » indique que les jeunes éprouvent des difficultés sur la compétence visée.

**Lecture :** la combinaison des trois dimensions de l'évaluation permet de définir 8 profils. Les profils numérotés de 1 à 4 concernent les jeunes n'ayant pas la capacité de réaliser des traitements complexes (très faible compréhension en lecture suivie, très faible capacité à rechercher des informations). Ils sont en deçà du seuil de lecture fonctionnelle. Les profils codés 5a, 5b, 5c, 5d sont au-delà de ce même seuil, mais avec des compétences plus ou moins solides, ce qui peut nécessiter des efforts de compensation relativement importants.

© DDF

Les garçons sont davantage en difficulté que les filles (cf. tableau 7) : ils réussissent moins bien les tests de compréhension (ce sont les profils 1, 3 et 4). Ils se distinguent également par un manque de mécanismes de base de traitement de l'écrit (ce sont les profils 1, 3, 5a et 5c).

**Tableau 7. Répartition de chaque profil de lecteurs selon le sexe, en %, JDC 2018 (RERS, MENJ-MESRI-DE, 2019).**

	Profil 1	Profil 2	Profil 3	Profil 4	Profil 5a	Profil 5b	Profil 5c	Profil 5d
Garçons	59,3	51,0	64,8	56,9	52,9	46,3	54,5	49,1
Filles	40,7	49,0	35,2	43,1	47,1	53,7	45,5	50,9
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

► Champ : France métropolitaine + DOM.

Avertissement : en raison de problèmes techniques, l'année 2018 marque une rupture de série par rapport aux années antérieures.

© DEPP

Ces résultats diffèrent cependant selon les académies (cf. tableau 8). En France métropolitaine, neuf académies ont un pourcentage de jeunes en difficulté inférieur à 10 % et sept ont un taux supérieur à 12 %.

**Tableau 8. Répartition des lecteurs selon l'académie et la région en %, JDC 2018 (RERS, MENJ-MESRI-DE, 2019).**

Académies et régions académiques	En difficulté [Profils 1, 2, 3, 4]	Difficultés sévères [Profils 1 et 2]	Très faibles capacités de lecture [Profils 3 et 4]	Lecteurs médiocres [Profils 5a et 5b]	Lecteurs efficaces [Profils 5c et 5d]
Clermont-Ferrand	10,2	4,0	6,2	10,3	79,4
Grenoble	9,6	4,0	5,6	10,1	80,3
Lyon	9,0	4,0	5,0	10,6	80,3
<b>Auvergne-Rhône-Alpes</b>	<b>9,6</b>	<b>4,1</b>	<b>5,5</b>	<b>10,3</b>	<b>80,2</b>
Besançon	12,5	5,3	7,2	11,3	76,2
Dijon	12,8	5,2	7,6	10,3	77,0
<b>Bourgogne-Franche-Comté</b>	<b>12,7</b>	<b>5,3</b>	<b>7,4</b>	<b>10,7</b>	<b>76,7</b>
<b>Bretagne (Rennes)</b>	<b>9,5</b>	<b>4,1</b>	<b>5,4</b>	<b>11,5</b>	<b>79,0</b>
<b>Centre-Val de Loire (Orléans-Tours)</b>	<b>12,3</b>	<b>5,1</b>	<b>7,2</b>	<b>10,7</b>	<b>76,9</b>
<b>Corse</b>	<b>8,4</b>	<b>3,4</b>	<b>5,0</b>	<b>11,9</b>	<b>79,7</b>
Nancy-Metz	10,1	3,9	6,2	10,0	79,9
Reims	12,1	4,6	7,5	9,8	78,0
Strasbourg	11,9	5,8	6,1	12,4	75,7
<b>Grand Est</b>	<b>11,2</b>	<b>4,7</b>	<b>6,5</b>	<b>10,8</b>	<b>78,0</b>
Amiens	15,3	6,4	8,9	11,1	73,6
Lille	10,8	5,1	5,7	12,5	76,8
<b>Hauts-de-France</b>	<b>12,0</b>	<b>5,4</b>	<b>6,6</b>	<b>12,0</b>	<b>75,9</b>
Créteil	9,4	4,5	4,9	12,8	77,8
Paris	5,9	2,7	3,2	8,1	85,8
Versailles	8,3	3,6	4,7	10,6	81,1
<b>Île-de-France</b>	<b>8,5</b>	<b>3,9</b>	<b>4,6</b>	<b>11,0</b>	<b>80,6</b>
Caen	12,2	4,7	7,5	9,2	78,7
Rouen	12,1	5,4	6,7	12,7	75,3
<b>Normandie</b>	<b>12,0</b>	<b>5,0</b>	<b>7,0</b>	<b>11,0</b>	<b>76,8</b>
Bordeaux	10,7	4,2	6,5	8,9	80,6
Limoges	11,3	4,1	7,2	7,4	81,2
Poitiers	12,8	5,5	7,3	10,1	77,0
<b>Nouvelle-Aquitaine</b>	<b>11,4</b>	<b>4,6</b>	<b>6,8</b>	<b>9,1</b>	<b>79,5</b>
Montpellier	9,8	4,4	5,4	10,8	79,4
Toulouse	10,3	4,3	6,0	9,9	79,8
<b>Occitanie</b>	<b>10,2</b>	<b>4,4</b>	<b>5,8</b>	<b>10,3</b>	<b>79,6</b>
<b>Pays de la Loire (Nantes)</b>	<b>9,1</b>	<b>3,7</b>	<b>5,4</b>	<b>10,6</b>	<b>80,2</b>
Aix-Marseille	11,8	5,5	6,3	11,8	76,4
Nice	9,4	4,1	5,3	12,1	78,5
Provence-Alpes-Côte d'Azur	10,7	4,9	5,8	12,0	77,3
<b>France métropolitaine</b>	<b>10,5</b>	<b>4,5</b>	<b>6,0</b>	<b>10,8</b>	<b>78,7</b>
Guadeloupe	32,0	18,6	13,4	16,0	52,0
Guyane	51,0	32,4	18,6	11,9	37,1
Martinique	33,9	17,4	16,5	13,6	52,4
Mayotte	73,7	53,5	20,2	10,1	16,2
La Réunion	27,2	14,3	12,9	13,7	59,1
<b>DOM</b>	<b>36,7</b>	<b>21,7</b>	<b>15,0</b>	<b>13,7</b>	<b>49,8</b>
<b>France métropolitaine + DOM</b>	<b>11,5</b>	<b>5,2</b>	<b>6,3</b>	<b>10,9</b>	<b>77,6</b>

► Champ : France métropolitaine + DOM.

Avertissement : en raison de problèmes techniques, l'année 2018 marque une rupture de série par rapport aux années antérieures.

© DEPP

### 1.5.2.1. Rédaction dans le contexte scolaire du collège et en dehors

L'étude montre que 40% des élèves de 3<sup>e</sup> ne rédigent pas ou très peu (Cedre 2015, Depp, cité dans Cnesco, 2018 p. 16). Malgré ces difficultés rédactionnelles dans un contexte scolaire, les élèves sont souvent amenés à écrire au quotidien et ils sont largement équipés en téléphones ou smartphones (97% des 12-19 ans, Igen, 2017, Cnesco, 2018 p. 16). À travers l'utilisation des SMS et des réseaux sociaux, ils écrivent plusieurs fois par jour.

Pour les SMS, une étude a constaté que les adolescents âgés de 12 à 17 ans envoyaient, en 2013, 381 SMS par semaine en moyenne (Crédoc, 2013, Cnesco, 2018 p. 16). Même ces pratiques ont évolué passant des SMS aux réseaux sociaux, l'écrit demeure un moyen important de communication pour les jeunes : 77% des 12-17 ans écrivent sur les réseaux sociaux (Crédoc, 2014, Cnesco, 2018 p. 16).

### 1.5.2.2. Des difficultés à rédiger qui se répercutent

Ces difficultés de rédaction ne concernent pas seulement la production de texte en français. En effet, en histoire-géographie et éducation civique, 2,60% des élèves de 3<sup>e</sup> n'ont pas su écrire un texte cohérent à partir d'une liste de mots donnés : ils ont répondu par des mots, des suites de mots ou une seule phrase sur plusieurs lignes (Cedre 2013, Depp, Cnesco, 2018 p. 16). Par ailleurs, les élèves de 3<sup>e</sup> paraissent donner peu d'importance à la lisibilité de leurs écrits (un tiers d'entre eux écrivent lisiblement lors d'une rédaction de texte) (Cnesco, 2018 p. 16).

En sciences, les résultats révèlent un grand décalage entre le taux de non-réponses pour les QCM et celui des questions à réponses construites : 20% des questions ouvertes (nécessitant de rédiger) sont sans réponse, contre 3% quand il s'agit d'un QCM (Cedre 2013, Depp, Cnesco, 2018 p. 16). Il faut noter que les élèves les plus en difficulté sont ceux qui répondent le moins aux questions ouvertes et qui se retrouvent pénalisés en sciences par leurs difficultés à produire des textes écrits.

Le français (comme l'anglais) est qualifié « d'opaque » car il existe plusieurs prononciations pour une même lettre (cf. tableau 9).

**Tableau 9.** Comparaison du nombre de phonèmes et de graphèmes selon les langues (Cnesco, 2018).

	Espagnol	Français	Allemand	Anglais
<b>Nombre de phonèmes (à l'oral)</b>	29-32	<b>37</b>	40	40
<b>Nombre de graphèmes (à l'écrit)</b>	45	<b>125</b>	85	1 120

Sources : Lété, Cnesco 2018 (France), Sprenger-Charolles et Bechenec, 2004 (autres pays)

Ainsi, l'écriture du français présente de plus grandes difficultés techniques que sa lecture (cf. tableau 9 et figure 17).



**Figure 17.** Représentation du nombre de phonèmes et de graphèmes dans la langue française et des combinaisons possibles (Cnesco, 2018).

### 1.5.3. L'orientation vers l'enseignement professionnel et le poids des origines

L'entrée dans la voie professionnelle est à situer dans l'ensemble des processus d'orientation de fin de collège, sachant que deux jeunes sur trois privilégient le lycée général et technologique (MENESR, 2015 ; Cnesco, 2018 p. 16). L'orientation vers les différentes voies du lycée dépend des parcours des élèves au collège, ainsi qu'à ce qui s'est passé durant l'enseignement élémentaire.

Concernant l'origine nationale, il y a une nette surreprésentation des jeunes issus des familles immigrées (7,9 points) mais celle-ci s'atténue (cf. tableau 10).

**Tableau 10.** Part des élèves (%) entrant dans l'enseignement professionnel selon le sexe et l'origine nationale à partir de leurs situations en 2000 (panel 1995) et 2012 (panel 2007) (Cnesco, 2018).

	Panel 1995	Panel 2007
<b>Sexe de l'élève</b>		
Garçons	42,4	41,6
Filles	30,7	30,6
<b>Origine</b>		
Famille non immigrée	35,9	35,7
Famille mixte	32,5	31,6
Famille immigrée	45,4	43,6
Ensemble	36,7	36,2

Source : Panels DEPP, MEN  
Lecture : 41,6 % des garçons entrés en classe de 6<sup>ème</sup> en 2007 étaient dans la voie professionnelle en 2012

L'enseignement professionnel est encore la principale orientation des catégories sociales les moins favorisées même si les proportions d'enfants d'ouvriers, non qualifiés et qualifiés, baissent (cf. tableau 11).

**Tableau 11.** Répartition des jeunes entre les voies professionnelle et générale-technologique, et le collège, cinq années après leur entrée au collège, en 1995 et 2007, par PCS (Cnesco, 2018).

Catégories socio-professionnelle	Voie professionnelle		Voie générale et technologique		Collège et autres		Total	
	1995	2007	1995	2007	1995	2007	1995	2007
Agriculteurs	41,6	38,3	56,6	61,1	1,8	0,6	100	100
Artisans, commerçants	33,8	35,1	62,8	64,0	3,4	0,9	100	100
Cadres et chefs d'entreprise	10,1	11,6	88,5	88,0	1,4	0,4	100	100
Enseignants	8,8	11,3	89,8	88,6	1,4	0,1	100	100
Professions intermédiaires	24,4	28,1	71,9	71,1	2,7	0,8	100	100
Employés	40,3	39,0	56,1	60,1	3,6	0,9	100	100
Ouvriers qualifiés	55,1	52,2	43,3	46,4	3,6	0,9	100	100
Ouvriers non qualifiés	60,7	60,3	33,5	38,3	5,8	1,4	100	100
Inactifs	61,6	59,4	34,1	37,5	4,3	3,1	100	100
Ensemble	37,6	37,5	59,2	61,4	3,2	1,1	100	100

Source : Panels 1995 et 2007 DEPP-MEN, traitements LEST.  
Lecture : parmi les enfants d'inactifs, cinq ans après leur entrée en sixième en 1995, 4,3 % étaient encore au collège, dans un dispositif spécifique ou en dehors de toute prise en charge.

À l'inverse, la part des jeunes issus de ménages enseignants ou cadres augmentent (Cnesco, 2018 p. 16). Ainsi, les écarts entre catégories restent élevés : 11,5% d'entrées dans l'enseignement professionnel pour les enfants de cadres et d'enseignants, soit 3,4 fois moins que pour les enfants d'employés, environ 5 fois moins que pour les ouvriers qualifiés, 5,5 fois moins que pour les jeunes issus de familles d'ouvriers non qualifiés (ONQ) et d'inactifs où se concentrent les difficultés sociales les plus fortes (Cnesco, 2018 p. 16).

Ces réalités structurelles sont en partie dues aux processus d'auto-sélection sociale (cf. tableau 12) : de façon générale, les catégories défavorisées, à notes égales au contrôle continu du brevet, sont toujours moins ambitieuses que les catégories favorisées, ce qui explique qu'elles vont plus vers la voie professionnelle (Palheta, 2012, cité dans Cnesco, 2018 p. 16). Ces écarts d'ambition augmentent dans le cas des élèves bien notés (Cnesco, 2018 p. 16).

**Tableau 12.** *Souhait d'une orientation en seconde générale et technologique selon la profession de la personne de référence de la famille et les notes obtenues au contrôle continu du brevet (en %) (Cnesco, 2018).*

Notes au contrôle continu du collège	De 12 à 15		De 10 à 12		De 8 à 10	
	1995	2007	1995	2007	1995	2007
<b>Professions</b>						
<b>Cadre et enseignant</b>	99	98	94	91	74	66
<b>Profession intermédiaire</b>	98	94	84	81	55	50
<b>Artisan commerçant</b>	93	91	84	76	46	46
<b>Employé</b>	95	88	77	73	44	43
<b>Agriculteur</b>	91	88	64	67	ns	35
<b>Ouvrier qualifié</b>	92	85	65	64	36,7	37
<b>Ouvrier non qualifié</b>		84		69		30

*Source* : Panels 1995 et 2007 de la DEPP du ministère de l'Éducation nationale  
*Lecture* : dans 94 % des cas, un enfant de cadre, entré en 1995 au collège et dont les notes au contrôle continu du brevet se situaient entre 10 et 12, souhaitait être orienté vers une seconde générale et technologique.

#### 1.5.4. Profils sociaux des élèves de l'enseignement professionnel

Dans l'ensemble, les probabilités d'intégrer les filières de l'enseignement professionnel plutôt que l'enseignement général sont largement dépendantes de l'origine sociale (cf. tableau 13) et du niveau de formation des parents.

**Tableau 13.** Orientations subies vers l'enseignement professionnel par catégories sociales (en %) (Cnesco, 2018).

Accès à l'enseignement professionnel	Ensemble des accès		Dont orientation subie en professionnel	
	1995	2007	1995	2007
<b>CSP de la personne de référence</b>				
<b>Agriculteurs</b>	40,6	38,3	3,1	1,2
<b>Artisans, commerçants</b>	35,7	34,0	5,0	4,2
<b>Chefs d'entreprise</b>	15,7	17,4	3,5	2,5
<b>Cadres</b>	8,8	10,2	2,2	1,7
<b>Enseignants</b>	8,1	10,2	2,2	1,4
<b>Professions intermédiaires</b>	25	28,9	4,7	3,8
<b>Employés</b>	40,6	43,3	4,7	5,0
<b>Ouvriers qualifiés</b>	49,5	50,3	4,7	5,5
<b>Ouvriers non qualifiés</b>	59,1	57	4,6	6,3
<b>Inactifs</b>	54,0	64,0	4,5	6,6

Source : Panels d'élèves 1995 et 2007, MEN

Lecture : En 2012, parmi les élèves issus d'une famille de cadres, 10,2 % entrent dans l'enseignement professionnel et 1,7 % subissent une telle orientation.

De même, l'influence des diplômes des parents sur la filière de formation persiste : en 2000 comme en 2012, avoir un père diplômé du supérieur diminue d'environ 64% les chances d'entrée en seconde professionnelle. Avoir une mère détenant un BEP (plutôt qu'aucun diplôme), réduit en 2012 les chances d'être en CAP, ce qui n'était pas le cas en 2000 ; autrement dit, le lien entre la préparation d'un CAP et le fait d'avoir une mère sans diplôme se serait renforcé.

Que ce soit en 2000 ou en 2012 et quelle que soit la composante de l'enseignement professionnel, une origine étrangère réduit les chances d'y poursuivre ses études en apprentissage.

L'entrée en CAP paraît aujourd'hui moins marquée par le genre mais confirme une dualisation interne de l'enseignement professionnel (CAP versus baccalauréat professionnel), pouvant s'expliquer par la disparition des BEP lors de la rénovation de la voie professionnelle en 2009.

## **2. La littératie dans les programmes : en France, en Europe et dans le monde**

### **2.1. L'enseignement de la langue en France et la réforme Haby**

La littératie questionne sur les méthodes d'enseignement de la langue en France, et particulièrement sur l'accès à la compréhension des écrits basée essentiellement sur le texte littéraire, et oubliant les autres écrits comme ceux numériques et lus sur écrans (Guy, 2017, p. 17).

Selon Guy (2017, p. 17), cette question aurait été éludée de l'école pour des raisons tenant principalement au passage en 1975 à un enseignement de masse avec le collège unique<sup>48</sup> ; le slogan était alors « les mêmes chances dans les mêmes cartables ». Ses promoteurs croyaient alors que des mêmes contenus pouvaient s'appliquer à tous les élèves arrivant au collège. Or avec l'enseignement de masse, le collège a changé de nature et les professeurs ont dû s'adapter à ce nouveau public sans modifier les contenus d'enseignement qui s'adressaient toujours aux 19 % des élèves du collège qui arrivaient au baccalauréat en 1970. Les autres élèves ont dû s'approprier des contenus qui ne leur étaient pas destinés.

Même si des aménagements ont été mis en place, il en résulte chaque année des décrochages scolaires. Ce sont des dizaines de milliers d'élèves qui sortent du système scolaire (Guy, 2017, p. 18) malgré une majorité d'élèves arrivant au niveau du baccalauréat (65 % d'une classe d'âge en 2009).

---

<sup>48</sup> Loi n°75-620 du 11 juillet 1975 relative à l'éducation : Loi Haby



### 2.1.1. La littératie dans les programmes des collèges en France

Le terme « littératie » existe depuis longtemps dans le milieu universitaire, pourtant, la littératie est entrée dans le vocabulaire de l'Éducation nationale qu'en 2016, avec la mise en place des nouveaux programmes des collèges. À côté de la « lecture de textes littéraires », les programmes recommandaient, dès le cycle III (c'est à dire CM1, CM2 et sixième), la « lecture de textes et documents variés : textes documentaires, documents composites (associant textes, images, schémas, tableaux, graphiques..., comme une double page de manuel), documents iconographiques (tableaux, dessins, photographies), documents numériques (documents avec des liens hypertextes, documents associant texte, images, sons) » (Guy, 2017, p. 17).

Les nouveaux programmes formalisent des voies spécifiques pour accéder à la lecture-compréhension et à la pratique de l'écriture. Ces voies passent d'abord par une pratique orale bien plus développée, par des exercices simples et variés. Effectivement, la lecture à haute voix, oralisée, maîtrisée est le signe d'une compréhension (Guy, 2017, p. 19).

### 2.1.2. Le Cycle des évaluations disciplinaires réalisées sur échantillon (CEDRE)

Dans l'étude du Cycle des évaluations disciplinaires réalisées sur échantillon (CEDRE)<sup>49</sup> de 2015, la mesure du niveau de maîtrise de la langue française en fin de troisième apparaît de manière explicite sous l'intitulé « Compétences langagières et littératie ». Ce titre fait aussi référence aux résultats insuffisants en maîtrise des langages dans les évaluations du programme international pour le suivi des acquis des élèves (Program for International Student Assessment – PISA) (Guy, 2017, p. 17).

### 2.1.3. Les enjeux de la langue française

Selon Guy (2017, p. 19), l'enjeu de la langue est un enjeu de distinction, au sens de la sociologie de Bourdieu ; une langue pour tous, mais pas la même. Pourtant, la majorité des

---

<sup>49</sup> Note d'information n° 21. Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP)- Ministère de l'Éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche- Juillet 2016

études concluent que dans les classes où tous les élèves de tous niveaux sont mêlés, les élèves les plus en difficulté progressent mieux, sans que les plus à l'aise n'en pâtissent.

La littératie impose un travail sur la compréhension de tous les textes, de tous les langages dans tous les contextes et notamment dans celui du quotidien. L'école doit préparer chaque élève à faire face au quotidien, et la santé est un des domaines de ce quotidien.

## **2.2. Les compétences langagières dans le Cadre européen et international**

### 2.2.1. Le Cadre européen

La réforme de l'enseignement des langues vivantes, basée sur les compétences langagières introduites par le Cadre européen commun de référence des langues (CECRL), a participé à transformer les enseignements des langues vivantes qui jusque-là étaient peu efficaces (Guy, 2017, p. 18). Par ailleurs, la présence à l'école d'élèves allophones arrivants a favorisé le développement, depuis les années 1970, d'une réponse spécifique dans les apprentissages langagiers et en didactique de la langue. La notion de français langue de scolarisation (FLSco) a alors permis de reconnaître la langue de l'école (notamment ses spécificités et son jargon) comme un obstacle à l'inclusion des élèves et pas seulement des élèves allophones. C'est pourquoi la question de la littératie scolaire se pose alors comme pouvant être un obstacle pour tous les élèves en difficulté. Les professeurs n'ont pas toujours conscience de ces difficultés même s'ils remarquent que les élèves ont du mal à comprendre les consignes.

Ces constats ont conduit à introduire la littératie comme un élément de pédagogie de la langue, d'accès à la connaissance, qu'elle soit académique et ou du quotidien (Guy, 2017, p. 18).

### 2.2.2. Le programme PISA et les résultats des élèves français

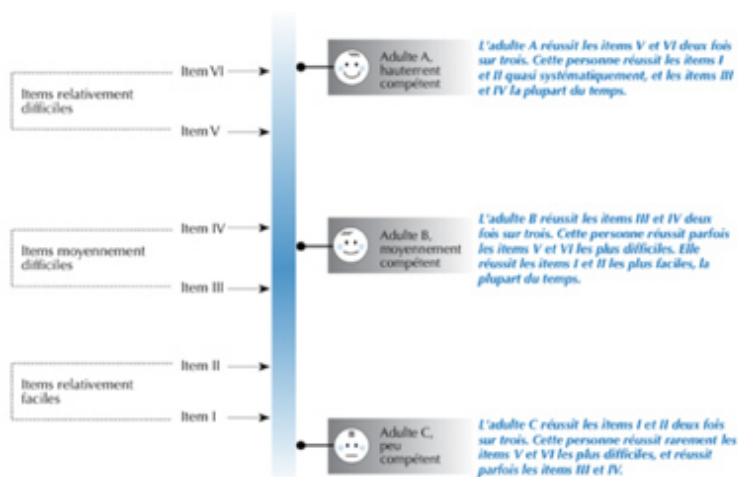
Le programme PISA qui évalue les acquis des élèves en mathématiques et en lecture, confirme justement que le système éducatif français fait réussir les élèves les mieux armés et que les écarts se creusent dès que les élèves sont en difficulté (Guy, 2017, p18). Ces évaluations ont mis en avant les carences de notre enseignement. En effet, l'objectif de PISA est d'évaluer

la littératie, c'est à dire pas seulement l'évaluation des notions acquises mais surtout des capacités à réfléchir, à appliquer des connaissances aux problèmes et aux tâches de la vie.

Ainsi, la littératie est au centre du programme PISA qui propose des évaluations de la lecture utilisant des documents de tous ordres, destinés à apprécier la capacité des élèves à se projeter dans un contexte du quotidien. Ces écrits, souvent très pratiques, déstabilisent les élèves français familiarisés plutôt aux documents scolaires tels que des textes littéraires et des récits (Guy, 2017, p18).

### 2.2.3. Le Programme pour l'évaluation internationale des compétences des adultes (PIAAC)

L'OCDE a mené en 2012, dans le cadre du Programme pour l'évaluation internationale des compétences des adultes (PIAAC), une enquête internationale comparant le niveau des adultes âgés de 16 à 65 ans sur « les compétences cognitives et génériques clés requises dans le cadre privé et professionnel pour garantir la pleine participation des individus à la société et la bonne santé de l'économie » (Organisation for Economic Co-operation and Development, [OCDE], 2013 p. 26). Les outils de recueil de données de cette enquête sont principalement des échelles de compétence en littératie, en numératie et en résolution de problèmes « dans des environnements à forte composante technologique » (cf. figure 18).



**Figure 18.** Corrélation entre la difficulté des items et les compétences des adultes sur les échelles de compétences en littératie, en numératie et en résolution de problèmes dans les environnements à forte composante technologique (OCDE, 2013, p. 65).

Le second volet de l'Évaluation des compétences des adultes a débuté en 2012, avec la participation de neuf pays supplémentaires : le Chili, la Grèce, l'Indonésie, Israël, la Lituanie, la Nouvelle-Zélande, Singapour, la Slovénie et la Turquie. Les données ont été collectées en 2014 et les résultats publiés en 2016 (OCDE, 2016, p. 4).

### **3. Littératie, numératie et résolution de problème dans des environnements à composante technologique chez les 16 à 65 ans : le programme PIAAC**

#### **3.1. Présentation de l'étude et des méthodes**

##### 3.1.1. Les participants et la langue de l'évaluation

Cette étude porte sur 166 000 adultes âgés de 16 à 65 ans dans 24 pays et entités sous-nationales, c'est à dire dans 22 pays membres de l'OCDE (l'Allemagne, l'Australie, l'Autriche, la Belgique (Flandre), le Canada, la Corée, le Danemark, l'Espagne, l'Estonie, les États-Unis, la Finlande, la France, l'Irlande, l'Italie, le Japon, la Norvège, les Pays-Bas, la Pologne, la République slovaque, la République tchèque, le Royaume-Uni (Angleterre/ Irlande du Nord) et la Suède) ainsi que deux pays partenaires (Chypre et la Fédération de Russie) (OCDE, 2013 p. 26).

La population cible de l'évaluation correspond aux personnes âgées de 16 à 65 ans quelle que soit leur nationalité, leur citoyenneté ou leur langue et qui habitent dans le pays au moment de l'enquête.

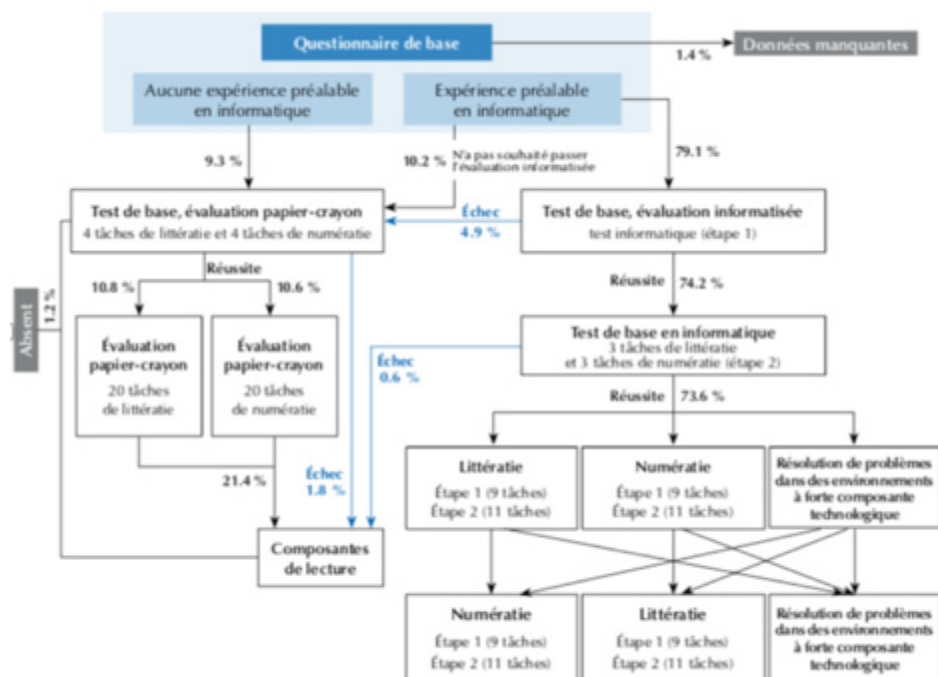
La taille des échantillons dépend du nombre de domaines cognitifs évalués et du nombre de langues dans lesquelles l'évaluation a été administrée. Lors de cette enquête, certains pays ont augmenté la taille des échantillons pour obtenir des estimations plus fiables des compétences des résidents d'une région particulière et/ou de certains sous-groupes de population. La taille des échantillons varie ainsi de 4 500 personnes à 27 300 personnes (OCDE, 2013 p. 26).

La langue de l'évaluation est la langue officielle de chaque pays (ou plusieurs langues si plus d'une langue est reconnue officiellement). Dans certains pays, l'évaluation a également été faite dans des langues minoritaires ou régionales parlées par un grand nombre d'habitants (OCDE, 2013 p. 26).

### 3.1.2. Les éléments évalués

Deux parties de l'évaluation sont facultatives : l'évaluation de la résolution de problèmes dans des environnements à forte composante technologique et l'évaluation des composantes de lecture. Sur les 24 pays participants, 20 ont choisi l'évaluation de la résolution de problèmes, tandis que 21 ont préféré la seconde option (OCDE, 2013 p. 26).

Les personnes ayant de très faibles compétences en littératie n'ont pas effectué les évaluations de littératie, de numératie et de résolution de problèmes dans leur totalité [voir annexe A : Exemples : d'items de littératie, de numératie et de résolution de problème dans le domaine de la résolution de problèmes dans des environnements à forte composante technologique (OCDE, 2013)] ; ils ont fait directement un test sur leurs compétences de base en « composantes de lecture » (cf. figure 19). Ce test consiste à évaluer le vocabulaire, la capacité à traiter le sens de la phrase, et à lire des extraits de texte. Ce test ne fixe pas de limite de temps, mais le temps mis par les personnes pour effectuer les tâches est noté (OCDE, 2013 p. 26).



Remarque : les pourcentages présentés dans ce diagramme se fondent sur la moyenne des pays de l'OCDE participant à l'évaluation des compétences des adultes (PIAAC).

**Figure 19.** Pourcentage de répondants empruntant différents parcours dans l'évaluation des compétences des adultes (PIAAC) (OCDE, 2013 p. 67).

### 3.2. Niveau des adultes dans les différentes échelles de mesure

Dans la majorité des pays participant en 2013, des proportions importantes d'adultes sont aux niveaux les plus bas de l'échelle de compétence en littératie et en numératie : 4,9% à 27,7% des adultes se situent aux niveaux les plus bas en littératie, et de 8,1% à 31,7%, aux niveaux les plus bas en numératie (OCDE, 2013 p. 26). Par ailleurs, beaucoup ne disposent pas des connaissances de base nécessaires pour utiliser les technologies de l'information et de la communication (TIC) pour des tâches quotidiennes : moins de 7% des 16-65 ans en Norvège, aux Pays-Bas et en Suède, au moins 23% en Corée, en Espagne, en Italie, en Pologne et en République slovaque, et même pour les adultes compétents en informatique, la plupart obtiennent un score au niveau le plus bas de l'échelle de résolution de problèmes dans les environnements à forte composante technologique. Le plus haut niveau de compétence sur l'échelle n'est atteint que par 2.9% à 8.8% des adultes.

C'est en Finlande, Norvège, Pays-Bas et Suède que les personnes ont des scores supérieurs à la moyenne sur les trois échelles de compétence (OCDE, 2013 p. 26). En revanche, 14 des 22 pays affichent des scores moyens inférieurs à la moyenne dans une mesure statistiquement significative dans au moins un domaine (OCDE, 2013 p. 70).

#### 3.2.1. Niveau en littératie

La Finlande a le score moyen le plus élevé. L'Estonie, la Flandre (Belgique) et le Japon présentent des scores moyens supérieurs à la moyenne. L'Australie a un score moyen supérieur à la moyenne dans une mesure statistiquement significative. L'Espagne et l'Italie affichent des scores moyens inférieurs à la moyenne ainsi que l'Autriche Les États-Unis, l'Irlande et la Pologne ont des scores inférieurs à la moyenne dans les trois domaines (OCDE, 2013 p. 70).

#### 3.2.2. Niveau en numératie

Là aussi, la Finlande a le score moyen le plus élevé. Comme pour la littératie, l'Estonie, la Flandre (Belgique) et le Japon obtiennent des scores moyens supérieurs à la moyenne. Le Danemark ainsi que l'Allemagne, l'Autriche, la République slovaque et la République tchèque ont également des scores moyens supérieurs à la moyenne (voir annexe B.1). Là encore, les États-Unis, l'Irlande et la Pologne affichent des scores inférieurs à la moyenne. L'Espagne et

l'Italie ont également des scores moyens inférieurs à la moyenne tout comme le Canada et la Corée (OCDE, 2013 p. 70).

### 3.2.3. Niveau en résolution de problèmes à forte composante technologique

La Finlande, la Norvège, les Pays-Bas et la Suède affichent la encore des scores supérieurs à la moyenne. La Suède a la plus forte part d'adultes situés au niveau 2 ou 3. L'Australie, le Danemark et le Canada présentent aussi des proportions d'adultes atteignant le niveau 2 ou 3 supérieures à la moyenne. La Flandre (Belgique) et le Japon, quant à eux, ont une proportion proche de la moyenne d'adultes se situant au niveau 2 ou 3. En revanche, la Corée a un score moyen inférieur à la moyenne. Les États-Unis, l'Irlande et la Pologne présentent là aussi des scores inférieurs à la moyenne (OCDE, 2013 p. 70).

### 3.2.4. Bilan général des résultats de l'enquête de 2013

Une des particularités des résultats est la grande convergence entre les pays en termes de compétence des adultes en littératie, en numératie et en résolution de problèmes dans des environnements à forte composante technologique, malgré des différences au niveau de la composition de la population, de l'histoire de la scolarisation et du point de départ et du rythme de la croissance économique au cours des 50 dernières années de chaque pays (OCDE, 2013 p. 104). Ainsi, 14 pays présentent des scores moyens en littératie compris entre 267 points et 276 points (soit un écart de 9 points de score) et 16 pays ont des scores moyens en numératie affichant un écart inférieur ou égal à 20 points de score (cf. tableau 14).

Aussi, tous les pays affichent des proportions importantes de la population adulte ayant des compétences assez limitées. Un seul pays fait exception avec au moins 10% des 16 à 65 ans se situant au niveau 1 ou en deçà en littératie et en numératie. À ce niveau, les adultes sont capables de réaliser régulièrement des tâches de lecture et de calcul simples, mais ils rencontrent des difficultés à extraire des informations dans des textes plus longs et plus complexes, ou à réaliser des tâches portant sur des nombres qui supposent plusieurs étapes et dans lesquelles les informations mathématiques sont abordées de différentes manières (OCDE, 2013 p. 104).

**Tableau 14.** *Résumé de la maîtrise des compétences clés en traitement de l'information (OCDE, 2013 p. 103).*

OCDE	Littératie	Numérique	Résolution de problèmes dans des environnements à forte composante technologique
	Score moyen	Score moyen	(% se situant au niveau 2 ou 3)
<b>Entités nationales</b>			
Australie	280	268	38
Autriche	269	275	32
Canada	273	265	37
République tchèque	274	276	33
Danemark	271	278	39
Estonie	276	273	28
Finlande	288	282	42
France	262	254	m
Allemagne	270	272	36
Irlande	267	256	25
Italie	250	247	m
Japon	296	288	35
Corée	273	263	30
Pays-Bas	284	280	42
Norvège	278	278	41
Pologne	267	260	19
République slovaque	274	276	26
Espagne	252	246	m
Suède	279	279	44
États-Unis	270	253	31
<b>Entités sous-nationales</b>			
Flandre (Belgique)	275	280	35
Angleterre/Irlande du N. (RU)	272	262	35
Moyenne	273	269	34
<b>Partenaire</b>			
Chypre <sup>1</sup>	269	265	m

1. Voir les notes en fin de chapitre.

Remarques : Chypre<sup>1</sup>, l'Espagne, la France et l'Italie n'ont pas pris part à l'évaluation de la résolution de problèmes dans des environnements à forte composante technologique.

Les pays sont classés par ordre alphabétique de leur nom en anglais.

Source : Évaluation des compétences des adultes (PAC) (2012), tableaux A2.4, A2.8 et A2.10a.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932900688>

Par ailleurs, tous les pays ont des adultes dont les compétences en informatique sont très limitées, ou inexistantes : 7% à 27% de la population indique n'avoir jamais utilisé d'ordinateur, ou manque de compétences élémentaires comme se servir d'une souris. Aussi, un certain nombre manquent de confiance pour ce qui est de leur capacité à se servir d'un ordinateur. La majorité se situent au niveau 1 de compétence, c'est à dire l'usage d'applications courantes pour résoudre des problèmes comportant quelques étapes et des critères explicites (comme le tri de courriers électroniques dans des dossiers préexistants) (OCDE, 2013 p. 104). Les jeunes adultes sont moins susceptibles que les plus âgés de ne pas avoir de compétences en informatique ou d'avoir un faible niveau en matière de résolution de problèmes mais dans



quelques pays la proportion de jeunes adultes capables de résoudre des problèmes plus complexes dans un environnement informatique est assez basse (OCDE, 2013 p. 104).

De plus, comme l'accès au numérique repose, dans une certaine mesure, sur les compétences en littératie et en numératie, alors des niveaux peu élevés de compétence en littératie et en numératie peuvent restreindre de manière significative l'utilisation des applications TIC permettant de traiter efficacement les informations : tout d'abord, parce que un faible niveau de compétence en littératie entrave l'acquisition des compétences de base en informatique, et ensuite, car il est difficile pour les adultes dont les niveaux de compétence en littératie et en numératie sont faibles de saisir une grande partie des tâches de gestion et de traitement des informations associées à Internet, et ce, même s'ils ont des compétences en informatique (OCDE, 2013 p. 104).

De façon générale, dans la plupart des pays, les niveaux de compétence sont plus élevés chez les jeunes adultes que chez les personnes plus âgées dans les trois domaines d'évaluation. Néanmoins, dans certains pays, les niveaux en littératie et/ou en numératie chez les jeunes se situent au même niveau, voire en deçà, de ceux de l'ensemble de la population (OCDE, 2013 p. 104). Pour autant, un faible niveau de compétence n'est pas forcément synonyme de perspectives négatives ; la plupart des adultes possédant un faible niveau de compétence en littératie ont un emploi. Toutefois, ils ont plus de risque que ceux qui possèdent un niveau de compétence élevé d'être au chômage ou inactifs, ou d'être moins bien rémunérés et, en plus, ils indiquent être en moins bonne santé et faire moins confiance aux autres (OCDE, 2013 p. 104).

### 3.2.5. Les résultats en France

Parmi les 24 pays étudiés en 2013, la France se distingue plutôt de manière péjorative (OCDE, 2013 p. 75)<sup>50</sup> (cf. tableau 14) :

---

<sup>50</sup> Le score moyen en littératie des pays de l'OCDE participant à l'évaluation est de 273 points. Le Japon possède le niveau moyen de compétence en littératie le plus élevé (296 points), suivi de la Finlande (288 points). Ce sont l'Italie (250 points) et l'Espagne (252 points) qui ont les scores moyens les plus faibles. Le score moyen des Pays-Bas est de 284 points, ce qui correspond au niveau 3. Globalement, la variation de compétence entre les adultes des pays participants est plutôt minime. La plupart des pays (19 sur 21) obtiennent des scores dans une fourchette située entre 267 points et 288 points (21 points de score ou moins), et 14 pays obtiennent des scores dans une fourchette située entre 267 points et 276 points (9 points de score) (OCDE, 2013 p. 104).

- Les compétences en littératie et en numératie des Français sont parmi les plus basses des pays participant à l'évaluation ; le score moyen de littératie est significativement inférieur à la moyenne des pays participants : 21.6% des adultes se situent aux plus bas niveaux en littératie générale et 28% d'entre eux ont des scores très bas en numératie.
- Le score moyen de littératie des jeunes Français de 25 à 34 ans s'établit à 278. Il est inférieur au score moyen de la population jeune de l'ensemble des pays participants (279). En numératie, ils ont un score de 269 et le score moyen des pays étudiés est de 274.
- En France, 16.5% de la population adulte indiquent n'avoir jamais utilisé un ordinateur, et ne pas avoir de compétence pour cela.
- Les scores des Français varient selon leur niveau de formation et leur origine sociale, et ce de façon plus importante que dans la moyenne des pays étudiés. Autrement dit, les inégalités sociales ont un impact sur le niveau de littératie beaucoup plus fortement en France que dans la moyenne des autres pays.

Par ailleurs, les différences de compétences en littératie entre les personnes nées en France et celles nées à l'étranger sont plus marquées que dans la moyenne des pays étudiés, et la progression des compétences selon la durée de résidence dans le pays est très limitée (OCDE, 2013 p. 75).

### **3.3. Corrélation avec certaines caractéristiques socio-démographiques**

#### **3.3.1. Selon les diplômes**

Le niveau de formation indique une forte corrélation positive avec les compétences. Les adultes diplômés de l'enseignement tertiaire présentent un score en littératie supérieur d'en moyenne 36 points (l'équivalent de cinq années de formation scolaire) à celui des adultes dont le niveau de formation est inférieur au deuxième cycle de l'enseignement secondaire (OCDE, 2013 p. 24). Les personnes n'ayant pas atteint le deuxième cycle de l'enseignement secondaire risquent davantage d'atteindre au maximum le niveau 2 de compétence en littératie et en numératie (OCDE, 2013 p. 130). Néanmoins, être issu d'un milieu socio-économique plus favorisé réduit de façon significative le risque (OCDE, 2013 p. 136).

De plus, les personnes dont les parents sont peu instruits ont un niveau de compétence inférieur à ceux dont les parents sont plus instruits (OCDE, 2013 p. 151). En moyenne, environ 13% des personnes sont peu instruites et ont des parents également peu instruits. Ce pourcentage va de

3% en République tchèque à 45% en Italie (OCDE, 2013 p. 130). Les personnes peu instruites et dont les parents sont aussi peu instruits ont, en moyenne, environ cinq fois plus de chance d'avoir des niveaux plus faibles en littératie que les adultes dont les parents ont un niveau de formation plus élevé. Ces probabilités sont dix fois plus importantes aux États-Unis, huit fois plus au Canada et en Angleterre/Irlande du Nord (Royaume-Uni), et trois fois plus en Estonie, en Finlande, et en Italie (OCDE, 2013 p. 130).

Les personnes exerçant une profession qualifiée obtiennent un niveau de compétence plus élevé que ceux qui exercent une profession élémentaire (OCDE, 2013 p. 151).

Outre leur lien direct avec les compétences, le niveau et le type de formation scolaire, ainsi que les qualifications obtenues, sont indirectement liés aux compétences en traitement de l'information. Ils sont déterminants pour accéder à un emploi et aux formations continues. Le système éducatif permet aussi d'acquérir des comportements, des attitudes et des pratiques facilitant l'apprentissage tout au long de la vie, comme l'intérêt pour la lecture ou un goût pour l'apprentissage (OCDE, 2013 p. 127).

La relation entre le niveau de formation et les compétences en traitement de l'information est complexe : les personnes plus compétentes ont plus de chance de faire de longues études, par exemple, et donc de trouver un meilleur emploi offrant davantage de possibilités de développer ces compétences (OCDE, 2013 p. 127). Les différentes compétences sont finalement liées à des différences de profession même si dans certains pays, les adultes ont des scores assez élevés, quelle que soit leur catégorie professionnelle (Finlande et Japon) (OCDE, 2013 p. 141).

Les personnes peu instruites obtiennent en moyenne les scores les plus faibles en littératie au Canada, en Espagne, aux États-Unis, en France et en Italie. Au Japon, les personnes peu instruites obtiennent, en moyenne, des scores très élevés (269 points), plus élevés même que ceux des personnes diplômées du deuxième cycle de l'enseignement secondaire aux États-Unis, en France et en Pologne. Pour ce qui concerne, les adultes peu instruits d'Estonie, de Finlande, de Norvège, des Pays-Bas et de République tchèque, ils ont des scores relativement élevés et assez supérieurs à la moyenne générale des adultes peu instruits (OCDE, 2013 p. 128). Les États-Unis se distinguent pourtant par leur écart important entre ces deux groupes aussi bien en littératie qu'en numératie. Ces différences peuvent s'expliquer par la qualité variable de l'éducation, et la diversité des systèmes de formation et de scolarisation (OCDE, 2013 p. 127).

En outre, les États-Unis sont suivis de la France que ce soit en littératie (63 points de différence) ou en numératie (79 points de différence) (cf. figure 20).

Le fait de ne pas être scolarisé et d'être sans emploi est susceptible d'avoir un impact négatif sur le développement des compétences. Les jeunes adultes non scolarisés et sans emploi ont ainsi en moyenne trois fois plus de risques de se situer au niveau 2 ou en deçà sur l'échelle de compétence en littératie que les jeunes encore scolarisés. Cette probabilité pour les jeunes inactifs de se situer au niveau 2 ou en deçà est six fois plus élevée au Canada et deux fois plus élevée en Estonie. La proportion moyenne de jeunes inactifs dans les pays est d'environ 5%. Cette proportion est la plus élevée en République slovaque (12%) et la plus faible aux Pays-Bas (1%) (OCDE, 2013 p. 130).

Par ailleurs, le fait d'exercer une activité professionnelle sans suivre une formation n'aboutit pas forcément à des compétences plus élevées. Que ce soit en Allemagne, en Corée, en Espagne, au Japon, aux Pays-Bas, en Pologne et en République tchèque, les jeunes âgés de 16 à 24 ans qui travaillent et qui sont non scolarisés sont plus susceptibles d'obtenir un niveau de compétence inférieur à celui des 16-34 ans encore scolarisés. Les résultats indiquent que commencer à travailler très jeune, notamment dans des emplois peu qualifiés, donnerait moins de chances aux jeunes de développer des compétences en traitement de l'information au-delà d'un niveau purement fonctionnel et limité. De plus, les jeunes qui étudient et travaillent en même temps sont eux aussi plus susceptibles d'avoir un faible niveau de compétence (OCDE, 2013 p. 130).

Mais si les effets d'autres caractéristiques socio-démographiques, comme l'âge sont pris en compte, alors, la corrélation entre le niveau de formation et les compétences diminue dans tous les pays, même si, cette corrélation reste forte (OCDE, 2013 p. 128). Ainsi, cumuler une formation initiale insuffisante et un manque d'occasions d'améliorer ses compétences peut devenir un cercle vicieux : un faible niveau de compétence limite les possibilités de développement et inversement (OCDE, 2013 p. 24).

### 3.3.2. Selon la langue

Les migrations ont transformé le profil démographique de la plupart des pays de l'OCDE. Dans 13 des pays qui ont participé, les immigrés représentent au moins 10% de la population totale actuelle (OCDE, 2013 p. 136).

Dans certains pays, l'ancienneté de la présence dans le pays paraît avoir peu d'effet sur le niveau de compétence, soit parce que les incitations à apprendre la langue du pays d'accueil ne sont pas assez fortes, soit parce que les politiques en faveur de l'apprentissage de la langue du pays ne sont pas suffisamment efficaces (OCDE, 2013 p. 147).

Il apparaît que les immigrés de langue étrangère présentent des compétences en littératie, en numératie et en résolution de problèmes dans des environnements à forte composante technologique clairement inférieures à celles des personnes autochtones dont la première ou la deuxième langue apprise dès l'enfance est la même que celle de l'évaluation (cf. figure 20) (OCDE, 2013 p. 24).

Le score moyen obtenu par les personnes nées à l'étranger est de 247 points (niveau 2) sur l'échelle de compétence en littératie, alors qu'il est de 276 points pour les autochtones (niveau 3). Toutefois, ces scores varient selon les pays. Ces scores moyens sont les plus faibles en Italie (228 points), en France (229 points), en Espagne (232 points), en Suède (235 points) et en Corée (235 points). Ces scores moyens sont les plus élevés en Australie (271 points), en Estonie (256 points) et au Canada (256 points) (OCDE, 2013 p. 136).

Pour la majorité des pays, l'ancienneté de la présence dans le pays d'accueil des personnes nées à l'étranger fait une grande différence. Ceux qui ont vécu moins de cinq ans dans le pays d'accueil obtiennent des scores inférieurs à ceux qui y vivent depuis plus de cinq ans (OCDE, 2013 p. 136).

La différence moyenne des scores entre les personnes autochtones et celles nées à l'étranger est d'environ 29 points sur l'échelle de compétence en littératie. Les écarts sont importants entre les pays. Les différences les plus grandes en littératie se remarquent en Suède (54 points de différence) et en Finlande (51 points de différences) (OCDE, 2013 p. 136).

L'évaluation témoigne que la corrélation négative entre les compétences et le fait d'avoir été élevé dans une langue étrangère est plus importante qu'entre les compétences et le fait d'être né à l'étranger). Dans les différents pays, environ 7% des personnes sont nées à l'étranger et n'ont pas été élevées dans la langue de l'évaluation. Ce pourcentage est cependant plus faible au Japon et en Pologne, mais très élevé au Canada (17%) (OCDE, 2013 p. 136).

Les adultes nés à l'étranger dont la langue est différente de celle de l'évaluation (c'est à dire les immigrés de langue étrangère) ont en moyenne un score moins élevé en littératie (240 points) (OCDE, 2013 p. 136). En revanche, les personnes autochtones dont la langue est différente de la langue de l'évaluation (comme les immigrés de la deuxième génération ou les personnes qui

font partie d'une minorité linguistique) ont des scores plus élevés (264 points) que les immigrés de langue étrangère, et plus semblables à ceux des adultes autochtones qui ont appris la langue de l'évaluation en tant que première ou deuxième langue dans l'enfance (276 points). Environ 2% des personnes sont dans ce groupe, sauf pour le Canada et la République slovaque (5%) (OCDE, 2013 p. 136). Le fait que ces personnes soient autochtones et aient a priori vécu dans le pays depuis leur naissance leur donne un avantage conséquent sur les immigrés de langue étrangère (OCDE, 2013 p. 136).

Concernant les compétences en résolution de problèmes dans des environnements à forte composante technologique des immigrés de langue étrangère, 18% ont ou dépassent le niveau 2 et 82% sont au niveau 1 ou en deçà, ou n'ont pas de compétences dans ce domaine, soit parce qu'ils n'ont pas voulu passer l'évaluation informatisée, soit parce qu'ils n'avaient jamais utilisé d'ordinateur ou qu'ils ont échoué au test en informatique (OCDE, 2013 p. 136).

Dans la majorité des pays, la prise en compte d'autres caractéristiques présente un impact peu important sur l'écart de compétences entre les immigrés de langue étrangère et les adultes autochtones. Néanmoins, la prise en compte d'autres facteurs amplifie le désavantage relatif des immigrés de langue étrangère, notamment en Australie et en Irlande (OCDE, 2013 p. 138). Par ailleurs, les immigrés de langue étrangère issus de milieux socio-économiques défavorisés ont 7 fois plus de risques que les autochtones issus de milieu plus favorisé d'être au niveau 2 ou en deçà en littératie. En moyenne, environ 40% des immigrés de langue étrangère sont issus de milieu socio-économique défavorisé. Ainsi, même s'ils sont issus d'un milieu plus favorisé, les immigrés de langue étrangère ont des risques plus importants d'être au niveau 2 que les autochtones issus de milieux défavorisés quand on les compare aux autochtones issus de milieux plus favorisés qui ont eux 1,5 fois plus de risques que les autochtones issus de milieux plus favorisés d'obtenir un score au niveau 2 ou en deçà en littératie (OCDE, 2013 p. 138). Cela révèle que les immigrés de langue étrangère, même s'ils viennent de familles instruites, ont souvent des possibilités limitées de développer leurs compétences en traitement de l'information dans la langue locale (OCDE, 2013 p. 141).

Il existe ainsi des désavantages cumulés concernant les compétences clés en traitement de l'information nécessaires dans la vie quotidienne et dans des situations professionnelles pour les immigrés de langue étrangère (OCDE, 2013 p. 138). Les immigrés de langue étrangère sont ainsi particulièrement fragiles car un faible niveau de formation associé à un faible niveau de

compétence dans la langue du pays d'accueil rend encore plus difficile l'intégration sur le marché du travail et dans la société (OCDE, 2013 p. 147).

### 3.3.3. Selon l'âge

Les compétences en littératie, en numératie et en résolution de problèmes dans des environnements à forte composante technologique sont liées à l'âge (cf. figure 20) dans tous les pays ou (OCDE, 2013 p. 201). Cette relation est la plus importante vers 30 ans. Les plus âgés ont des niveaux de compétence inférieurs aux plus jeunes. Les différences de compétences liées à l'âge ne dépendent pas seulement de facteurs biologique. La qualité de la formation initiale et les possibilités de continuer à se former ou faire des activités permettant de maintenir et de développer ses compétences tout au long de la vie interviennent également (OCDE, 2013 p. 147). Le déclin de compétences dès 30 ans est donc lié aux occasions de développer ou maintenir des compétences tout au long de la vie et aux effets du vieillissement biologique (OCDE, 2013 p. 201). Néanmoins, même si les plus âgés ont dans l'ensemble des compétences inférieures à celles des plus jeunes, l'ampleur de l'écart entre les générations varie beaucoup d'un pays à l'autre, ce qui laisse penser que les politiques et d'autres leviers d'action peuvent réduire l'impact des facteurs responsables de la corrélation négative entre le niveau de compétences en traitement de l'information et l'âge de la personne (OCDE, 2013 p. 24).

Par ailleurs, les femmes plus âgées même si elles exercent une profession qualifiée, sont plus susceptibles d'avoir un score plus faible en résolution de problèmes dans des environnements à forte composante technologique que les hommes ayant le même profil. Elles ont ainsi 4 fois plus de risques d'avoir un niveau plus faible de compétence que les travailleurs plus jeunes qui ont une profession qualifiée. Ces risques sont 7 fois plus importants en Allemagne, en Corée, en Finlande et au Japon, (OCDE, 2013 p. 147).

### 3.3.4. Selon le sexe

Beaucoup de pays de l'OCDE ont fait des progrès ces dernières décennies pour réduire l'écart entre les sexes dans l'éducation et le monde du travail. Les résultats de l'enquête PISA montrent que les filles de 15 ans ont de meilleurs résultats que les garçons en compréhension de l'écrit et ont des aspirations professionnelles plus importantes qu'eux (OCDE, 2012a, cité dans OCDE, 2013 p. 117). Les femmes sont d'ailleurs, aujourd'hui, plus nombreuses que les

hommes dans l'enseignement tertiaire (OCDE, 2012b, cité dans OCDE, 2013 p. 117). Pourtant, malgré ces avancées, des inégalités persistent : elles sont moins susceptibles de faire une carrière dans les sciences et les technologies, et elles ont un salaire inférieur aux hommes à niveau de formation égal (OCDE, 2012a, cité dans OCDE, 2013 p. 117).

Les hommes ont des scores plus élevés que les femmes en numératie et en résolution de problèmes dans des environnements à forte composante technologique, mais l'écart est peu important et se réduit davantage si d'autres caractéristiques sont prises en compte. De plus, chez les jeunes adultes, l'écart de compétences entre les hommes et les femmes est négligeable (OCDE, 2013 p. 24).

En littératie, l'écart en faveur des hommes est moindre : pour la moitié des pays, il n'existe aucune différence en numératie entre les jeunes hommes et les jeunes femmes, et en littératie, ils ont un niveau équivalent ; cependant, les jeunes femmes réussissant légèrement mieux dans certains cas (OCDE, 2013 p. 151).

Il existe des différences entre les sexes parmi les adultes peu instruits issus de milieux socio-économiques défavorisés (OCDE, 2013 p. 136). En moyenne, les femmes peu instruites et plus âgées issues de milieux défavorisés risquent davantage d'avoir un faible score en littératie que les hommes ayant le même profil (OCDE, 2013 p. 136). Les femmes ayant ce profil ont cinq fois plus de chance d'avoir un score plus faible en littératie, alors que la probabilité est légèrement plus faible pour les hommes ayant le même profil, par rapport aux hommes ayant au moins atteint le deuxième cycle du secondaire et issus d'un milieu plus favorisé (OCDE, 2013 p. 136).

Ce constat s'observe dans presque la moitié des pays, notamment au Canada, en Flandre (Belgique), en Italie, aux Pays-Bas et en Espagne. Au contraire, en Angleterre/Irlande du Nord (Royaume-Uni), en Pologne et en République slovaque, le constat est inverse : les hommes issus de milieux défavorisés ont davantage de risque d'obtenir un niveau plus faible de compétence (OCDE, 2013 p. 136).

Concernant l'utilisation des ordinateurs et les compétences et les comportements en matière d'informatique, l'écart entre les sexes a diminué notamment chez les plus jeunes. La plupart des différences chez les 16-24 ans sont insignifiantes, même s'il existe toujours des différences entre les sexes chez les adultes âgés de 16 à 65 ans (OCDE, 2013 p. 120).



Les différences entre les sexes concernant les compétences clés en traitement de l'information sont minimales, pour autant, il existe des différences importantes entre les immigrés et les autochtones (OCDE, 2013 p. 141).

Les femmes immigrées qui n'ont pas été élevées dans la langue de l'évaluation ont 4 fois plus de risques que les hommes autochtones de n'avoir aucune compétence ou de se situer au niveau 1 ou en deçà (OCDE, 2013 p. 141).

Les hommes immigrés qui n'ont pas été élevés dans la langue de l'évaluation sont aussi plus susceptibles de ne disposer d'aucune compétence ou de se situer au niveau 1 ou en deçà, mais dans une moindre mesure que les femmes immigrées présentant le même profil linguistique (OCDE, 2013 p. 141). Cela est particulièrement vrai en Allemagne, en Australie et en Angleterre/Irlande du Nord (Royaume-Uni), et de façon plus faible, aux Pays-Bas et en Suède (cf. figure 19). Au contraire, les États-Unis, la Flandre (Belgique) et la Norvège ont une situation inverse : les hommes immigrés sont plus susceptibles de ne posséder que peu, voire aucune, compétence en résolution de problèmes dans des environnements à forte composante technologique que les femmes immigrées de langue étrangère (OCDE, 2013 p. 141).

### 3.3.5. Selon le milieu socio-économique

La pente du gradient socio-économique est en moyenne plus prononcée<sup>51</sup> pour l'ensemble de la population adulte que chez les jeunes. Les États-Unis ont le gradient dont la pente est la plus marquée pour les 16-65 ans, mais elle est proche de la moyenne pour les 16-24 ans. En Corée, la corrélation entre le milieu socio-économique et les compétences est aussi plus faible chez les jeunes adultes que pour l'ensemble des adultes. En revanche, en Angleterre/Irlande du Nord (Royaume-Uni), au Danemark, en Estonie, en République slovaque et en République tchèque, la pente du gradient socio-économique est plus marquée pour les jeunes adultes que pour l'ensemble de la population adulte (OCDE, 2013 p. 126).

La Corée, l'Espagne, l'Irlande, le Japon, les Pays-Bas et la Suède sont les pays où la corrélation entre le milieu socio-économique et les compétences en littératie chez les jeunes adultes est la plus faible. C'est en Allemagne, en Angleterre/Irlande du Nord (Royaume-Uni),

---

<sup>51</sup> Ce qui signifie que la corrélation entre le milieu socio-économique et la compétence est plus forte (OCDE, 2013 p. 126).

en Pologne, en République slovaque et en République tchèque qu'elle est la plus forte (OCDE, 2013 p. 126).

Le niveau de formation des parents est étroitement lié à leur milieu socio-économique, qui est aussi le milieu socio-économique dans lequel les personnes interrogées ont été élevées. C'est pourquoi, l'Évaluation des compétences des adultes utilise ainsi le niveau de formation des parents comme indicateur du milieu socio-économique. Trois catégories de milieu sont distinguées : aucun des parents n'a atteint le deuxième cycle de l'enseignement secondaire, au moins un des parents a atteint le deuxième cycle de l'enseignement secondaire, et au moins un des parents a atteint l'enseignement tertiaire. Cette catégorisation permet de mesurer la mobilité sociale intergénérationnelle, c'est-à-dire l'évolution du statut social entre les générations, et non l'évolution d'une personne tout au long de sa vie. Plus la corrélation entre milieu socio-économique et compétences est forte, plus la mobilité sociale intergénérationnelle est alors faible (OCDE, 2013 p. 121).

Certains pays arrivent à combiner des performances élevées et une corrélation faible ou modérée entre le milieu socio-économique et les résultats des élèves (OCDE, 2010, 2013 p. 121). L'évaluation des compétences des adultes permet d'étudier la corrélation entre milieu socio-économique et compétences en traitement de l'information avec une tranche d'âge beaucoup plus large, permettant de comprendre dans quelle mesure les différents systèmes d'enseignement et de formation des adultes peuvent garantir des possibilités d'apprentissage égales pour tous, quel que soit le milieu socio-économique (OCDE, 2013 p. 121).

Les constats de l'évaluation des compétences des adultes sont clairs : les adultes issus de milieux socio-économiques favorisés obtiennent des scores plus élevés que ceux des milieux défavorisés. La force de la corrélation entre les compétences et le milieu socio-économique varie considérablement entre les pays et, au sein des pays, et entre les groupes d'âge (OCDE, 2013 p. 121). Pour quelques pays, la corrélation entre le niveau de formation des parents et les compétences paraît avoir évolué au fil du temps. En Corée et aux États-Unis, la corrélation est beaucoup plus faible chez les jeunes adultes que chez les plus âgés, ce qui apparaît comme une mobilité sociale plus élevée chez les jeunes gens (OCDE, 2013 p. 121).

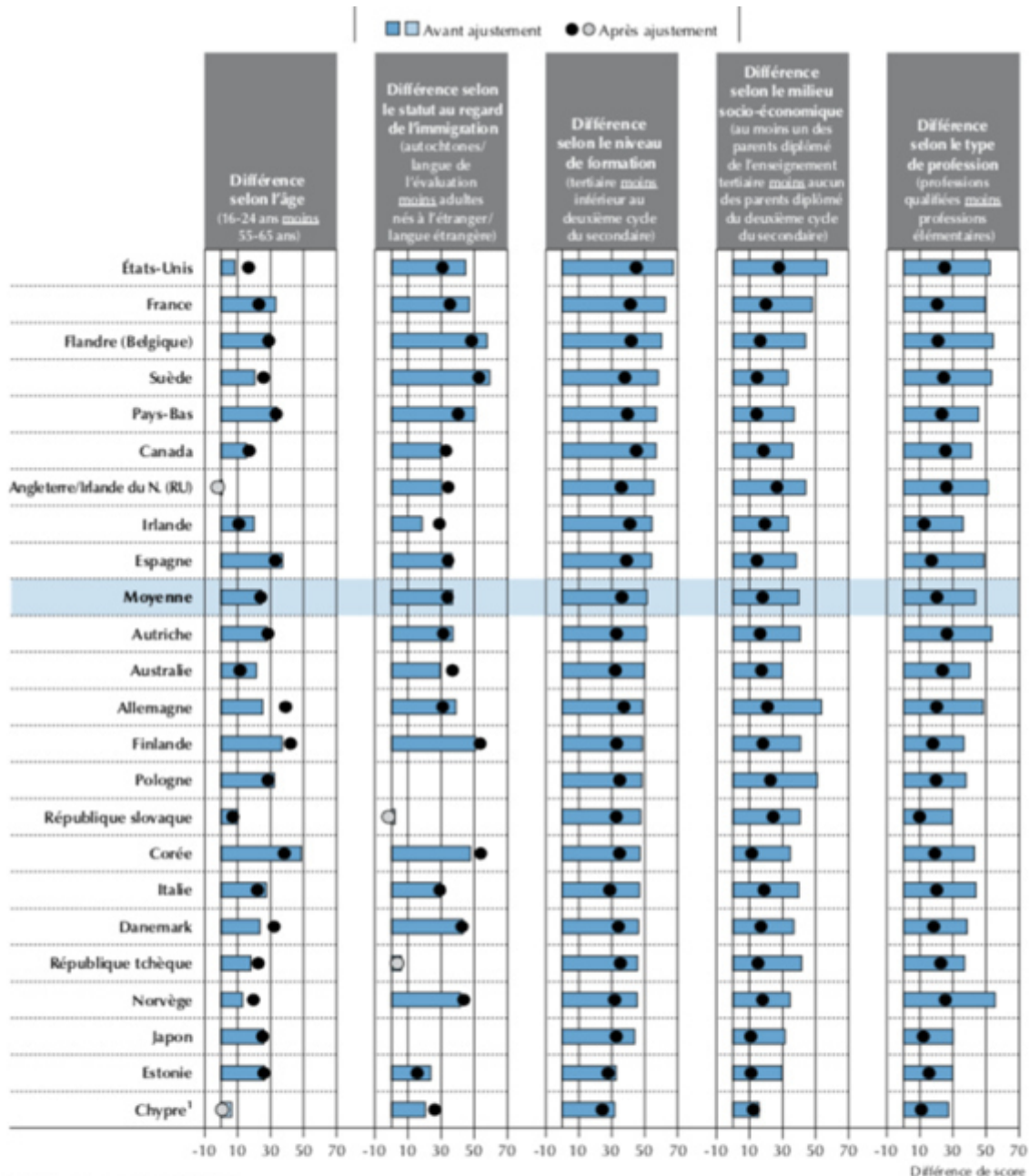
En moyenne, les adultes dont au moins un parent a atteint l'enseignement tertiaire ont les scores les plus élevés (295 points) en littératie, suivis par ceux dont au moins un parent a atteint le deuxième cycle de l'enseignement secondaire (278 points). Ceux dont aucun parent

n'a atteint le deuxième cycle de l'enseignement secondaire ont les scores les plus faibles (255 points) (OCDE, 2013 p. 121).

Les différences les plus importantes de compétence en littératie et en numératie entre les adultes dont au moins un parent a un niveau élevé de formation et ceux dont les deux parents ont un faible niveau de formation se constatent aux États-Unis et en Allemagne (57 points et 54 points), et c'est aussi dans ces pays que les adultes dont les parents n'ont pas atteint le deuxième cycle de l'enseignement secondaire ont les scores les plus faibles en littératie. En revanche, l'Australie, l'Estonie, le Japon et la Suède présentent les différences les plus faibles (28-33 points) entre ces deux groupes d'adultes (OCDE, 2013 p. 121).

Un pourcentage faible d'adultes issus de milieux défavorisés parvient au niveau 2 ou 3 sur l'échelle de compétence en résolution de problèmes dans des environnements à forte composante technologique : la moyenne est de 16%, (allant de 3% à 8% en Estonie, aux États-Unis, en Pologne, en République slovaque et en République tchèque, à 25% à 30% en Australie, aux Pays-Bas et en Suède) (OCDE, 2013 p. 126).

Sept pays (dont l'Australie, le Japon et les Pays-Bas) associent des scores en littératie supérieurs à la moyenne et un gradient socio-économique dont la pente est moins marquée que la moyenne, et six pays (dont l'Allemagne, les États-Unis et la Pologne) présentent des scores en littératie inférieurs à la moyenne et un gradient socio-économique plus marqué que la moyenne (cf. figure 19). Au contraire, certains pays ont le rapport inversé : la Finlande, la Flandre (Belgique), la République slovaque et la République tchèque ont des scores supérieurs à la moyenne en littératie, tout en présentant un gradient socio-économique plus marqué que la moyenne, alors que des pays comme la Corée, le Danemark et l'Irlande ont des scores en littératie inférieurs à la moyenne et un gradient socio-économique avec une pente moins prononcée que la moyenne (OCDE, 2013 p. 127).



1. Voir les notes en fin de chapitre.

**Remarques :** les différences statistiquement significatives sont indiquées dans une couleur plus foncée. Les estimations basées sur des échantillons de moins de 30 observations (ex : différence selon le statut au regard de l'immigration au Japon et en Pologne) n'apparaissent pas. Les différences avant ajustement correspondent à la différence entre les deux moyennes de chaque catégorie. Les différences après ajustement sont basées sur un modèle de régression qui prend en compte les différences associées aux variables suivantes : âge, sexe, niveau de formation, statut au regard de l'immigration et langue, milieu socio-économique et type de profession. Seule la différence de score entre deux catégories est indiquée, ce qui permet de mettre en évidence l'importance relative de chaque variable socio-démographique sur les différences de score observées. Pour consulter les résultats de régression détaillés, notamment pour chaque catégorie de chaque variable incluse dans le modèle, voir le tableau B3.17 (L) à l'annexe B.

Les pays sont classés par ordre croissant de la différence de score en littératie avant ajustement (tertiaire moins inférieur au deuxième cycle du secondaire).

Source : Évaluation des compétences des adultes (PIAAC) (2012), tableaux A3.1 (L), A3.2 (L), A3.6 (L), A3.9 (L), A3.15 (L) et A3.19 (L).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932900821>

Figure 20. Synthèse des différences de score en littératie, selon les caractéristiques sociodémographiques (OCDE, 2013 p. 112).

### 3.3.6. Développement, maintien et détérioration des compétences

Les compétences en littératie, en numératie et en résolution de problèmes dans des environnements à forte composante technologique semblent très liées à l'âge. Cette corrélation est à son maximum à 30 ans, puis décline de façon constante ; les plus âgés ont ainsi des niveaux de compétence inférieurs aux plus jeunes. Cette baisse des compétences liée au vieillissement est liée à la fois aux possibilités de développement et de maintien des compétences tout au long de la vie, et à la fois aux effets du vieillissement biologique (OCDE, 2013 p. 24).

De plus, il apparaît également une corrélation importante entre le degré de participation à des actions de formation et la maîtrise moyenne des compétences clés en traitement de l'information (OCDE, 2013 p. 24). Cependant, ceux qui pratiquent plus souvent des activités liées à la littératie, la numératie et l'informatique (dans un cadre professionnel ou privé) maîtrisent davantage les compétences en littératie, en numératie et en résolution de problèmes, même quand le niveau de formation est pris en compte.

Les compétences acquises dans le cadre de la formation scolaire peuvent se perdre si elles ne sont pas mises en oeuvre. Ainsi, plus la durée pendant laquelle une personne a été en dehors du système scolaire est longue, plus la relation directe entre sa formation scolaire et ses compétences est faible, plus d'autres facteurs peuvent influencer les compétences (comme l'environnement social et professionnel).

La formation scolaire d'une personne plus âgée aura vraisemblablement un effet moins direct sur ses compétences que pour une personne plus jeune (OCDE, 2013 p. 127). Par ailleurs, la pratique d'activités pertinentes dans le cadre privé a plus d'effet sur la maîtrise des compétences que la pratique d'activités semblables dans un cadre professionnel (OCDE, 2013 p. 24).

Cette étude de l'OCDE montre également qu'il existe des liens très forts entre l'éducation, le niveau de littératie et l'état de santé perçu (Borgonovi & Pokropek, 2016, p. 11 ; *Quelle relation entre l'éducation, les compétences en littératie et l'état de santé perçu ?* 2016, p. 3).

## **4. Le développement de compétences en santé et littératie en santé (LES)**

### **4.1. Les conséquences des compétences sur la santé**

#### 4.1.1. La relation entre état de santé et compétences

Les compétences en littératie, en numératie et en résolution de problèmes dans des environnements à forte composante technologique montrent également une corrélation positive avec le bien-être. Dans tous les pays, les personnes qui obtiennent les niveaux les plus faibles sur l'échelle de compétence de littératie sont plus susceptibles de signaler être en mauvaise santé et elles ont aussi davantage tendance à ne pas faire confiance aux autres (OCDE, 2013 p. 239). Par ailleurs, ces compétences peuvent avoir des effets éventuellement importants sur la santé (OCDE, 2007 ; 2010, 2013 p. 258). Les personnes ont besoin de compétences en traitement de l'information notamment pour faire face aux systèmes actuels de santé plus compliqués (Bernhardt et al., 2005, cités dans OCDE, 2013 p. 258) : les personnes doivent de plus en plus prendre en charge leur santé et leur bien-être, notamment en traitant les informations de santé (OCDE, 2013 p. 258).

En moyenne, la probabilité que les personnes qui ont un score inférieur ou égal au niveau 1 sur l'échelle de compétence en littératie révèlent un état de santé moyen à mauvais est deux fois plus importante que pour ceux qui obtiennent le niveau 4 ou 5 (OCDE, 2013 p. 259). Les personnes qui ont un niveau 2 sont aussi plus susceptibles de faire état d'une santé moyenne voire mauvaise. Pour les adultes se situant au niveau 3, la probabilité d'indiquer un mauvais état de santé est proche de celle qui atteignent le niveau 4 ou 5, ce qui suggère un seuil près du niveau 3. La corrélation entre la littératie et l'état de santé signalé est la plus marquée en Allemagne, aux États-Unis et en Autriche ; elle est la plus faible au Japon et en Italie (OCDE, 2013 p. 259).

#### 4.1.2. Les liens entre l'éducation et les retombées sociales

Le système d'éducation paraît avoir un rôle important dans les mécanismes de transmission des compétences en traitement de l'information pour favoriser les retombées positives dans la société (OCDE, 2013 p. 264).

Les liens entre l'éducation et les retombées sociales sont fortement corrélées, mais l'ensemble reste complexe (Campbell, 2006 ; OCDE, 2007 Desjardins, 2008 ; OCDE, 2013 p. 260).

Au moins trois mécanismes se distinguent :

- Le mécanisme absolu : il suppose un effet direct de l'éducation.

L'éducation permet de développer des ressources et des capacités pouvant influencer sur les retombées sociales, c'est-à-dire que les programmes scolaires, les méthodes pédagogiques et les principes, et l'organisation des établissements agissent sur ces retombées. Le principe est que la formation scolaire contribue à développer les connaissances, les compétences, les valeurs, les attitudes, les croyances et les motivations pouvant être pertinentes vis à vis des retombées sociales (OCDE, 2013 p. 260).

- Le mécanisme relatif : il suppose un effet de tri lié au niveau de formation.

L'éducation a principalement un effet par son action sur la position relative des personnes dans la société, c'est-à-dire qu'elle permet non de développer des ressources et des capacités, mais de trier les personnes selon une position sociale (OCDE, 2013 p. 260).

- Le mécanisme cumulatif : il présume d'un potentiel effet absolu de l'éducation mais des retombées dépendantes du niveau de formation des pairs et/ou de l'entourage.

Certains effets de l'éducation ne peuvent se réaliser seulement dans les groupes ayant des niveaux de formation identiques, et la prévalence de l'effet augmente avec le niveau moyen de formation. Ce dernier mécanisme admet ainsi un rendement cumulatif de l'éducation, et que de fortes inégalités en termes de niveau de formation peuvent avoir des conséquences négatives sur certaines retombées (OCDE, 2013 p. 260).

Pourtant, le niveau de littératie en santé (LES) n'est pas toujours proportionnel au niveau d'instruction : « la littératie en santé n'est pas équivalente au degré d'éducation en dépit de fortes corrélations. [...] une bonne littératie en santé peut atténuer l'effet négatif d'un faible niveau d'études » (Vancorenland et al., 2015, p. 4). La relation entre état de santé et compétences est complexe. Les personnes en meilleure santé sont plus susceptibles que les personnes en mauvaise santé de participer à des activités leur permettant de conserver leurs compétences en littératie et elles ont aussi plus de chance d'occuper un emploi présentant peu de risques pour la santé (comme des accidents du travail ou l'exposition à des matières toxiques) (OCDE, 2013 p. 258).

## **4.2. La littératie en santé (LES)**

### 4.2.1. Les contours de la LES

#### 4.2.1.1. Les dimensions de la littératie en santé (LES)

La littératie en santé (LES) englobe « les capacités des individus à lire et à comprendre des informations relatives à la santé, leur aptitude à communiquer en matière de santé, ainsi que leur capacité à évaluer et critiquer les informations liées à la santé. L'ensemble est pensé dans une perspective d'autonomisation et de meilleure gestion de sa propre santé ainsi que de celle de la collectivité dans des environnements sociaux, économiques et culturels variés » (Balcou-Debussche, 2016, p. 91).

La LES recouvre ainsi quatre dimensions : Accéder, Comprendre, Évaluer, et Appliquer (Van Den Broucke & Renwart, 2014, p. 4). Une personne ayant un bon niveau de littératie en santé doit être capable de : « 1) comprendre et exécuter des directives en matière d'auto-soins, notamment l'administration de traitements curatifs médicaux quotidiens complexes, 2) planifier son mode de vie et y apporter les modifications nécessaires pour améliorer sa santé, 3) prendre des décisions adéquates et éclairées en matière de santé, 4) savoir comment et quand avoir accès à des soins de santé, au besoin, 5) partager avec d'autres des activités favorisant la santé et 6) faire face aux problèmes de santé dans son milieu et la société en général. » (Penney, 2014, p. 6).

La LES pourrait donc jouer un rôle de médiation entre les inégalités sociales et les inégalités de santé qui leur sont liées.

#### 4.2.1.2. Les enjeux de la LES face aux inégalités sociales de santé

Les personnes issues d'un milieu défavorisé ont plus de risques de rencontrer des difficultés à l'école et sur le marché du travail. L'égalité des chances, qui suppose l'équité, peut alors aider à atténuer ces différences en permettant à chacun de réaliser son potentiel sans être lésé par sa situation personnelle ou sociale (OCDE, 2013 p. 120).



La stratégie nationale de santé définie par le Gouvernement à partir de l'analyse faite par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) sur l'état de santé de la population et ses principaux déterminants, souligne la persistante des inégalités sociales et territoriales de santé en France, et ce à des niveaux élevés. C'est pourquoi, chacun des objectifs de la stratégie nationale de santé vise à la réduction de l'ensemble des inégalités en matière de santé<sup>52</sup>.

Le niveau de littératie a un impact indirect sur la santé. La recherche montre que « les personnes ayant une faible littératie ont moins de connaissances sur les maladies et leurs traitements, et présentent des difficultés à comprendre les questions de santé en général. Elles ont plus de difficultés avec les communications verbales des médecins. Globalement, elles présentent de plus hauts niveaux de stress et des sentiments de vulnérabilité plus forts » (Rootman & Ronson, 2005, p. 68).

D'autres recherches indiquent aussi une relation entre de bas niveaux de littératie et une prévalence plus forte des facteurs de risque, une participation plus faible à la prévention, une faible compréhension des prescriptions médicales, et l'accroissement des effets indésirables, une faible autonomie dans la gestion des maladies chroniques, un moins bon état de santé général... (Berkman et al., 2011, p. 102 ; Easton et al., 2010, p. 9).

La LES devient alors un déterminant de la santé, en ce qu'elle contribue à l'autonomisation ou à l'empowerment des personnes (Kickbusch et al., 2013, p. 5). Elle renvoie à des actions rendant les environnements plus favorables à l'exercice des compétences des personnes, et les accompagnant dans leur parcours de vie.

#### 4.2.1.3. Une définition de LES et de ses visées

Pour notre étude, nous nous sommes appuyés sur la définition de Sørensen et al. (2013, p. 2) : « la connaissance, les compétences, la motivation et la capacité d'un individu à repérer, comprendre, évaluer et utiliser des informations sur la santé lors de la prise de décisions dans les contextes des soins de santé, de la prévention des maladies et de la promotion de la santé pour maintenir ou améliorer la qualité de la vie au cours de la vie ».

---

<sup>52</sup> La stratégie nationale de santé : Axe 2- lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé. La stratégie a été publiée par le décret n° 2017-1866 du 29 décembre 2017.

Le développement de la littératie en santé et la promotion de la santé visent ainsi les mêmes objectifs : la réduction des inégalités sociales de santé, la transformation sociale (comme l'accès à l'information), le développement d'une culture commune de participation sociale (comme un capital culturel pour la santé) et l'empowerment des personnes et des groupes. Par ailleurs, toutes deux, LES et promotion de la santé, partagent les mêmes valeurs sur le plan éthique : « il s'agit bien d'une question de justice, d'équité dans l'accès aux soins et services. » (Giroux, cité dans Dupuis, 2015). « Parce que la santé et l'apprentissage sont inextricablement liés, les déterminants de la santé peuvent être aussi des déterminants de la littératie. En fait, la littératie est classée comme un déterminant de la santé. Cependant, elle est aussi un résultat de l'éducation et peut être un résultat d'autres déterminants de la santé » (Rootman & Ronson, 2005, p. 68).

Par ailleurs, la LES ne peut pas être observée comme un déterminant de la santé ordinaire puisque les niveaux élevés de LES dans la population entraînent des gains sociaux, économiques et environnementaux de la santé. Il faudrait donc la voir « comme un médiateur important des effets des facteurs sociaux sur la santé, tels que le niveau de revenu ou d'éducation par exemple » (Van Den Brouck, cité dans Dupuis, 2015).

#### 4.2.2. La LES comme médiateur des effets des facteurs sociaux sur la santé

La stratégie nationale de santé (SNS 2018-2022) vise à développer dès le plus jeune âge l'éducation pour la santé et les compétences psychosociales<sup>53</sup>. Elle constate que les comportements des individus, leurs modes de vie et les inégalités de santé sont en partie déterminés par la littératie en santé (SNS 2018-2022, p. 79). Selon la SNS, ces compétences psychosociales doivent se développer dès le plus jeune âge, et tout au long de la vie, notamment grâce à l'éducation à la santé. L'Éducation nationale participe en effet déjà à cette stratégie notamment avec la mise en œuvre du parcours éducatif de santé. La SNS souligne qu'il sera nécessaire d'intégrer la littératie en santé et l'éducation pour la santé dans tous les programmes d'enseignement et garantir la mise en œuvre effective du parcours éducatif de santé de la maternelle au lycée (SNS 2018-2022, p. 79).

---

<sup>53</sup> Stratégie nationale de santé (SNS 2018-2022).  
[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_sns\\_2017\\_vdef.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf)

La deuxième vague de collecte de données dans le cadre de l'Évaluation des compétences des adultes (programme PIAAC) comporte neuf pays supplémentaires (Chili, la Grèce, l'Indonésie, Israël, Lituanie, Nouvelle-Zélande, Singapour, la Slovénie et Turquie) (OCDE, 2016, p. 4).

Cette enquête confirme les résultats existants issus de l'enquête PIAAC de 2013 concernant les compétences des adultes (cf. figure 21).

	<div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 0.8em;"> <span style="width: 30%;"><span style="background-color: #4f81bd; color: white; padding: 2px;">Significativement supérieur à la moyenne</span></span> <span style="width: 30%;"><span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Ne s'écartant pas de la moyenne dans une mesure significative</span></span> <span style="width: 30%;"><span style="background-color: #c0c0c0; padding: 2px;">Significativement inférieur à la moyenne</span></span> </div>		
	Littératie	Numératie	Résolution de problèmes dans des environnements à forte composante technologique
	Score moyen	Score moyen	(% au niveau 2 ou 3)
<b>Pays et économies de l'OCDE</b>			
Australie	280	268	38
Autriche	269	275	32
Canada	273	265	37
Chili	220	206	15
Rép. tchèque	274	276	33
Danemark	271	278	39
Angleterre (RU)	273	262	35
Estonie	276	273	28
Finlande	288	282	42
Flandre (Belgique)	275	280	35
France	262	254	m
Allemagne	270	272	36
Grèce	254	252	14
Irlande	267	256	25
Israël	255	251	27
Italie	250	247	m
Japon	296	288	35
Corée	273	263	30
Pays-Bas	284	280	42
Nouvelle-Zélande	281	271	44
Irlande du Nord (RU)	269	259	29
Norvège	278	278	41
Pologne	267	260	19
Rép. slovaque	274	276	26
Slovénie	256	258	25
Espagne	252	246	m
Suède	279	279	44
Turquie	227	219	8
États-Unis	270	253	31
Moyenne OCDE	268	263	31
<b>Partenaires</b>			
Chypre <sup>1</sup>	269	265	m
Jakarta (Indonésie)	200	210	m
Lituanie	267	267	18
Féd. de Russie <sup>2</sup>	275	270	26
Singapour	258	257	37

Remarque : Chypre<sup>1</sup>, l'Espagne, la France, l'Italie, et Jakarta (Indonésie) n'ont pas participé à l'évaluation de la résolution de problèmes dans des environnements à forte composante technologique.

1. Voir la note dans l'encadré 1.1.

2. Voir la note à la fin de ce document.

Les pays et économies sont listés par ordre alphabétique.

Source : Évaluation des compétences des adultes (PIAAC) (2012, 2015), tableaux A2.3, A2.5 et A2.6.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933365695>

**Figure 21.** Synthèse de la performance en littératie, en numératie et en résolution de problèmes (OCDE, 2016, p. 7)

Suite à ces nouveaux résultats, les compétences en littératie, en numératie, et en résolution de problèmes, semblent toujours aussi importantes, comptes tenus des incidences sur

la vie sociale et professionnelle de la personne (voir annexe B.2) et sur les retombées individuelles notamment sur la santé. La formation et le niveau d'étude paraissent aussi avoir un impact fort sur les compétences en littératie (voir annexe B.3).

Cette étude de l'OCDE montre à nouveau qu'il existe des liens très forts entre l'éducation, le niveau de littératie et l'état de santé perçu (voir annexes B.4 et B.5) (Borgonovi & Pokropek, 2016, p. 11 ; OCDE, 2016, p. 3).

## Chapitre 3. Quelles sont les particularités du LP au regard des ISS ?

### 1. Les élèves de LP dans le système éducatif français

#### 1.1. Le système éducatif français

##### 1.1.1. Le découpage du système éducatif

Le système éducatif français est composé de trois degrés, répartis en cycles pour le 1<sup>er</sup> degré et le 2<sup>nd</sup> degré.

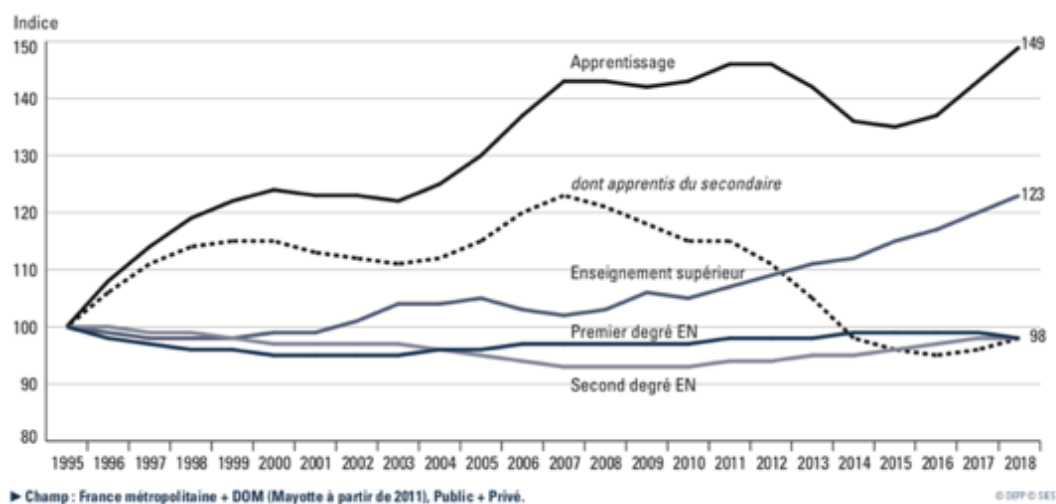
Le 1<sup>er</sup> degré correspond aux enseignements préélémentaire et élémentaire, en écoles maternelles et élémentaires. Ces enseignements s'étendent sur trois cycles : le cycle des apprentissages premiers, de la petite à la grande section de maternelle (cycle I) ; le cycle des apprentissages fondamentaux, du CP au CE2 (cycle II) et le cycle de consolidation, du CM1 à la sixième (cycle III).

Le 2<sup>nd</sup> degré correspond aux enseignements en collège, puis en lycée général ou technologique ou professionnel.

L'instruction est obligatoire pour tous les enfants, français et étrangers, à partir de 3 ans et jusqu'à 16 ans révolus. Par ailleurs, à partir de la rentrée scolaire 2020, les jeunes de 16 ans ont l'obligation de se former jusqu'à 18 ans. Cette obligation de formation peut prendre différentes formes : celle d'une scolarité, d'un apprentissage, d'un stage de formation, d'un service civique, d'un dispositif d'accompagnement ou d'une insertion sociale et professionnelle.

##### 1.1.2. Les effectifs des élèves par degré

Selon la Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance, 15,7 millions d'élèves, étudiants et apprentis étaient comptabilisés en 2018, en France métropolitaine et dans les DOM, et ce, pour l'ensemble du système éducatif public et privé (soit 54 000 de plus qu'à la rentrée précédente) (cf. figure 22) (France et al., 2019, p. 12).



**Figure 22.** Graphique représentant l'évolution des effectifs par degré d'enseignement, base 100 en 1995 (France et al., 2019, p. 12).

La hausse des effectifs est surtout due à l'augmentation des étudiants dans l'enseignement supérieur (en écoles de commerce et écoles d'ingénieurs).

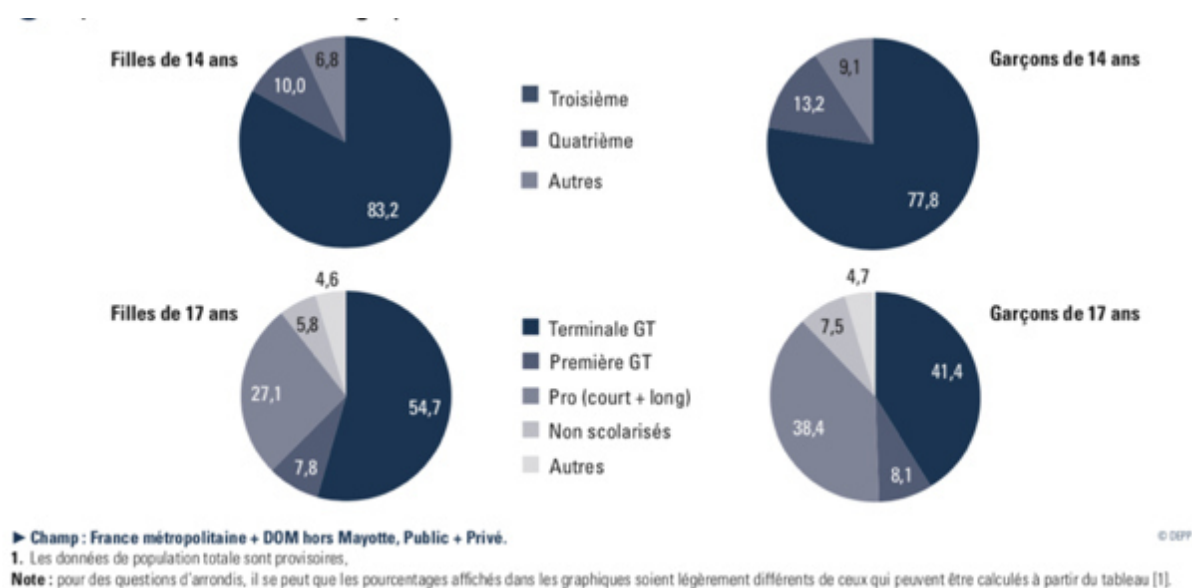
Les effectifs dans le 2<sup>nd</sup> degré augmentent légèrement (+ 0,3 % pour les établissements dépendant du ministère en charge de l'éducation nationale). Mais le nombre de lycéens baisse, et de façon plus marquée dans les formations professionnelles (- 1,2 %) que dans les formations générales et technologiques (- 0,5 %). Par ailleurs, le 2<sup>nd</sup> degré comprend des élèves plus jeunes en moyenne par rapport à 2016. Effectivement, suite à la baisse des redoublements les élèves âgés de 18 ans et plus sont en recul, et ceux âgés de 11 ans sont en augmentation.

De façon générale, l'espérance de scolarisation augmente en 2017. Les taux de scolarisation par âge permettent d'espérer, pour un jeune alors âgé de 15 ans, encore 6,5 années de formation initiale, dont 3,1 années dans l'enseignement supérieur. Cette espérance de scolarisation dans le supérieur est plus longue pour les filles que pour les garçons (3,4 années pour les premières contre 2,8 années pour les seconds), car les filles s'orientent davantage vers des formations supérieures longues (France et al., 2019, p. 16).

### 1.1.3. La répartition des jeunes de 14 à 17 ans dans le système éducatif

En 2017-2018, la répartition des jeunes de 14, 15, 16 et 17 ans dans le système éducatif en France métropolitaine et dans les DOM (hors Mayotte), montre une sensible différence entre

les filles et les garçons (cf. figure 23), les filles se montrant plus précoces et s'orientant plus souvent vers les filières générales et technologiques (France et al., 2019, p. 18).



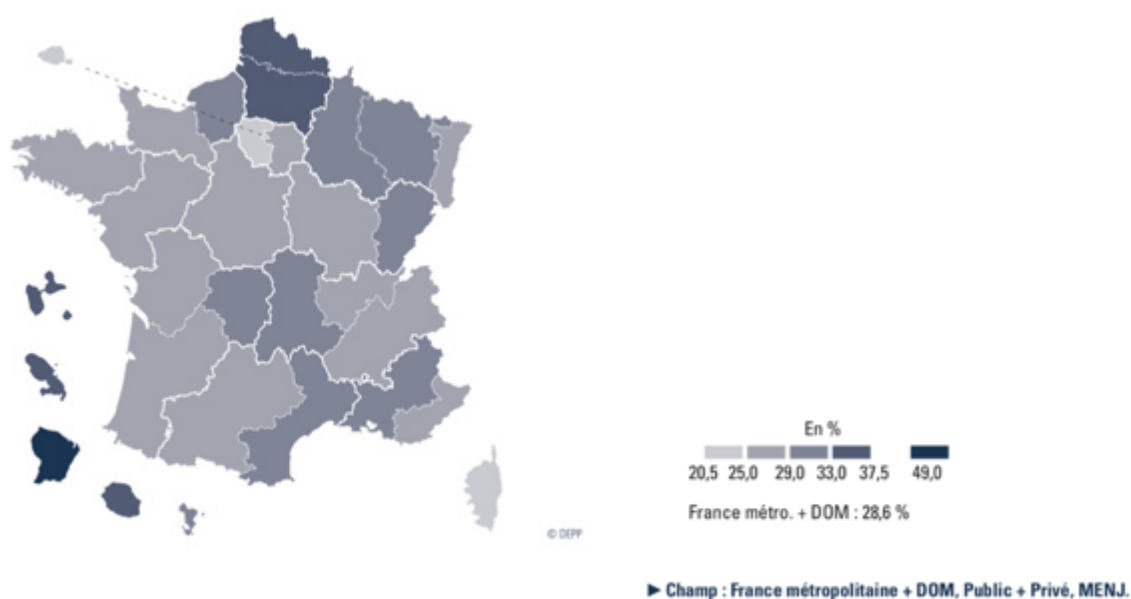
**Figure 23.** Graphique représentant la répartition des filles et des garçons de 14 et 17 ans en 2017-2018 (France et al., 2019, p. 19).

Si l'on regarde selon les âges :

- À 14 ans, 95,8 % des jeunes sont au collège, et les filles sont plus souvent en troisième que les garçons (83,2 % contre 77,8 %). Par ailleurs, les garçons suivent plus souvent un enseignement adapté.
- À 15 ans, l'écart entre les filles et les garçons s'accroît ; 64,9 % des filles sont en seconde générale ou technologique contre 51,8 % des garçons. Les garçons (de 15 ans) sont plus souvent au collège et en lycée professionnel.
- À 16 ans, la différence entre les filles et les garçons se manifeste alors au travers de l'orientation prise. À cet âge, même si la scolarisation en enseignement général ou technologique domine pour les deux sexes (67,9 % pour les filles et 54,1 % pour les garçons), l'enseignement professionnel en lycée ou en apprentissage accueille davantage de garçons (38,6 %) que de filles (26,8 %). En formation en apprentissage, l'écart est encore plus important puisque les garçons y sont trois fois plus scolarisés que les filles.
- À 17 ans, 6,7 % des jeunes ne sont plus scolarisés et cela concerne davantage les garçons (7,5 % pour les garçons contre 5,8 % pour les filles)

#### 1.1.4. Les effectifs d'inscrits en LP

Les lycéens inscrits en formation professionnelle représentent 28,6% des inscrits dans une formation en lycée et cette proportion est plus importante dans les académies du Nord-Est de la France (Lille 34,5 %) et dans les DOM (Guyane 49,1%) (cf. figure 24). Cette proportion est plus faible dans les académies d'Île-de-France (Paris 20,5 %), du Sud (Corse 24,9 %) et de l'Ouest de la France (Rennes 26,7 %) (France et al., 2019, p. 90).



**Figure 24.** Graphique représentant la part des lycéens inscrits en formation professionnelle dans l'ensemble des formations en lycées (%) (France et al., 2019, p. 91).

#### 1.1.5. La scolarisation des élèves allophones

##### 1.1.5.1. L'accueil des élèves allophones

Lors de leur arrivée dans le système éducatif français, les élèves allophones sont inscrits dans une classe ordinaire qui correspond à leur niveau scolaire, sans dépasser en théorie un écart d'âge de plus de deux ans. En parallèle, ils peuvent être scolarisés en partie ou entièrement



dans un dispositif d'aide (en unités pédagogiques pour élèves allophones arrivants, appelées UPE2A, en soutien linguistique, en modules d'accueil temporaire) (France et al., 2019, p. 22). Sont considérés comme élèves allophones nouvellement arrivés les élèves ayant des besoins éducatifs particuliers dans l'apprentissage du français langue seconde (FLS), mis en évidence par un test de positionnement. Ainsi, les élèves restent allophones tout au long de leur scolarité, mais ils sont allophones « nouvellement arrivés » tant que le besoin éducatif persiste.

En 2016-2017, ce sont près de 60 700 élèves ayant des besoins éducatifs particuliers dans le domaine de l'apprentissage du français langue seconde (FLS) qui ont été scolarisés (sans compter le préélémentaire) : 29 700 en école élémentaire, 24 500 en collège, et 6 400 en lycée. Ils représentent 0,62 % des effectifs scolaires des premier et second degrés (0,70 % en élémentaire, 0,74 % en collèges et 0,29 % en lycées). 91 % des élèves allophones ont bénéficié d'une scolarité dans une classe spécifique ou d'un soutien linguistique (France et al., 2019, p. 22).

#### 1.1.5.2. La répartition des élèves allophones sur le territoire

La répartition de ces élèves allophones sur le territoire est contrastée (cf. tableau 15). La Guyane, les départements franciliens de Seine-Saint-Denis et du Val-d'Oise, ainsi que les départements de l'Oise, du Rhône et du Vaucluse accueillent plus d'élèves allophones, en proportion de leurs effectifs scolaires, que les autres départements. Dans ces six départements, les élèves allophones représentent plus d'un élève sur 100, contre 0,62 % au niveau national (France et al., 2019, p. 22).

Que ce soit en proportion ou en nombre, les départements de l'ouest de la France accueillent dans l'ensemble moins d'élèves allophones (France et al., 2019, p. 22).

**Tableau 15.** *Scolarisation des élèves allophones par région et par académie en 2016-2017* (France et al., 2019, p. 23).

Académies et régions académiques	Écoles élémentaires		Second degré				Ensemble	
	Effectifs d'élèves	Part bénéficiant d'un soutien (%)	Collèges		Lycées		Effectifs d'élèves	Part bénéficiant d'un soutien (%)
			Effectifs d'élèves	Part bénéficiant d'un soutien (%)	Effectifs d'élèves	Part bénéficiant d'un soutien (%)		
Clermont-Ferrand	421	85	363	98	96	92	880	91
Grandble	1 617	95	1 463	99	671	98	3 751	97
Lyon	2 420	95	1 766	97	479	89	4 665	96
<b>Auvergne-Rhône-Alpes</b>	<b>4 458</b>	<b>94</b>	<b>3 532</b>	<b>98</b>	<b>1 246</b>	<b>94</b>	<b>9 296</b>	<b>96</b>
Besançon	358	76	471	98	207	94	1 036	90
Dion	595	95	496	96	300	93	1 391	95
<b>Bourgogne-Franche-Comté</b>	<b>953</b>	<b>88</b>	<b>967</b>	<b>97</b>	<b>587</b>	<b>94</b>	<b>2 427</b>	<b>93</b>
Bretagne (Rennes)	865	71	827	96	253	83	1 945	83
Centre-Val de Loire (Orléans-Tours)	684	83	737	86	169	68	1 590	83
Corse	187	87	96	85	22	n.s.	225	86
Nancy-Metz	1 280	67	622	95	58	77	1 960	76
Reims	412	93	393	100	97	98	902	96
Strasbourg	1 072	74	987	98	115	90	2 174	86
<b>Grand Est</b>	<b>2 764</b>	<b>73</b>	<b>2 092</b>	<b>97</b>	<b>270</b>	<b>90</b>	<b>5 036</b>	<b>84</b>
Amiens	969	88	1 054	89	547	79	2 570	86
Lille	1 090	85	1 031	94	343	90	2 464	90
<b>Hauts-de-France</b>	<b>2 059</b>	<b>86</b>	<b>2 085</b>	<b>92</b>	<b>890</b>	<b>83</b>	<b>5 034</b>	<b>88</b>
Créteil	3 124	94	2 054	99	610	99	5 788	96
Paris	882	99	1 177	100	441	100	2 500	100
Versailles	3 480	93	3 282	95	430	92	7 172	94
<b>Île-de-France</b>	<b>7 466</b>	<b>94</b>	<b>6 513</b>	<b>97</b>	<b>1 481</b>	<b>97</b>	<b>15 460</b>	<b>96</b>
Caen	228	85	302	76	122	55	652	75
Rouen	355	85	196	98	15	n.s.	566	89
<b>Normandie</b>	<b>583</b>	<b>85</b>	<b>498</b>	<b>84</b>	<b>137</b>	<b>59</b>	<b>1 218</b>	<b>82</b>
Bordeaux	837	93	806	94	142	74	1 785	92
Limoges	266	56	276	75	139	52	681	63
Poitiers	495	46	517	95	240	89	1 252	71
<b>Nouvelle-Aquitaine</b>	<b>1 598</b>	<b>72</b>	<b>1 599</b>	<b>91</b>	<b>521</b>	<b>73</b>	<b>3 718</b>	<b>80</b>
Montpellier	1 178	90	936	97	224	90	2 338	93
Toulouse	1 107	74	932	85	139	81	2 178	79
<b>Occitanie</b>	<b>2 285</b>	<b>82</b>	<b>1 868</b>	<b>91</b>	<b>363</b>	<b>87</b>	<b>4 516</b>	<b>86</b>
Pays de la Loire (Nantes)	883	84	878	93	239	90	2 000	88
Aix-Marseille	1 909	93	1 246	98	201	87	3 356	94
Nice	1 103	92	815	96	65	n.s.	1 983	93
<b>Provence-Alpes-Côte d'Azur</b>	<b>3 012</b>	<b>93</b>	<b>2 061</b>	<b>97</b>	<b>266</b>	<b>79</b>	<b>5 339</b>	<b>94</b>
<b>France métropolitaine (1)</b>	<b>27 709</b>	<b>88</b>	<b>23 762</b>	<b>95</b>	<b>6 384</b>	<b>89</b>	<b>57 775</b>	<b>91</b>
Guadeloupe	156	98	165	93	19	n.s.	340	94
Guyane	1 227	91	288	98	1	n.s.	1 516	93
Martinique	99	73	40	n.s.	24	n.s.	163	74
La Réunion	288	88	123	89	15	n.s.	426	89
Mayotte	222	77	222	18	9	n.s.	453	46
<b>DOM (1)</b>	<b>1 992</b>	<b>89</b>	<b>838</b>	<b>73</b>	<b>68</b>	<b>65</b>	<b>2 898</b>	<b>84</b>
<b>France métropolitaine + DOM (1)</b>	<b>29 701</b>	<b>88</b>	<b>24 540</b>	<b>94</b>	<b>6 432</b>	<b>88</b>	<b>60 673</b>	<b>91</b>

► Champ : Élèves allophones scolarisés dans le 1<sup>er</sup> ou 2<sup>nd</sup> degré en 2016-2017, qu'ils soient arrivés ou non en cours d'année. Hors élèves pris en charge en MLDS. Public + Privé.

1. Certains élèves changent d'académie de scolarisation en cours d'année scolaire. Dans ce cas, ils sont comptabilisés par les deux académies. En revanche, ils ne sont comptabilisés qu'une fois dans l'effectif national. Ainsi, la somme des effectifs par académie ne correspond pas à l'effectif national d'élèves allophones (ainsi qu'aux effectifs France métropolitaine et DOM).

Les délais de prise en charge varient beaucoup selon les degrés (cf. tableau 16). Trois quarts des élèves du 1<sup>er</sup> degré entrent dans un dispositif le même jour que le test de positionnement alors que ceux du 2<sup>nd</sup> degré attendent en moyenne 16 jours avant d'intégrer un premier dispositif (avec ou sans soutien linguistique) (France et al., 2019, p. 22).

**Tableau 16.** Répartition des délais avant prise en charge des élèves allophones scolarisés en 2016-17 selon le degré, en % (France et al., 2019, p. 23).

Durée avant prise en charge (1)	1 <sup>er</sup> degré	Collège	Lycée
Positionnement et entrée dans un dispositif à la même date	77,5	31,9	31,3
Entre 1 et 14 jours	14,1	26,4	18,8
Entre 15 et 30 jours	3,3	13,9	12,2
Entre 1 et 3 mois	2,4	12,9	20,7
Entre 3 et 6 mois	1,1	5,7	8,6
Entre 6 mois et 1 an	0,9	2,2	5,6
1 an et plus	0,8	1,9	2,8
<b>Ensemble</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

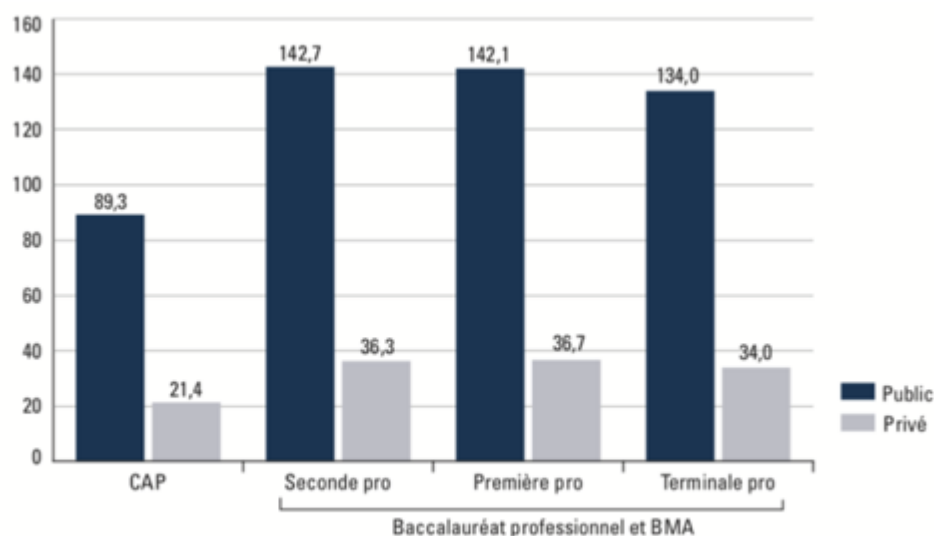
► Champ : France métropolitaine + DOM, Public + Privé. Élèves allophones scolarisés dans le 1<sup>er</sup> ou 2<sup>nd</sup> degré en 2016-2017, qu'ils soient arrivés ou non en cours d'année. Hors élèves pris en charge en MLDS.

1. Délai entre positionnement et entrée dans premier dispositif.

© IEP

## 1.2. Les formations professionnelles en LP

En 2018, 648 900 élèves étaient inscrits dans une formation scolaire professionnelle au sein d'un lycée (en France métropolitaine et dans les DOM). 79,8 % étaient scolarisés dans le secteur public (cf. figure 25) (France et al., 2019, p. 92).



► Champ : France métropolitaine + DOM, Public + Privé, MENJ.

© IEP

**Figure 25.** Graphique représentant les effectifs d'élèves des secteurs public et privé à la rentrée 2018, en milliers (France et al., 2019, p. 93).

### 1.2.1. Les diplômes professionnels et les spécialités

Il existe plus de 100 spécialités de baccalauréat professionnel (Bac Pro). Le baccalauréat professionnel se prépare en trois ans après la troisième. L'insertion professionnelle est l'objectif prioritaire des élèves de baccalauréat professionnel, cependant, la poursuite d'études après le bac est possible pour les élèves qui le souhaitent. Le Bac Pro est un diplôme de niveau 4.

Le certificat d'aptitude professionnelle (CAP) est un diplôme de premier niveau de qualification professionnelle (le niveau 3). Le CAP se prépare en deux ans après la troisième. Il donne accès à un métier précis, mais il est également possible de poursuivre des études notamment pour l'obtention du baccalauréat professionnel en permettant d'accéder directement à la classe de première professionnelle dans une spécialité relevant du même secteur. Par ailleurs, la nouvelle réforme de la transformation de la voie professionnelle prévoit la possibilité de préparer le CAP en 1, 2, 3 ans en fonction des besoins des élèves.

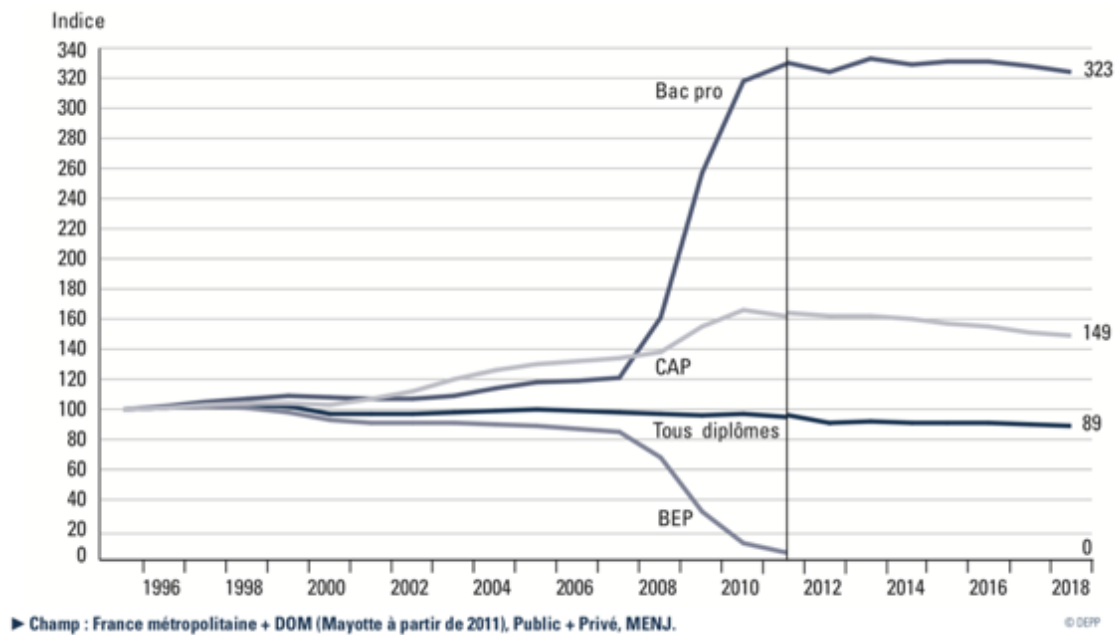
### 1.2.2. Les périodes de formation en milieu professionnel (PFMP) et les enseignements

Pour l'ensemble de ces diplômes, il existe des périodes de formation en milieu professionnel (PFMP). Ces périodes sont de 22 semaines en Bac Pro, réparties sur les 3 ans, et de 12 semaines en CAP, réparties sur 2 ans. Ces PFMP sont inscrites dans des temps de formation en établissement scolaires intégrant des enseignements basés sur la maîtrise de techniques professionnelles propres à chaque spécialité et des enseignements généraux (français, histoire-géographie, mathématiques, arts appliqués, cultures artistiques, langue vivante étrangère, éducation physique et sportive, prévention-santé-environnement, économie-gestion ou économie-droit selon les spécialités, sciences physiques ou une deuxième langue vivante selon les spécialités).

### 1.2.3. Les effectifs selon les diplômes professionnels en LP

Selon la Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance, entre, 1995 et 2018, les effectifs des formations scolaires professionnelles au sein des lycées relevant du ministère chargé de l'éducation nationale (hors apprentissage) ont diminué de 86 400 élèves (- 11,9 %) à champ constant (hors Mayotte et hors unité localisée pour l'inclusion scolaire - ULIS) (cf. figure 26) (France et al., 2019, p. 90).

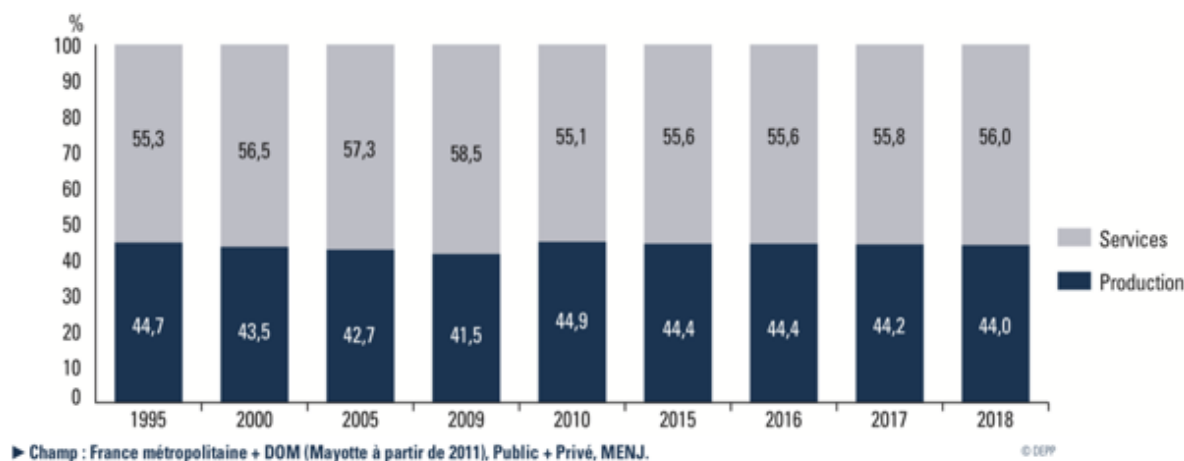
En 2018, les effectifs ont baissé de 1,2 % par rapport à 2017 : le nombre de préparations au certificat d'aptitude professionnelle (CAP) en deux ans a diminué (- 1 500 élèves) et le baccalauréat professionnel (Bac Pro) a connu une augmentation importante depuis sa création en 1985. En outre, les effectifs des brevets d'études professionnelles (BEP) ont été reportés depuis 2012, sur les Bacs Pro (les effectifs sont de 200 000 élèves en Bac Pro en 2005 et 537 900 en 2016) (France et al., 2019, p. 90).



**Figure 26.** Graphique représentant l'évolution des effectifs depuis 1995 selon le diplôme préparé, base 100 en 1995 (France et al., 2019, p. 90).

#### 1.2.4. La répartition des effectifs selon les spécialités

La répartition des spécialités de formation entre le secteur des services et celui de la production continue selon les mêmes tendances (cf. figure 27) : une part des spécialités de la production en baisse depuis 2010 (44,0 % en 2018 contre 44,9 % en 2010) (France et al., 2019, p. 90).



**Figure 27.** Graphique représentant l'évolution de la répartition des effectifs d'élèves de formations professionnelles en lycée selon le secteur de formation, en % (France et al., 2019, p. 91).

En 2018, 114 900 élèves préparaient un CAP dont 54,4 % dans le secteur de la production et 45,6 % dans celui des services. Globalement, les élèves préparant un CAP sont concentrés dans cinq spécialités qui représentent 54,3 % des élèves, à savoir les spécialités : « Commerce, vente », « Accueil, hôtellerie, tourisme », « Coiffure, esthétique, autres services aux personnes » pour le secteur des services, et « Agroalimentaire, alimentation, cuisine » et les spécialités du bâtiment pour le secteur relevant de la production (France et al., 2019, p. 96).

Dans la même année, ils sont 526 500 élèves inscrits en baccalauréat professionnel ou en brevet des métiers d'art (BMA). La répartition entre les secteurs des services et de la production, est inversée par rapport à celle CAP puisque les élèves sont en majorité dans le secteur des services où ils sont 58,3 % des élèves.

Trois spécialités du secteur des services concentrent près de la moitié des élèves, à savoir : « Commerce, vente », « Spécialités plurivalentes des services à la collectivité » et « Spécialités plurivalentes sanitaires et sociales ». La spécialité « Commerce, vente » regroupe à elle seule 21,4 % des élèves (France et al., 2019, p. 96).

La part du secteur privé est plus faible dans le secteur des services que dans le secteur de la production.

### 1.3. Les caractéristiques des élèves du LP dans le système éducatif français

#### 1.3.1. Les caractéristiques selon le sexe

Les garçons sont plus nombreux que les filles : 380 200 garçons (58,6 %) contre 268 600 filles (cf. tableau 17). Ils sont majoritaires à la fois en CAP (61,8 %) et en baccalauréat professionnel (58,3 %) (France et al., 2019, p. 92). Les filles sont dans l'ensemble peu inscrites dans les spécialités de la production que ce soit en CAP où elles sont 18,7 % ou en baccalauréat professionnel ou BMA où elles sont 12,9 %. Elles sont plutôt dans les spécialités des services, où elles représentent six élèves sur dix (France et al., 2019, p. 96).

**Tableau 17.** Répartition des élèves de formations professionnelles au lycée par âge et par sexe à la rentrée 2018 (France et al., 2019, p. 93).

		Public			Privé			Public + Privé	
		Garçons	Filles	Total	Garçons	Filles	Total	Total	%
<b>CAP en 1 an</b>	<i>17 ans et moins</i>	150	82	232	107	221	328	560	13,0
	18 ans	347	229	576	101	437	538	1 114	25,8
	19 ans et plus	486	396	882	271	1 496	1 767	2 649	61,3
	<b>Total</b>	<b>983</b>	<b>707</b>	<b>1 690</b>	<b>479</b>	<b>2 154</b>	<b>2 633</b>	<b>4 323</b>	<b>100,0</b>
<b>CAP en 2 ans : 1<sup>re</sup> année</b>	<i>15 ans et moins</i>	8 064	4 535	12 599	1 921	1 873	3 794	16 393	28,7
	16 ans	16 319	8 889	25 208	2 095	1 830	3 925	29 133	51,0
	17 ans et plus	6 850	2 534	9 384	1 232	996	2 228	11 612	20,3
	<b>Total</b>	<b>31 233</b>	<b>15 958</b>	<b>47 191</b>	<b>5 248</b>	<b>4 699</b>	<b>9 947</b>	<b>57 138</b>	<b>100,0</b>
<b>CAP en 2 ans : 2<sup>e</sup> année</b>	<i>16 ans et moins</i>	5 818	3 469	9 287	1 403	1 549	2 952	12 239	24,9
	17 ans	13 644	7 776	21 420	1 813	1 779	3 592	25 012	50,8
	18 ans et plus	6 572	3 123	9 695	1 153	1 108	2 261	11 956	24,3
	<b>Total</b>	<b>26 034</b>	<b>14 368</b>	<b>40 402</b>	<b>4 369</b>	<b>4 436</b>	<b>8 805</b>	<b>49 207</b>	<b>100,0</b>
<b>Bac pro : seconde pro</b>	<i>15 ans et moins</i>	54 267	34 451	88 718	10 293	9 887	20 180	108 898	60,8
	16 ans	27 447	16 891	44 338	6 133	5 697	11 830	56 168	31,4
	17 ans et plus	6 097	3 504	9 601	2 131	2 204	4 335	13 936	7,8
	<b>Total</b>	<b>87 811</b>	<b>54 846</b>	<b>142 657</b>	<b>18 557</b>	<b>17 788</b>	<b>36 345</b>	<b>179 002</b>	<b>100,0</b>
<b>Bac pro/BMA : première pro</b>	<i>16 ans et moins</i>	46 218	31 296	77 514	8 659	8 834	17 493	95 007	53,1
	17 ans	28 956	18 754	47 710	6 695	6 571	13 266	60 976	34,1
	18 ans et plus	10 510	6 385	16 895	2 842	3 057	5 899	22 794	12,7
	<b>Total</b>	<b>85 684</b>	<b>56 435</b>	<b>142 119</b>	<b>18 196</b>	<b>18 462</b>	<b>36 658</b>	<b>178 777</b>	<b>100,0</b>
<b>Bac pro/BMA : terminale pro</b>	<i>17 ans et moins</i>	39 443	28 021	67 464	7 328	8 083	15 411	82 875	49,3
	18 ans	28 599	19 048	47 647	6 593	6 381	12 974	60 621	36,1
	19 ans et plus	11 534	7 352	18 886	2 669	2 915	5 584	24 470	14,6
	<b>Total</b>	<b>79 576</b>	<b>54 421</b>	<b>133 997</b>	<b>16 590</b>	<b>17 379</b>	<b>33 969</b>	<b>167 966</b>	<b>100,0</b>
<b>Mentions complémentaires</b>	<b>Total</b>	<b>2 046</b>	<b>1 823</b>	<b>3 869</b>	<b>291</b>	<b>610</b>	<b>901</b>	<b>4 770</b>	
<b>Autres formations de niveaux IV et V</b>	<b>Total</b>	<b>173</b>	<b>2 082</b>	<b>2 255</b>	<b>56</b>	<b>392</b>	<b>448</b>	<b>2 703</b>	
<b>ULIS en formations professionnelles</b>	<b>Total</b>	<b>2 341</b>	<b>1 563</b>	<b>3 904</b>	<b>562</b>	<b>499</b>	<b>1 061</b>	<b>4 965</b>	
<b>Total</b>		<b>315 881</b>	<b>202 203</b>	<b>518 084</b>	<b>64 348</b>	<b>66 419</b>	<b>130 767</b>	<b>648 851</b>	

► Champ : France métropolitaine + DOM, Public + Privé, MENJ.

Note : les lignes en italiques sont celles de l'âge théorique des élèves.

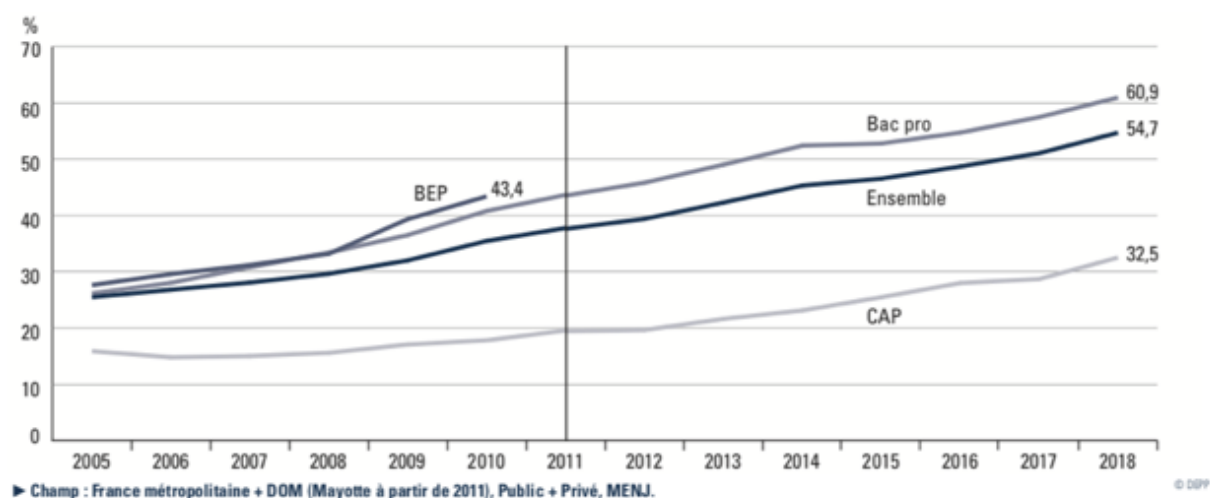
© DEFP

#### 1.3.2. Les caractéristiques selon l'âge

Concernant les âges des élèves, ils sont globalement au-dessus de « l'âge théorique » ; les élèves sont souvent « en retard » contrairement à la majorité des élèves de seconde générale et technologique qui ont l'âge théorique. Ainsi, en première année de CAP en deux ans, ce sont

71,3 % des élèves qui sont en retard d'un an ou plus. En seconde professionnelle, ce pourcentage est de 39,2 %. Ces élèves sont en moyenne plus jeunes dans les établissements publics que dans les établissements privés (France et al., 2019, p. 92).

Pour autant, ces retards scolaires sont de moins en moins nombreux (cf. figure 28). La proportion d'élèves entrant en formation professionnelle âgés de 15 ans et moins est passée de moins d'un quart en 2005 à plus de la moitié (54,7 %) en 2018 pour les classes de première année de CAP, seconde professionnelle Bac Pro (France et al., 2019, p. 92).



**Figure 28.** Graphique représentant l'évolution de la part des élèves de 15 ans et moins dans les entrants en formation professionnelle (France et al., 2019, p. 92).

### 1.3.3. Les caractéristiques selon l'origine scolaire

L'origine scolaire des élèves de CAP est plus variée que celle de seconde professionnelle. Les élèves issus de troisième générale ne représentent que la moitié (50,9 %) de ceux qui intègrent un CAP en deux ans alors qu'ils sont considérablement majoritaires (87,3%) en seconde professionnelle (France et al., 2019, p. 94). Par ailleurs, un élève de CAP sur quatre est issu d'une troisième Segpa (23,7 %) et 5,9 % proviennent d'une troisième relevant d'une unité localisée pour l'inclusion scolaire (ULIS) (France et al., 2019, p. 94).

Les sorties (c'est-à-dire des arrêts d'études, des passages en apprentissage et dans des systèmes de formation relevant d'autres ministères en première année de voie professionnelle)



sont fréquentes ; en 2018, elles concernent près d'un élève sur cinq en CAP et un sur dix en seconde professionnelle (France et al., 2019, p. 94).

#### 1.3.4. Les caractéristiques selon l'origine sociale

En 2018, dans l'ensemble des établissements publics et privés du 2<sup>nd</sup> degré, plus d'un élève sur trois est enfant d'ouvriers, de retraités ou d'inactifs (35,6 %). Cette proportion s'élève à plus d'un élève sur deux dans l'enseignement professionnel en lycée (53,4 %) et à plus de sept sur dix dans l'enseignement adapté (71,7 %) (France et al., 2019, p. 86).

La part des lycéens de milieu enseignant est plus élevée dans le cycle général et technologique et beaucoup plus faible dans l'enseignement professionnel. Ce constat est identique pour les enfants de parents ayant une profession libérale ou d'encadrement. Les enfants d'ouvriers ou d'inactifs sont quant à eux surreprésentés en formation professionnelle. Il en est de même pour les enfants d'employés mais dans une moindre mesure (France et al., 2019, p. 86).

Les enfants de familles socialement favorisées (de professions libérales, de cadres, d'enseignants) sont eux surreprésentés en classes de première et en classes de terminale générales (34,8 %) proportionnellement aux premières et terminales technologiques (17,0 %) et surtout par rapport aux formations professionnelles (7,4 %) (France et al., 2019, p. 86).

Concernant les établissements privés, ils ont de façon générale, une structure sociale tirée vers le haut. Ils scolarisent davantage d'élèves appartenant aux catégories sociales favorisées (39,1 % d'enfants de chefs d'entreprise, de cadres et professions intellectuelles supérieures, de professeurs des écoles, contre 20,7 % dans le public) (France et al., 2019, p. 86).

### **1.4. La réussite des élèves de LP**

#### 1.4.1. Les résultats au diplôme national du brevet

Depuis 2013, les candidats sont partagés en deux séries. La série générale, majoritaire, comprend des élèves scolarisés en classes de troisième générale au collège, et la série professionnelle regroupe les élèves de classe de troisième préparatoire aux formations

professionnelles et de l'enseignement agricole. Ils sont 88,1 % à obtenir leur diplôme dans la série générale et 78,2 % dans la série professionnelle. Quelle que soit la série, les filles réussissent mieux que les garçons au DNB (cf. tableau 18).

**Tableau 18.** Réussite au diplôme national du brevet selon le sexe, session 2018 (France et al., 2019, p. 225).

	Série générale		Série professionnelle		Total	
	Admis	Taux de réussite (%)	Admis	Taux de réussite (%)	Admis	Taux de réussite (%)
Garçons	308 934	84,8	34 609	76,1	343 543	83,8
Filles	339 985	91,3	20 739	82,1	360 724	90,7
<b>Ensemble</b>	<b>648 919</b>	<b>88,1</b>	<b>55 348</b>	<b>78,2</b>	<b>704 267</b>	<b>87,2</b>

► Champ : France métropolitaine + DOM. © DFP

Ceux de la série générale sont plus jeunes que ceux de la série professionnelle : la plupart ont 15 ans, alors que dans la série professionnelle ils ont en majorité 16 ans (France et al., 2019, p. 224). Les enfants de cadres supérieurs ou d'agriculteurs exploitants réussissent mieux que les autres (cf. tableau 19) ; les enfants d'ouvriers ou de parents inactifs sont parmi ceux qui ont les taux de réussite les plus faibles. C'est en série générale que les taux de réussite varient le plus selon l'origine sociale des candidats, avec 24,8 points d'écart entre les enfants de professeurs et les enfants d'inactifs (France et al., 2019, p. 224).

**Tableau 19.** Réussite au diplôme national du brevet selon l'origine sociale, session 2018 (France et al., 2019, p. 225).

	Série générale		Série professionnelle		Total	
	Admis	Taux de réussite (%)	Admis	Taux de réussite (%)	Admis	Taux de réussite (%)
Agriculteurs exploitants	10 550	94,2	1 188	89,5	11 738	93,7
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	57 668	90,4	3 874	82,8	61 542	89,8
Cadres, professions intellectuelles supérieures	154 505	96,9	2 686	87,5	157 191	96,8
dont professeurs et assimilés	24 488	98,0	252	88,1	24 740	97,9
Professions intermédiaires	98 207	92,4	5 271	84,0	103 478	92,0
dont instituteurs et assimilés	6 012	97,2	166	84,3	6 178	96,8
Employés	135 436	87,7	11 907	81,3	147 343	87,2
Ouvriers	117 681	83,0	14 938	79,4	132 619	82,6
Retraités	6 522	85,5	581	77,0	7 103	84,7
Inactifs	50 612	73,2	9 263	72,1	59 875	73,0
Indéterminé	17 738	76,3	5 640	67,8	23 378	74,1
<b>Ensemble</b>	<b>648 919</b>	<b>88,1</b>	<b>55 348</b>	<b>78,2</b>	<b>704 267</b>	<b>87,2</b>

► Champ : France métropolitaine + DOM. © DFP

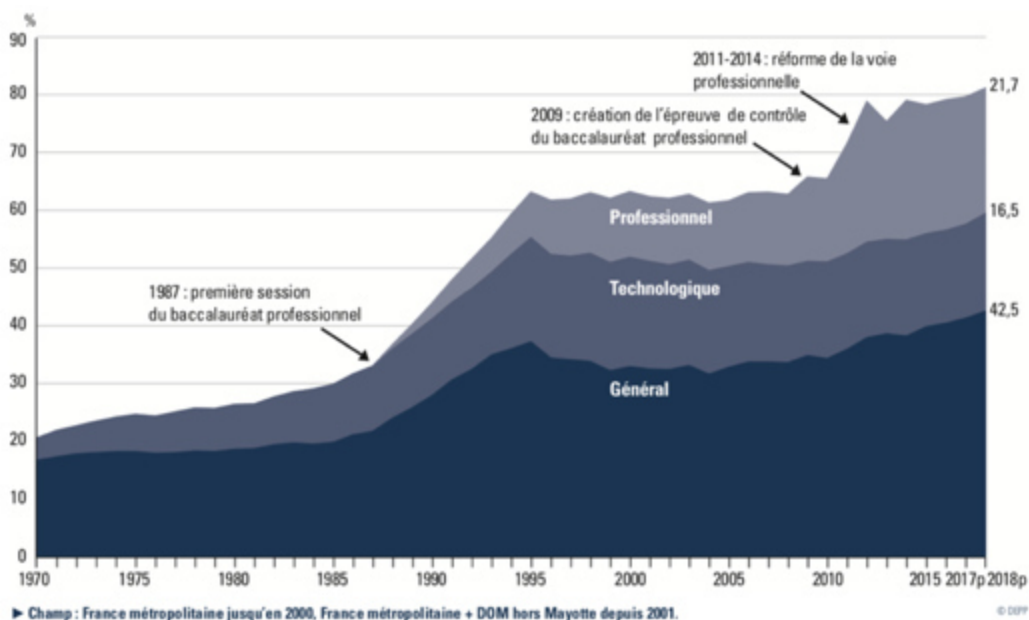
## 1.4.2. La réussite au baccalauréat professionnel

### 1.4.2.1. La proportion de réussite au baccalauréat professionnel

En 2018, le taux de réussite au baccalauréat général est de 88,2 % ; le nombre de candidats était de 767 600, et 677 300 d'entre eux ont réussi. Les candidats du baccalauréat général ont réussi à 91,0 %, 88,8 % pour ceux du baccalauréat technologique et 82,8 % pour les candidats du baccalauréat professionnel (cf. figures 29 et 30) (France et al., 2019, p. 224).



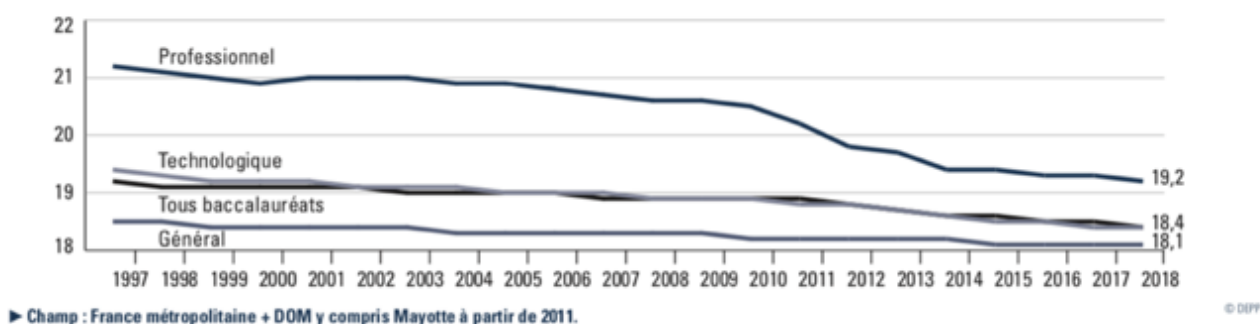
**Figure 29.** Graphique représentant l'évolution des taux de réussite au baccalauréat selon la filière, en % (France et al., 2019, p. 226).



**Figure 30.** Graphique représentant l'évolution de la proportion de bacheliers dans une génération selon la voie, en % (France et al., 2019, p. 230).

### 1.4.2.2. Les distinctions de réussite selon l'âge et le sexe

Dans les trois voies, encore une fois, les filles réussissent mieux que les garçons. L'écart est d'autant plus important dans la voie professionnelle. La répartition des bacheliers s'est modifiée en faveur de la voie professionnelle sous l'effet de la mise en place du baccalauréat en trois ans (cf. figure 31). Les candidats les plus âgés réussissent moins. Toutefois, dans la voie professionnelle, les candidats de 25 ans ou plus, obtiennent plus souvent leur diplôme que ceux de 18 ans (France et al., 2019, p. 228).



**Figure 31.** Graphique représentant l'évolution de l'âge moyen à l'obtention du baccalauréat, depuis 1997 (France et al., 2019, p. 228).

### 1.4.2.3. Les distinctions selon l'origine sociale

Le taux de réussite au baccalauréat des enfants d'agriculteurs exploitants est parmi les plus élevés, avec celui des enfants de cadres et professions intellectuelles supérieures dans les trois voies (cf. tableau 20).

**Tableau 20.** Réussite au baccalauréat selon l'origine sociale, session 2018 (France et al., 2019, p. 229).

	Baccalauréat général		Baccalauréat technologique		Baccalauréat professionnel		Ensemble	
	Admis	Taux de réussite (%)	Admis	Taux de réussite (%)	Admis	Taux de réussite (%)	Admis	Taux de réussite (%)
Agriculteurs exploitants	5 955	94,8	1 765	95,0	2 142	90,5	9 862	93,9
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	33 536	91,2	12 887	90,3	15 880	85,1	62 303	89,4
Cadres, professions intellectuelles supérieures	121 044	95,1	21 637	92,7	13 424	88,0	156 105	94,1
dont professeurs et assimilés	19 094	95,8	2 527	92,7	957	88,9	22 578	95,7
Professions intermédiaires	53 644	92,2	19 117	90,5	16 331	85,8	89 092	90,6
dont instituteurs et assimilés	4 929	95,2	917	91,2	589	88,3	6 435	93,9
Employés	61 543	89,6	28 315	89,6	29 032	83,5	118 890	88,0
Ouvriers	40 055	87,4	24 467	87,6	42 905	81,1	107 427	84,8
Retraités	5 075	90,0	2 149	86,6	3 667	80,5	10 891	85,9
Autres personnes sans activité professionnelle	26 971	83,5	16 404	83,3	15 999	75,7	59 374	81,2
Indéterminé	11 632	82,8	11 829	86,0	39 882	83,3	63 343	83,7
<b>Ensemble</b>	<b>359 455</b>	<b>91,0</b>	<b>138 570</b>	<b>88,8</b>	<b>179 262</b>	<b>82,8</b>	<b>677 287</b>	<b>88,2</b>

► Champ : France métropolitaine + DOM. © DEFP

L'écart de taux de réussite entre les enfants d'agriculteurs exploitants et ceux d'ouvriers est le plus important en baccalauréat professionnel (France et al., 2019, p. 224).

#### 1.4.3. La réussite au CAP selon le sexe et selon l'âge

En 2018, les taux de réussite aux deux examens atteignent 84,7 % pour le CAP et 83,9 % pour le BEP ; ces résultats sont en hausse. Les filles réussissent mieux que les garçons : l'écart est de 1,6 point pour le CAP et de 4,5 points pour le BEP (France et al., 2019, p. 224). Les âges sont variés en CAP selon le mode de formation : 44 % des élèves d'établissements scolaires, et qui ont intégré le CAP après la classe de troisième, ont 18 ans au lieu de 17 ans au moment du passage de l'examen, soit un an de retard. Par ailleurs, les élèves « à l'heure » réussissent mieux. À partir de 20 ans, la réussite s'améliore avec l'âge.

#### 1.4.4. La réussite au CAP, au BEP et au baccalauréat

En 2018, 510 400 candidats ont réussi l'un des trois principaux examens de l'enseignement professionnel dans le 2<sup>nd</sup> degré : 184 500 pour le CAP, 146 600 pour le BEP et 179 300 pour le baccalauréat professionnel. Pour chacun de ces examens, le taux de réussite est supérieur à 82 % (84,7 % au CAP, 83,9 % au BEP et 82,8 % au baccalauréat professionnel) (France et al., 2019, p. 224).

Les spécialités de la production sont majoritaires parmi les lauréats du CAP ; a contrario, les spécialités des services dominant pour le BEP et le baccalauréat professionnel (France et al., 2019, p. 224).

Pour le CAP, les métiers de l'« Agroalimentaire, alimentation et cuisine » comprennent 18 % des admis. Dans le secteur des services, trois groupes de spécialités se distinguent : le « Travail social », constitué seulement de la spécialité « Petite enfance » (15 % des admis), « Coiffure, esthétique et autres soins » (9 % des admis) et « Commerce et vente » (7 % des admis).

Pour le BEP, quatre groupes de spécialités se démarquent : « Commerce, vente », « Spécialités plurivalentes sanitaires et sociales », « Secrétariat, bureautique », « Électricité, électronique » ; ils représentent à eux seuls 64 % des lauréats (France et al., 2019, p. 224).

Pour le baccalauréat professionnel des groupes se remarquent également : « Commerce, vente », « Spécialités plurivalentes sanitaires et sociales » et « Spécialités plurivalentes des services ». Ils représentent 45 % des bacheliers professionnels (France et al., 2019, p. 224).

#### 1.4.5. La particularité des formations professionnelles dans les DOM

En 2018, dans les cinq DOM, 10 800 élèves ont préparé un CAP, et 28 600 un baccalauréat professionnel ou un BMA. La part du privé est plus importante en baccalauréat professionnel (6,1%) qu'en CAP (4,3 %) (France et al., 2019, p. 352).

En CAP, les élèves sont plus nombreux dans les spécialités de la production (54,8 %) que dans celles des services, contrairement à ce que l'on remarque pour le baccalauréat professionnel et le BMA, préparés en majorité dans des spécialités de services (56,6 % des élèves) (France et al., 2019, p. 352).

En CAP, un seul groupe se distingue dans le secteur des services avec 18,8 % des élèves (« Commerce, vente »), alors que dans les spécialités de la production les élèves sont plus répartis, avec notamment le « Bâtiment : finitions » (9,2 % des élèves), l'« Agroalimentaire, alimentation, cuisine » (8,9 % des élèves), et les « Moteurs et mécanique auto » (7,7 % des élèves).

Pour le baccalauréat professionnel les quatre groupes de spécialités prépondérants sont « Commerce, vente » (19,6 % des élèves), « Spécialités plurivalentes des services » (17,9 %), « Électricité, électronique » (12,7 %) et « Spécialités plurivalentes sanitaires et sociales » (9,7 %) (France et al., 2019, p. 352).

Les filles sont plus présentes que les garçons dans les métiers des services où elles sont 59,7 % en CAP, et 67,3 % en baccalauréat professionnel ou BMA. Elles sont moins présentes dans les spécialités de la production, à l'exception de la spécialité « Habillement » où elles sont majoritaires (France et al., 2019, p. 352).

Cette orientation vers la voie professionnelle n'est pas organisée de la même façon dans les pays européens (Cnesco-ciep, 2016, p. 25). En France, cette orientation est à l'image des

inégalités sociales persistantes, que l'on retrouve au niveau des élèves de lycées professionnels dont les compétences en santé sont plus fragiles.

Les recommandations européennes en matière d'éducation parlent des savoirs professionnels, en les définissant comme des compétences, qui peuvent être issues partiellement de la sphère non-éducative, et qui doivent favoriser la réalisation d'une égalité de résultats, objectif plus exigeant que l'égalité des chances (Mons, 2015, cité dans Cnesco-ciep, 2016, p. 29). Dans cet optique, un socle commun de connaissances et de compétences est ainsi constitué d'un ensemble de savoirs fondamentaux que les élèves doivent acquérir lors de la scolarité obligatoire, pour se préparer au marché du travail, ou pour poursuivre leur parcours de formation Cnesco-ciep, 2016, p. 29).

Ainsi, l'OCDE et la Commission européenne parlent de compétences clés :

- La maîtrise d'outils (matériels, comme les technologies de l'information, culturels comme le langage) permettant d'entrer en interaction avec son environnement,
- La capacité à s'engager dans des relations avec autrui,
- Exercer les responsabilités nécessaires à la gestion de sa propre vie, à se situer dans un contexte social plus vaste et enfin, à agir de façon autonome.

Ces compétences sont transversales, en ce sens qu'elles sont transférables par les individus d'une activité à l'autre (Cnesco-ciep, 2016, p. 30).

## **2. L'origine sociale et les inégalités scolaires en LP**

Le milieu social d'origine et l'état de santé des parents agissent ainsi sur l'état de santé des enfants à l'âge adulte (Devaux et al., 2007, p. 6). Ce sont des inégalités sociales de santé (ISS), c'est-à-dire une « relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale » (Potvin et al., 2012, p. 38). Ce constat d'inégalités se base sur « la différence, en fonction des origines sociales, dans les probabilités d'accès aux différents niveaux de l'enseignement et particulièrement aux niveaux les plus élevés » (Boudon, 1973, p. 10).

Toutefois, ces ISS peuvent être corrigées si l'enfant atteint un niveau d'éducation supérieur à celui de ses parents (Devaux et al., 2007, p. 6).

## 2.1. Des orientations différenciées

### 2.1.1. Influence de l'origine sociale sur les résultats scolaires

Dès les petites classes, l'origine sociale des enfants influence fortement les résultats scolaires et à la fin du collège, ces inégalités sociales se traduisent par des orientations différenciées selon la catégorie sociale des parents (Observatoire des inégalités et al., 2019, p. 10). En effet, le Conseil national d'évaluation du système scolaire (Cnesco) avait rendu public, en septembre 2016, un rapport reposant sur deux années de recherche autour de l'égalité des chances dans notre système éducatif qui constate que l'École française est devenue la plus inégalitaire de l'OCDE (Cnesco, 2016, p. 47). Ces inégalités sociales ne cessent d'augmenter de l'entrée en maternelle jusqu'au lycée.

Les recherches montrent par ailleurs que non seulement ces inégalités scolaires n'ont pas ou très peu réduit ces dernières années mais en outre, elles sont co-construites par les pratiques enseignantes (Joigneaux, 2013, p. 1).

### 2.1.2. Inégalités scolaires et pratiques enseignantes

Les supports proposés aux élèves s'étant complexifiés, ils intègrent un nombre croissant d'éléments graphiques, avec des propriétés différentes (formes, tailles, couleurs, orientations, positions...). Ce sont autant de nouvelles caractéristiques qui compliquent les opérations cognitives des élèves telles que les comparaisons, les catégorisations, les énumérations, les hiérarchisations... (Joigneaux, 2013, p. 1). Effectivement, la demande sociale d'élévation du niveau général d'éducation s'accompagne d'une évolution des pratiques langagières scolaires de plus en plus exigeante, ce que Bautier appelle la « littératie scolaire » (Bautier et al., 2012, p. 64).

Ainsi, les élèves dont les familles sont les plus éloignées de la culture scolaire sont donc les plus gênés dans le traitement des documents en classe. Selon Bautier, c'est à l'école actuelle que naissent et se renforcent ces difficultés scolaires de beaucoup d'élèves issus de familles populaires (Bautier et al., 2012, p. 64).



Ces difficultés ne tiennent pas essentiellement à des déficits linguistiques que l'école pourrait alors compenser, mais à des processus plus complexes qui sont parasités à la fois par des « malentendus » sur la nature de la tâche scolaire à effectuer, et à la fois par la difficulté à identifier les tâches compte tenu justement des supports de travail complexes. La socialisation familiale de ces élèves ne permettrait pas de les habituer avec les règles de l'école et ni avec ses usages du langage selon Bautier et Rochex (2007).

Ces différences entre les élèves en matière de socialisation langagière et cognitive et leurs conséquences dans l'interprétation des situations scolaires sont souvent invisibles pour les enseignants.

## **2.2. Les configurations sociales des LP et la place de la santé**

La massification et l'orientation des élèves ont généré une diversité de configurations sociales des LP. Cette possibilité d'accéder directement au baccalauréat en LP modifie les stratégies d'orientation en proposant aux élèves de LP de nouvelles trajectoires de promotion scolaire (Bernard & Troger, 2012, p. 142). Pour autant, l'orientation professionnelle reste une orientation par défaut.

### **2.2.1. Une orientation par défaut et une dévalorisation de la voie professionnelle**

Ces inégalités se traduisent par une orientation par défaut des élèves vers la voie professionnelle. Ces élèves sont « majoritairement issus de milieux sociaux modestes [...] ». (Jellab, 2017, p. 14). En effet, à l'origine, l'enseignement professionnel était censé former une élite ouvrière or il est devenu, une voie peu valorisée, qu'il faut éviter lorsque l'on est en réussite scolaire (Jellab, 2005, p. 296).

Selon Jellab, le déclin de la culture ouvrière a déstabilisé les rapports entre la culture ouvrière et la formation professionnelle, d'autant plus que le LP véhicule de moins en moins de savoirs. Selon lui, « peu d'élèves de LP se définissent comme de futurs ouvriers, soutenus dans cette vision par la scolarisation des savoirs dispensés (...). La crise du secteur industriel et les difficultés d'insertion professionnelle des jeunes donnent à l'expérience scolaire en LP une nouvelle configuration (...). La donne est tout autre lorsque les élèves de LP anticipent un avenir professionnel marqué par le chômage et les « petits boulots » (Jellab, 2005, p. 296).

### 2.2.2. Une répartition sexuée

Cette orientation par défaut s'accompagne d'une sélectivité des spécialités et l'ensemble accentue une répartition sexuée ; les garçons sont plus nombreux à être scolarisés en lycée professionnel (LP) contrairement aux voies générales et technologiques.

Pourtant, même si l'orientation en LP est rarement choisie, elle n'empêche pas la réussite scolaire d'un grand nombre d'élèves inquiets vis à vis du chômage à l'issue de leur scolarité (Jellab, 2005, p. 297).

Cette situation d'inégalités sociales nous interroge sur les effets de ces inégalités rencontrées très tôt. En effet, les rapports au langage (écrit et oral) des élèves sont importants dans la reproduction des inégalités sociales à l'école primaire ou secondaire (Joigneaux, 2013, p 1). Par conséquence, les élèves qui utilisent le moins la langue comme objet de réflexion sont les plus susceptibles de rencontrer des difficultés d'apprentissage de façon transversale aux disciplines scolaires.

### 2.2.3. La place de la santé en LP

L'école a pour vocation de transmettre les savoirs et apprentissages, mais elle est aussi un espace de socialisation et de pratique de la citoyenneté. Elle a ainsi pour rôle de veiller à la santé des élèves et de les aider à adopter des comportements qui préservent leur santé, et ce, dans le respect d'eux même, des autres et de l'environnement. L'éducation à la santé en milieu scolaire est menée par le ministère de l'Éducation nationale en collaboration avec Santé Publique France et la D.G.E.S.C.O. (Direction générale de l'Enseignement Scolaire). Leurs politiques s'inscrivent dans une démarche internationale encouragée par l'OMS et traduite dans la charte d'Ottawa (1986).

#### 2.2.3.1. Le parcours éducatif de santé (PES)

La politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves a pour objectif de réduire les inégalités sociales, d'éducation et de santé pour permettre la réussite de tous les élèves et promouvoir une École plus juste et plus équitable. Pour ce faire l'élève suit des parcours

éducatifs<sup>54</sup> qui lui sont propres. Un parcours éducatif désigne un ensemble de contenus cohérents et progressifs d'enseignements, non exclusivement disciplinaires, et de pratiques éducatives, scolaires et extrascolaires, au sein d'un même champ.

Les orientations de cette politique éducative de santé s'appuient sur trois principes :

- la mise en œuvre systématique d'une démarche de projet adaptée aux réalités et aux besoins spécifiques de chaque école ou établissement ;
- la responsabilisation de l'ensemble des acteurs du système éducatif ;
- l'ouverture à de nouveaux partenaires.

De la maternelle au lycée, le parcours éducatif de santé<sup>55</sup> créé par la loi n°2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République permet de structurer la présentation des dispositifs qui concernent à la fois la protection de la santé des élèves, les activités éducatives liées à la prévention des conduites à risques et les activités pédagogiques mises en place dans les enseignements en référence aux programmes scolaires.

Ainsi, le parcours éducatif de santé (PES) est organisé autour de trois axes :

- L'éducation à la santé, basée sur le développement des compétences psychosociales en lien avec le socle commun de connaissances, de compétences et de culture,
- La prévention des conduites à risques, des conduites addictives...,
- La protection de la santé visant un environnement favorable à la santé et au bien-être

Le PES de chaque élève est multidimensionnel ; la compétence en matière de santé peut être acquise par les élèves par les programmes et référentiels des disciplines suivies lors de leur scolarité. L'éducation à la santé peut être dispensée à travers différents thèmes des programmes de Sciences de la Vie et de la Terre, d'histoire géographie, de français...

---

<sup>54</sup> La promulgation, le 8 juillet 2013, de la loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'École, pose les fondements d'une école juste, exigeante, bienveillante et inclusive. Site : <https://eduscol.education.fr/cid105644/le-parcours-educatif-sante.html>

<sup>55</sup> La mise en œuvre du parcours éducatif de santé (PES) est précisée dans la circulaire n° 2016-008 du 28 janvier 2016. L'organisation du PES concerne toutes les écoles et tous les établissements et son contenu est adapté aux besoins et demandes des élèves et aux ressources disponibles.

En lycée professionnel, bien que les disciplines soient spécialisées sur l'apprentissage d'un métier, l'éducation à la santé est toujours prépondérante dans les programmes scolaires. La santé reste ainsi un enjeu majeur, quel que soit l'orientation prise dans la scolarité et les enseignements ont pour mission d'amener les élèves au plus haut de leur compétence en matière de santé. En outre, les lycées professionnels ont vocation à former des élèves qui vont s'insérer rapidement dans la vie professionnelle ; ils doivent alors assurer un PES permettant aux apprenants d'effectuer des choix pour leur santé. De plus, la réduction des accidents du travail/maladies professionnelles (AT-MP) et incapacités, liés au travail est un objectif des pouvoirs publics.

De ce fait, les lycées professionnels ont des apports en éducation à la santé dans le cadre de leur enseignement général de prévention santé et environnement (PSE) s'inscrivant dans un cadre plus général des politiques nationales et européennes dans les domaines de la santé, de l'environnement et de la santé au travail.

#### 2.2.3.2. L'enseignement de la Prévention-Santé-Environnement (PSE)

L'enseignement de la Prévention Santé Environnement (PSE) en lycée professionnel, est un enseignement générale obligatoire pour les sections professionnelles du CAP et du Baccalauréat professionnel depuis la rentrée 2009. L'enseignement de la PSE participe aux actions prioritaires d'éducation et de prévention définies par les plans nationaux (plan santé au travail, plan national santé environnement, plan national nutrition santé, le plan gouvernemental contre les drogues illicites, le tabac, l'alcool, le plan éducation à l'environnement et au développement durable) et européens dans les champs de la santé, du travail et de l'environnement. Cet enseignement s'appuie sur de nombreuses lois et circulaires, notamment la circulaire éducation à la sexualité n° 2003-027 du 17 février 2003 ou le BO, volets : Éduquer à la responsabilité en milieu scolaire de septembre 2008, ou le programme quinquennal de prévention et d'éducation à la santé n° 2003-46. L'enseignement de la PSE vise à former des acteurs de prévention individuelle et collective par l'acquisition de connaissances dans le cadre de la prévention, de la santé et de l'environnement, d'un comportement responsable vis à vis de sa santé et de son environnement, des compétences sociales et civiques permettant de réussir sa vie en société dans le respect de soi et des autres, enfin de développer un esprit critique par l'acquisition d'une culture scientifique et technologique.

La PSE est ainsi un pan du PES des élèves puisque la PSE contribue à enrichir leurs compétences en matière de santé, et vise à former de futurs citoyens responsables de leur santé et de leur sécurité par des aptitudes et des attitudes, et vise aussi, comme toute éducation, à « maîtriser une compétence.<sup>56</sup>

Les élèves de lycées professionnels ont donc une heure hebdomadaire d'enseignement de la PSE pendant toute la durée de formation en lycée professionnel. Il s'agit d'indications horaires minimales et chaque établissement peut, en fonction de sa dotation horaire générale, de ses besoins, de son projet, augmenter ce volume horaire.

Par ailleurs, la PSE est annexée à une unité d'enseignement professionnel (UP) pour l'obtention du diplôme.

La PSE est un enseignement général dont les contenus sont professionnalisants. Les contenus des référentiels de PSE sont distincts en CAP et en Bac pro :

- En CAP, le module 1 s'intéresse à l'individu et sa santé (les rythmes biologiques, le sommeil, l'alimentation, les conduites addictives, l'éducation à la sexualité), soit 30% du volume des enseignements de PSE<sup>57</sup> ; le module 4 aborde l'environnement professionnel de l'individu, soit 50 % du volume horaire global.
- En baccalauréat professionnel, l'éducation à la santé dans les programmes de PSE<sup>58</sup> porte sur la santé et l'équilibre de vie (sommeil, rythme biologique, activité physique, concept de santé) ; en seconde professionnelle (80 % du programme de PSE), il s'agit du développement durable et de la prévention des risques professionnels ; en première professionnelle dans les modules 6 à 8, c'est le cadre juridique de l'entreprise ; en terminale dans les modules 9 à 12, ce sont les démarches de prévention dans le monde professionnel.

Ainsi, l'état de santé des élèves est une composante majeure de leur bien-être, et l'école a un rôle décisif dans l'adoption par les jeunes de comportements favorables à leur santé.

En France, la politique éducative de santé prévoit la responsabilisation de l'ensemble des acteurs du système éducatif (personnels d'inspection, de direction, d'enseignement, d'éducation, d'orientation, personnels sociaux, de santé et de service, techniciens, et ouvriers)

---

<sup>56</sup> Socle commun et livret personnel de compétences, education.gouv.fr.

<sup>57</sup> Bulletin officiel n° 30 du 23 juillet 2009.

<sup>58</sup> Bulletin officiel spécial n° 2 du 19 février 2009.

### **3. Les inégalités scolaires et sociales en LP et ISS au travers de la littératie en santé**

#### **3.1. Problématique**

##### 3.1.1. Nos réflexions initiales

Nos réflexions du début reposent sur le constat que l'immigration continue en France mais qu'elle a cependant un nouvel aspect. En 2012, parmi les immigrés entrés en France, près d'un sur deux était né dans un pays européen (majoritairement Portugal, Grande Bretagne, Espagne, Italie et Allemagne) trois sur dix dans un pays africain pour moitié des pays du Maghreb) (Insee, 2014, p. 2). D'ailleurs lors de visites de professeurs stagiaires en lycée professionnel, nous pouvons observer que l'école accueille régulièrement des enfants allophones. Nous observons également que des enfants de « couples mixtes » dont l'un des parents est issu de l'immigration et l'autre nouvellement arrivé sont scolarisés.

Nos interrogations portaient alors sur les compétences en santé des ces enfants, sur leur rapport à la santé, à l'alimentation, à l'hygiène... sur les difficultés qu'ils pouvaient rencontrer concernant leurs compétences en santé. D'autres réflexions ont ensuite émergé comme la pertinence de la prise en compte de l'interculturalité dans les approches en éducation à la santé. Les approches interculturelles sont caractérisées par leur aspect pluridisciplinaire tout comme les sciences de l'éducation relèvent de la réunion de différents regards disciplinaires par rapport à un objet, qu'est l'éducation. L'objet dans les approches interculturelles correspond aux cultures et aux interactions entre porteurs de cultures. Les approches interculturelles en sciences de l'éducation sont l'intersection entre ces ensembles (Dasen, 2002). Pour Abdallah-Preteceille, « la culture, comme la langue, est bien un lieu de mise en scène de soi et des autres » (1999, p. 17). La culture repose sur une dynamique d'interactions, un processus de construction continu et la visée interculturelle permet alors d'analyser la diversité culturelle à partir des variations et non pas des différences et des processus et non pas des états (Abdallah-Preteceille, 1999). La culture est ainsi observée comme le produit de situations d'interactions, et l'hétérogénéité se manifeste au niveau des individus et des groupes (Abdallah-Preteceille, 2004). La culture ne se limite donc pas à des unités qui seraient homogènes ; chaque individu ne représente que lui-même et non sa culture. Il s'agit alors d'appréhender les phénomènes culturels à partir des dynamiques, des transformations, des métissages et des manipulations (Abdallah-Preteceille, 2004). L'éducation doit ainsi tenir compte de cette pluralité dans ses approches et des

interactions entre les individus.

Ainsi, au début de ce travail, il nous apparaissait important de comprendre l'influence de la culture d'origine sur la littératie en santé. Il nous semblait important de repérer les inégalités sociales de santé chez les personnes immigrées que l'on retrouve ensuite chez les personnes vieillissantes puisque leur situation économique fragilisée dans le pays d'accueil ainsi que la détérioration du lien social contribuent notamment à la dégradation de leur état de santé et à leur moindre recours aux soins (Berchet & Jusot, 2012, p. 2). Leur état de santé est moins bon que celui des Français de naissance (Berchet & Jusot, 2012, p. 4). Ces différences sont plus marquées chez les immigrés de première génération, chez les femmes, et varient selon le pays d'origine. Ces personnes ont moins recours aux soins de ville et à la prévention (Berchet & Jusot, 2012, p. 4). Ainsi, les immigrés originaires d'Europe du Sud et du Maghreb présentent un état de santé perçu plus dégradé que la population française immigrée (Berchet et Jusot, 2009 ; 2010 ; 2012, p. 4). En 2008, l'Insee soulignait l'importance des enfants d'immigrés sur le territoire français : 3,1 millions de personnes âgées de 18 à 50 ans, nées en France métropolitaine, sont enfants d'immigrés. La moitié d'entre elles ont moins de 30 ans. 50 % ont deux parents immigrés, 20 % sont descendants d'immigrés uniquement par leur mère et 30 % uniquement par leur père. La moitié des descendants directs ont un parent immigré né en Europe et quatre sur dix sur le continent africain, essentiellement au Maghreb (Insee, Borrel et Lhommeau, 2010, p. 2)

Nous avons alors basé nos recherches sur la notion de culture qui permet à l'homme, selon Cuche, (2010, p. 6.), non seulement de s'adapter à son milieu, mais aussi d'adapter celui-ci à lui même, à ses besoins et à ses projets, autrement dit la culture rend possible la transformation de la nature. Pour Cuche, l'homme est « essentiellement un être de culture » (1996, p. 6.). La notion de culture, comprise dans le sens étendu, qui renvoie aux modes de vie et de pensée, est aujourd'hui assez largement admise, même si cela ne va pas parfois sans certaines ambiguïtés. (Cuche, 1996, p. 6.)

Par ailleurs, il existe deux conceptions de la culture, l'une particulariste, l'autre universaliste, qui sont au fondement des deux façons de définir le concept de culture dans les sciences sociales contemporaines (Cuche, 1996, p. 16). Les fondateurs de l'ethnologie vont donner un contenu purement descriptif du concept de « culture », il ne s'agit plus de « dire ce que doit être la culture mais de décrire ce qu'elle est, telle qu'elle apparaît dans les sociétés

humaines » (...). D'ailleurs, il n'y a pas eu d'entente entre les « écoles » sur la question de savoir s'il faut utiliser le concept au singulier (la Culture) ou au pluriel (les cultures), dans une acceptation universaliste ou particulariste (Cuche, 1996, p. 18). La première définition du concept ethnologique de culture est proposée par Edward Burnett Tylor, anthropologue britannique en 1871 (Cuche, 1996, p. 18). La culture ou « civilisation » est alors prise dans son sens ethnologique le plus étendu, est ce tout complexe qui comprend la connaissance, les croyances, l'art, la morale, le droit, les coutumes et les autres capacités ou habitudes acquises par l'homme en tant que membre de la société (Tylor, 1871, cité dans Cuche, 1996, p. 18). Pour Tylor, la culture se définit par sa dimension collective ; elle est acquise et ne relève donc pas de l'hérédité biologique cependant son origine et son caractère sont en grande partie inconscients.

Le concept français reste donc marqué par l'idée d'unité du genre humain. (...) La culture, au sens collectif, c'est avant tout la « culture de l'humanité ». Malgré l'influence allemande, l'idée d'unité l'emporte sur la conscience de la diversité : au delà des différences qu'on peut observer entre « culture allemande » et « culture française », il y a l'unité de la « culture humaine ». (Cuche, 1996, p. 16)

Nos préoccupations du début ont donc à nouveau évolué. Elles étaient orientées au début sur l'influence de la culture d'origine sur la littératie en santé comme source d'inégalités de santé, et sur la place de l'interculturalité pour développer la littératie en santé des élèves de lycées professionnels. Nos présupposés étaient alors, que les personnes issues de l'immigration pouvaient avoir des difficultés pour accéder à la littératie en santé et que leur niveau de littératie en santé était influencé par leurs origines culturelles. Par la suite, comme les élèves de lycées professionnels ont des caractéristiques socio-économiques moins favorables que dans les établissements d'enseignement général, il nous a semblé pertinent alors d'observer la littératie en santé sous l'angle des inégalités sociales de santé puisque nos préoccupations étaient bien de cet ordre là.

### 3.1.2. Notre cheminement

Nos lectures nous ont ainsi plutôt menées vers les inégalités sociales de santé et la littératie en santé. Des études ont mis en évidence l'existence d'inégalités de santé en France dues au milieu d'origine, c'est-à-dire aux conditions de vie dans l'enfance et aux



caractéristiques des ascendants (Melchior et al., 2006 ; Trannoy et al. 2010 ; Cambois & Jusot, 2010 ; cités dans Bricard et al., 2010, p. 1). Ces inégalités sont appelées des inégalités des chances en santé dans la mesure où les personnes ne sont pas responsables de la profession de leurs parents ni de leurs conditions de vie durant leur enfance (Roemer, 1998 ; Dias & Jones, 2007 ; Trannoy et al., 2010 ; cités dans Bricard et al., 2010, p. 1). Plusieurs hypothèses ont été émises pour expliquer cette influence du milieu d'origine sur l'état de santé à l'âge adulte.

L'une voit une influence directe des conditions de vie dans l'enfance sur la santé à l'âge adulte à la suite d'une période de latence, c'est-à-dire qu'il y aurait des périodes critiques dans la vie in utero et dans l'enfance, pendant lesquelles les événements survenus auraient des effets à long terme sur l'état de santé (Barker, 1996 ; Wadsworth, 1999 ; cités dans Bricard et al., 2010, p. 1).

Une deuxième hypothèse qualifiée de cheminement (pathway model), présume une influence de l'environnement précoce sur les trajectoires de vie et, notamment, sur le statut socio-économique, qui agit alors sur la santé à l'âge adulte (Power et al., 1998 ; Case et al., 2005 ; cités dans Bricard et al., 2010, p. 1).

Une autre hypothèse, faisant le lien entre l'état de santé des parents et celui des enfants, suppose une transmission de la santé entre générations pouvant être due à des facteurs génétiques mais aussi à une transmission des normes de santé et des modes de vie (intergenerati Ahlburg, 1998 ; Trannoy et al., 2010 ; cités dans Bricard et al., 2010, p. 1).

Dans beaucoup de recherches, les conditions de vie dans l'enfance sont le plus souvent appréhendées par le statut social du père (Bricard et al., 2010, p. 2). Nous avons ainsi fait évoluer nos interrogations vers les liens entre les inégalités sociales de santé et la littératie en santé des élèves de lycées professionnels pour lesquels les caractéristiques socio-économiques sont les moins favorables.

### 3.1.3. Le choix d'une problématique

La littératie en santé est reconnue comme un élément capital de la santé publique et les données actuelles révèlent que le niveau faible de littératie en santé est beaucoup plus répandu

que ce que l'on pourrait imaginer puisqu'aux États-Unis, environ 50% de la population adulte aurait des difficultés à s'approprier l'information sur la santé, en Europe, 12% des individus interrogés ont un niveau de littératie en santé insuffisant et 35% ont un niveau de LES limité selon les résultats de l'enquête européenne sur la littératie en santé (HLS-EU) (Van den Broucke, 2014, p. 1). Cependant, cette prévalence d'un faible niveau de LES varie considérablement selon les pays (aux Pays-Bas 2% de la population, en Bulgarie, 27%) mais aussi entre les groupes dans les populations (Van den Broucke, 2014, p. 1).

Pour inverser cette situation, qualifiée par certains chercheurs d'« épidémie de faible littératie en santé » (Davis & Wolf, 2004, cités dans Van den Broucke, 2014, p. 1), il est essentiel d'agir pour élever le niveau de littératie en santé de l'ensemble de la population. Ainsi, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe en appelle dans un document stratégique (Kickbusch et al., 2013), à mettre en œuvre différentes actions pour augmenter le niveau de littératie en santé, et celles-ci doivent s'appuyer sur la recherche.

Il reste selon Van den Broucke (2014, p. 1), d'importantes lacunes concernant les connaissances en LES comme les liens entre la LES et les disparités de santé entre des groupes dans la population. C'est pourquoi des recherches plus larges et approfondies sont utiles pour comprendre l'écart entre les capacités individuelles et les exigences posées par la société et par le système de santé, pour évaluer l'impact sur la LES des nouveaux dispositifs de communication, ou aussi pour mesurer les résultats de l'éducation à la santé (Van den Broucke, 2014, p. 2). D'ailleurs, Van den Broucke rappelle que dans un document publié par l'American Medical Association (*Health Literacy*, 2004, cité dans Van den Broucke, 2014, p. 2), cette dernière conseillait quatre domaines prioritaires pour la recherche en LES :

- Améliorer le dépistage du niveau de LES,
- Améliorer la communication avec les patients à faible LES
- Étudier l'impact d'un faible niveau de LES sur la santé et sur les coûts liés
- Identifier les relations causales entre un faible niveau de LES et les résultats de santé.

Van den Broucke (2014, p. 2), propose même d'aller plus loin en ajoutant d'autres questions à savoir :

- Comment intégrer la LES dans les programmes de formation pour les professionnels de la santé ?

- Comment passer d'un focus sur la LES individuelle à un regard plus large et sociétal, c'est-à-dire inclure la LES dans les politiques organisationnelles ?
- Comment articuler la LES avec le niveau de littératie de la population, face aux médias et aux nouvelles technologies ?

Ainsi, le LP par sa position dans le système scolaire et par le public qu'il accueille, nous paraît avoir un rôle important dans la construction d'une littératie en santé. Il nous permet d'aborder le niveau de littératie d'élèves jugés en échec scolaire au collège et dont la culture serait éloignée de celle de l'école (Fijakalkow, 1996, p. 24). En ciblant ce public, notre objectif est d'étudier l'impact des inégalités sociales sur le niveau de littératie en santé et par conséquent sur les inégalités sociales de santé.

**Alors, comment les inégalités sociales, présentes en LP, influent-elles sur le niveau de littératie en santé de ces élèves et contribuent-elles aux inégalités sociales de santé ?**

Notre objet d'étude porte donc sur l'articulation entre les inégalités scolaires et sociales de santé et la littératie en santé des élèves de LP.

### **3.2. Nos hypothèses**

#### 3.2.1. Hypothèse générale

Notre **hypothèse générale** porte sur les conséquences des inégalités sociales sur la littératie en santé ; elle est la suivante : le niveau de littératie en santé des élèves de LP est faible et ne permet pas d'atténuer l'effet négatif d'un faible niveau d'études (Vancorenland et al., 2015, p. 4). La LES n'étant pas un déterminant de la santé ordinaire puisque les niveaux élevés de LES dans la population entraînent des gains sociaux, économiques et environnementaux de la santé (Van Den Brouck, cité dans Dupuis, 2015). Le risque est d'accentuer les inégalités sociales de santé en Lycées professionnels.

#### 3.2.2. Hypothèses spécifiques

Nous émettons **deux hypothèses plus spécifiques** :

- La **première hypothèse** est que ces élèves de LP rencontrent des difficultés en littératie en santé, sur le plan fonctionnel, interactif et critique. Les élèves sont « majoritairement issus de milieux sociaux modestes » (Jellab, 2017, p. 14) et les inégalités sociales ont un impact sur le niveau de littératie.

À partir des travaux de Balcou-Debussche (2016, p. 93) s'appuyant sur les catégories de littératie en santé proposées par Don Nutbeam, il est possible de distinguer en littératie en santé, trois types de rapports à la santé (Nutbeam, 2008, p. 2076). Le premier rapport est fonctionnel en lien avec des tâches dans des situations au quotidien et sans regard critique, le deuxième est sur le plan interactif et induit des compétences cognitives et sociales pour participer aux différentes formes de communication et appliquer des informations nouvelles ; le troisième rapport est sur un plan critique mettant en œuvre des compétences cognitives et sociales plus avancées, appliquées à une analyse critique des informations et à leur utilisation pour exercer un plus grand contrôle sur les événements de la vie (Balcou-Debussche, 2016, p. 93).

- La **deuxième hypothèse** étroitement liée à la première est que ces difficultés de littératie en santé sont présentes dans les 4 dimensions de la LES : « accéder-repérer », « comprendre », « évaluer », et « appliquer-utiliser » des informations sur la santé pour maintenir ou améliorer la qualité de la vie telles que définies par Van Den Broucke et Renwart (2014, p. 4).

## Partie 2 : la littératie en santé sur le terrain des lycées professionnels

### Chapitre 1 : Méthodologie de la recherche

#### 1. La revue de littérature et les échelles de mesure de la littératie en santé (LS)

##### 1.1. Les étapes de la revue de la littérature

###### 1.1.1. L'identification des articles

Une première revue de la littérature réalisée en décembre 2016, a permis d'identifier les articles et ouvrages en français traitant de « LES » et « de culture » et présentant des grilles et des tests de littératie en santé. Les bases de données utilisées au début ont été CAIRN, banque de données en santé publique (BDSP), Google scholar, Persée. La sélection s'est faite à partir de la lecture du titre, puis de la lecture du résumé et enfin de la lecture de l'article. Certains articles et ouvrages référencés dans la bibliographie des articles ont pu également être inclus. D'autres articles et ouvrages ont été ajoutés comme ceux correspondant au travail préparatoire à cette étude et ceux qui nous ont été conseillés. Les articles portant essentiellement sur une pathologie et une grille de LES spécifique à cette pathologie ont été exclus. Nous avons, au fil de nos recherches, classé les références en fonction de leurs thématiques.

###### 1.1.2. L'identification des grilles de mesures de LES existantes

La recherche a évolué vers les grilles de LES sur Medline avec des mots clés en anglais : *literacy, numeracy, health*.

Les critères d'inclusion des articles étaient :

- Publication à partir de 2000
- En langue française puis anglaise
- Sujet de recherche original
- Population adolescente

Concernant ces grilles de mesures de LES, leur qualité dépend de leurs données psychométriques. Ces données psychométriques sont publiées en même temps que le test et elles permettent de comparer les tests entre eux. D'autres critères peuvent être pris en compte

pour compléter ces qualités psychométriques comme le temps et la facilité pour faire passer ces grilles. Cependant comme le concept de LES est complexe, il est difficile d'avoir une mesure qui soit universelle et multidimensionnelle même si des harmonisations entre pays se font de plus en plus en s'appuyant sur des définitions et des modèles communs.

Il existe actuellement plus de 200 échelles de mesure de LES référencées<sup>59</sup>.

## **1.2. L'analyse des définitions et des grilles existantes**

### 1.2.1. Les premières recherches de définitions

Pour ce travail, il était indispensable de faire une analyse des définitions existantes de la littératie en santé (LES) et de faire l'état des lieux des grilles de LES existants à partir d'une revue de la littérature.

En décembre 2016, lors de nos premières recherches sur les bases de données choisies, aucun ouvrage ou article ne traitait de LES en général, c'est à dire sans une référence à une pathologie ou au domaine médical ; il existait LES et éducation thérapeutique du patient. De même, il n'existait pas d'article traitant de LES chez les adolescents. Nos recherches ont dû être découpées en : « Littératie » - « littératie en santé » - « santé et culture » - « santé et adolescent ».

Les travaux de Maryvette Balcou-Debussche, professeure en Sciences de l'éducation et notamment son ouvrage : « De l'éducation thérapeutique du patient à la littératie en santé. Problématisation socio-anthropologique d'objets didactiques contextualisés » nous a permis d'avoir une bibliographie plus adaptée à notre thématique et un regard plus distant sur la LES et ses acceptions.

Nous avons pu constater alors que le concept de littératie en santé est devenu un sujet important pour la santé publique. Depuis son introduction dans les années 1970, la LES fait l'objet d'une importante littérature scientifique qui ne fait qu'augmenter fortement selon Van den Broucke (2014, p.1). Il existe selon lui plus de 5 700 publications répertoriées dans la base

---

<sup>59</sup> <https://healthliteracy.bu.edu/all>.

internationale PubMed en 2014 et plus de 5 300 dans Scopus (une autre base de référence), et 75 % de ces publications ont été réalisées au cours des cinq dernières années à partir de cet état des lieux (Van den Broucke, 2014, p.1).

À l'origine, l'intérêt pour la littératie en santé portait essentiellement sur les services en santé et avait donc une portée restreinte ; cela concernait exclusivement la capacité à comprendre des mots difficiles et à maîtriser le calcul arithmétique dans un contexte médical. Mais au fil des années, le concept a évolué pour inclure des compétences plus complexes et interconnectées, comme la compréhension des informations sur la santé, la communication de ses besoins aux professionnels de santé et la mise en œuvre des instructions de santé (Van den Broucke, 2014, p.1).

L'extension du concept à l'ensemble de la santé publique a donné naissance à des études montrant que les personnes ayant un faible niveau de littératie en santé sont moins susceptibles d'adopter des comportements favorables à leur santé, de participer à des programmes de dépistage et d'utiliser les services de prévention (Van den Broucke, 2014, p.1). Selon Van den Broucke (2014, p.1), le concept même continue à se développer et intègre dorénavant la capacité de rechercher de l'information sur la santé, de prendre des décisions, de résoudre des problèmes, d'avoir une pensée critique, et de pouvoir et savoir communiquer. Il s'agit d'avoir une multitude de compétences sociales, personnelles et cognitives essentielles pour bénéficier du système de santé.

### 1.2.2. Le choix d'une définition de LES

Dans le cadre du travail du Consortium Health Literacy Project European, sur 19 publications portant précisément sur les définitions de la LES, 17 définitions claires ont pu être extraites (cf. tableau 21). Parmi ces définitions, celles de l'American Medical Association, de l'Institute of Medicine et de l'OMS étaient les plus généralement citées selon le Consortium. Selon eux, une caractéristique commune de ces définitions est leur concentration sur les compétences individuelles pour obtenir, traiter et comprendre les informations et les services de santé nécessaires pour prendre des décisions appropriées en matière de santé. Pourtant, les débats sur le rôle de la LES révèlent l'intérêt d'aller au-delà d'une approche individuelle et de considérer la LES comme une interaction entre les exigences des systèmes de santé et les

compétences des personnes ((HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European et al., 2012, p. 3).

**Tableau 21.** *Definitions of Health Literacy ((HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European et al., 2012, p. 4).*

1	WHO (1998)	"The cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to understand and use information in ways which promote and maintain good health" [31]
2	American Medical Association's (1999)	"The constellation of skills, including the ability to perform basic reading and numeral tasks required to function in the healthcare environment" [12]
3	Nutbeam (2000)	"The personal, cognitive and social skills which determine the ability of individuals to gain access to, understand, and use information to promote and maintain good health" [36]
4	Institute of Medicine (2004)	"The individuals' capacity to obtain, process and understand basic health information and services needed to make appropriate health decisions" [8]
5	Kickbusch, Wait & Maag (2005)	"The ability to make sound health decision(s) in the context of everyday life—at home, in the community, at the workplace, the healthcare system, the market place and the political arena. It is a critical empowerment strategy to increase people's control over their health, their ability to seek out information and their ability to take responsibility" [37]
6	Zarcadoolas, Pleasant & Greer (2003, 2005, 2006)	"The wide range of skills, and competencies that people develop to seek out, comprehend, evaluate and use health information and concepts to make informed choices, reduce health risks and increase quality of life" [34,38,39]
7	Paasche-Orlow & Wolf (2006)	"An individual's possession of requisite skills for making health-related decisions, which means that health literacy must always be examined in the context of the specific tasks that need to be accomplished. The importance of a contextual appreciation of health literacy must be underscored" [40]
8	EU (2007)	"The ability to read, filter and understand health information in order to form sound judgments" [30]
9	Pavlekovic (2008)	"The capacity to obtain, interpret and understand basic health information and services and the competence to use such information to enhance health" [41]
10	Rootman & Gordon-Elbhibety (2008)	"The ability to access, understand, evaluate and communicate information as a way to promote, maintain and improve health in a variety of settings across the life course" [42]
11	Ishikawa & Yano (2008)	"The knowledge, skills and abilities that pertain to interactions with the healthcare system" [14]
12	Mancuso (2008)	"A process that evolves over one's lifetime and encompasses the attributes of capacity, comprehension, and communication. The attributes of health literacy are integrated within and preceded by the skills, strategies, and abilities embedded within the competencies needed to attain health literacy" [43]
13	Australian Bureau of Statistics (2008)	"The knowledge and skills required to understand and use information relating to health issues such as drugs and alcohol, disease prevention and treatment, safety and accident prevention, first aid, emergencies, and staying healthy" [44]
14	Yost et al. (2009)	"The degree to which individuals have the capacity to read and comprehend health-related print material, identify and interpret information presented in graphical format (charts, graphs and tables), and perform arithmetic operations in order to make appropriate health and care decisions" [45]
15	Adams et al. (2009)	"The ability to understand and interpret the meaning of health information in written, spoken or digital form and how this motivates people to embrace or disregard actions relating to health" [22]
16	Adkins et al. (2009)	"The ability to derive meaning from different forms of communication by using a variety of skills to accomplish health-related objectives" [46]
17	Freedman et al. (2009)	"The degree to which individuals and groups can obtain process, understand, evaluate, and act upon information needed to make public health decisions that benefit the community" [35]

Par ailleurs, ces publications font apparaître deux problèmes concernant les modèles conceptuels de LES. Le premier est que la LES est un concept multidimensionnel, et le deuxième est que la plupart des modèles prennent en compte à la fois les éléments clés de la LES, mais aussi les facteurs individuels et systémiques qui influent sur le niveau de LES ((HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European et al., 2012, p. 10).

Ainsi, notre analyse de la littérature a abouti aux choix d'une deuxième définition pour la seconde partie de notre étude. Nous souhaitons une définition de départ qui ne soit pas



connotée médicalement et qui reste suffisamment générale pour des adolescents scolarisés en milieu ordinaire. Cette définition était celle de Sørensen et al. (2013, p. 2). En effet, l'évolution du concept, dans son sens et sa portée, est retranscrite dans la définition proposée par Sørensen et al. (2013, p. 2), et fondée sur une revue analytique des définitions existantes : la littératie en santé implique « la connaissance, les compétences, la motivation et la capacité d'un individu à repérer, comprendre, évaluer et utiliser des informations sur la santé lors de la prise de décisions dans les contextes des soins de santé, de la prévention des maladies et de la promotion de la santé pour maintenir ou améliorer la qualité de la vie au cours de la vie »<sup>60</sup>.

Cette définition englobe les perspectives à la fois médicales et de santé publique sur la LES : elle inclut les connaissances et les compétences nécessaires pour répondre aux exigences complexes d'une société moderne selon que l'on est malade, que l'on risque de le devenir ou que l'on fait le nécessaire pour rester en bonne santé. En outre, cette définition fait apparaître la combinaison de quatre dimensions de la LES dans le domaine des soins de santé (cf. tableau 22), à savoir la capacité d'accéder à des informations sur des questions médicales ou cliniques, de comprendre des informations médicales, d'interpréter et d'évaluer des informations médicales, et de prendre des décisions éclairées sur des questions médicales et de se conformer à des exigences médicales ((HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European et al., 2012, p. 10).

**Tableau 22.** *The matrix with four dimensions of Health Literacy applied to three health domains ((HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European et al., 2012, p. 10).*

	<b>Access/obtain information relevant to health</b>	<b>Understand information relevant to health</b>	<b>Process/appraise information relevant to health</b>	<b>Apply/use information relevant to health</b>
<b>Health care</b>	Ability to access information on medical or clinical issues	Ability to understand medical information and derive meaning	Ability to interpret and evaluate medical information	Ability to make informed decisions on medical issues
<b>Disease prevention</b>	Ability to access information on risk factors for health	Ability to understand information on risk factors and derive meaning	Ability to interpret and evaluate information on risk factors for health	Ability to make informed decisions on risk factors for health
<b>Health promotion</b>	Ability to update oneself on determinants of health in the social and physical environment	Ability to understand information on determinants of health in the social and physical environment and derive meaning	Ability to interpret and evaluate information on health determinants in the social and physical environment	Ability to make informed decisions on health determinants in the social and physical environment

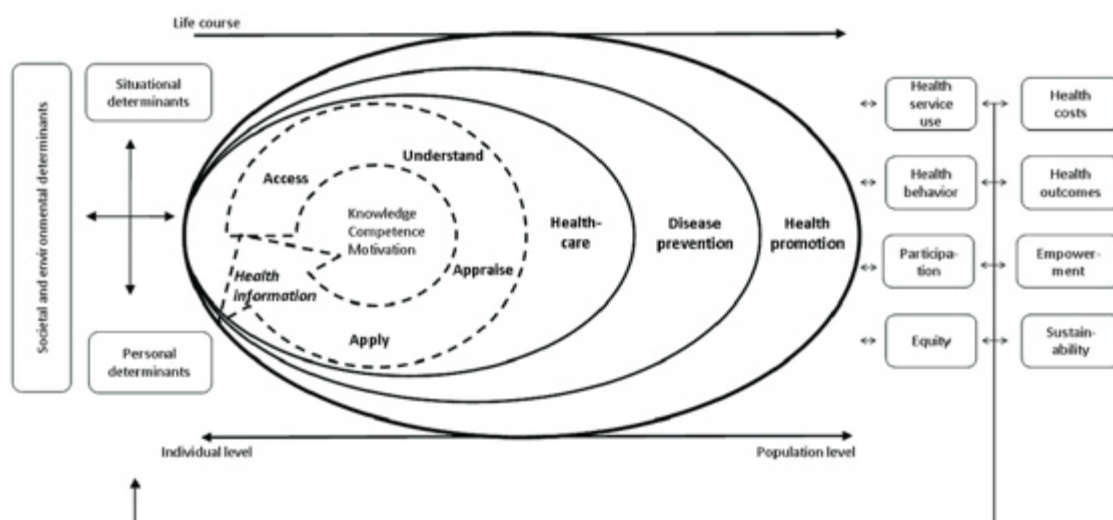
<sup>60</sup> Health literacy is linked to literacy and entails the motivation, knowledge and competencies to access, understand, appraise and apply health information in order to make judgements and take decisions in everyday life concerning healthcare, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life throughout the course of life (Sørensen et al., 2013, p. 2) doi:10.1186/1471-2458-13-948.

### 1.2.3. Le choix d'une grille de mesures de LES

Nous recherchions une grille non spécifique à une pathologie, qui ne soit pas « médicalisée », qui soit utilisable avec des adolescents, qui soit multidimensionnelle, fiable, facile d'utilisation, traduite en français et validée.

Les premières mesures de LES portaient essentiellement sur les compétences en lecture et sur les compétences mathématiques. Il s'agit de REALM (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine) qui porte sur la prononciation de mots médicaux sollicitant des compétences en lecture et TOFHLA (Test of Functional Health Literacy in Adults) qui évalue la LES fonctionnelle (c'est à dire la lecture et la compréhension de texte lié à la santé) et la numératie. REALM et TOFHLA ont des variantes (S-TOFHLA, REALM-R). Cependant ces grilles appréhendent la LES fonctionnelle et classent les personnes selon un score. D'autres mesures se sont développées plus brèves et plus subjectives dans des contextes médicaux.

Le HLS-EU-Q, questionnaire élaboré par le consortium européen de la LES est basé sur la définition et sur le modèle de Sørensen et son équipe (cf. figure 31) ((HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European et al., 2012, p.9).



**Figure 32.** *Integrated model of health literacy ((HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European et al., 2012, p.9).*

Ce questionnaire est utilisé en population générale et non dans une visée clinique. Il recouvre les trois domaines déclinés dans le modèle à savoir la prévention, les soins et la promotion de la santé. Plusieurs pays ont participé au développement et à la validation de cette mesure ce qui leur donne la possibilité de comparer les niveaux de LES entre eux (Sørensen, 2015, cité dans ((HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European et al., 2012, p.9). Cependant, la France n'a pas fait partie du consortium et n'a donc pas participé à l'enquête européenne. Néanmoins, une validation de la version française de l'HLS-EU-Q16 s'est faite ensuite.

Par ailleurs, un autre questionnaire, le health literacy questionnaire (HLQ) (Osborne, 2013), développé en Australie par Osborne, a été validé en langue française et permet d'évaluer plusieurs domaines couverts par la LES (voir annexe C.1). Cette mesure comporte neuf dimensions qui peuvent être utilisées séparément (voir annexe C.2). De plus, cette grille n'est pas liée directement à une définition ou à un modèle.

L'étude des caractéristiques des grilles existantes nous a fait préférer cette dernière grille (HLQ) qui nous semblait la plus adaptée à notre étude et qui était traduite en français. Un des critères de validité de la grille choisie était sa référence à une définition acceptée de notre objet d'étude. C'est donc cette grille de mesure de LES qui s'est distinguée des autres, le HLQ - Health Literacy Questionnaire, proposée par le Pr Osborne et dont la version française a été initiée par Maryvette Balcou-Debusse et Xavier Debusse. Ce questionnaire de mesure de littératie en santé comporte neuf échelles indépendantes avec 44 items ; une partie correspondant aux profils socio-démographiques des élèves a été ajoutée au HLQ.

## **2. La méthode mixte de l'étude**

Compte tenu de nos hypothèses et de nos objectifs, nous avons choisi de réaliser une étude qualitative et quantitative. La méthode qualitative a pour fonction de comprendre plutôt que de mesurer et permet ainsi d'aborder la complexité de la littératie en santé. Elle permet d'accéder aux discours. Cette association des méthodes qualitatives et quantitatives existent depuis longtemps mais elle s'est aujourd'hui développée dans différents champs et disciplines notamment en sciences de l'éducation et en santé publique. Les publications, dans le champ de la santé publique, présentant des approches quantitatives et qualitatives, sont cependant peu nombreuses dans les revues françaises (Guével & Pommier, 2012, p. 24).

## 2.1. Caractéristiques de l'étude

### 2.1.1. Caractéristiques de l'étude qualitative

La recherche qualitative inclue de nombreuses inconnues, car ses opérations ne sont pas aussi prévisibles qu'une recherche expérimentale (Paillé & Mucchielli, 2012, p.14). Pour Paillé et Mucchielli la « recherche qualitative de terrain » implique un contact personnel avec les sujets de la recherche. Selon eux, la recherche est « qualitative » à deux niveaux. Le premier niveau est celui des instruments et méthodes utilisés qui sont conçus pour recueillir des données qualitatives (témoignages, images, ...), et pour les analyser de manière qualitative (c'est-à-dire en saisir le sens plutôt que les convertir en pourcentages et en statistiques). Le second niveau est celui du processus qui est mené d'une manière « naturelle », sans appareils sophistiqués ou mises en situation artificielles, selon une logique proche des personnes et de leurs actions. C'est ainsi que l'analyse des données vise la compréhension et l'interprétation des pratiques et des expériences plutôt que la mesure de variables (Paillé & Mucchielli, 2012, p.14). L'analyse qualitative est ainsi pour Paillé et Mucchielli (2012, p.33) « une faculté de l'esprit cherchant à se relier au monde et à autrui par les divers moyens que lui offrent ses sens, son intelligence et sa conscience (...) elle s'exerce également dans la construction de son objet d'étude, dans la sélection de ses participants, dans le choix des sites.

### 2.1.2. Particularité du focus group

Le focus group provient du domaine de la communication sociale, des médias et de l'analyse de la propagande politique des années 1940, et il a été beaucoup utilisé ensuite dans le marketing et en démographie dans les années 1970 (Touré, 2010, p. 5). Les focus groups peuvent être nommés différemment selon les approches et les champs de recherche. Le nom d'origine, Focused Interviews, paraît en premier chez un sociologue américain, Merton, en 1946. Celui-ci parle alors de « Focused group-interviewing » pour insister sur le point de focalisation qu'est le groupe (Touré, 2010, p. 7). D'autres appellations existent, telles que : entretien de groupe (Boutin, 2007 ; Giami, 1985 ; cités dans Touré, 2010, p. 7) ou entretien collectif (Duchesne & Haegel, 2005, cités dans Touré, 2010, p. 7). Ces traductions insistent sur l'idée que les focus groups sont des entretiens au même titre que les entretiens individuels

classiques, les deux étant centrés sur les interviewés pour explorer leurs points de vue à propos d'un sujet donné (Touré, 2010, p. 7).

### 2.1.3. Caractéristiques de l'étude quantitative

L'approche quantitative en recherche accorde la priorité aux corrélations pouvant être établies entre les variables observées. Selon Fischer et Tarquinio (2014, p. 55), cette méthode voit son aboutissement dans la généralisation et la quantification des résultats de la recherche et tend à déboucher sur une explication à caractère général ou sur des lois. Par ailleurs, Lemerrier et Zalc (2008, p. 3) précisent que l'usage des méthodes quantitatives ne relève pas d'une démarche de principe, mais bien d'une nécessité quand les sources conduisent à des résultats quantitatifs et que les démonstrations s'y appuient. Selon eux, la quantification n'est ainsi pas une fin, mais plutôt un outil parmi d'autres. Pour autant, ils soulignent que même si la quantification a de nombreux atouts et elle présente aussi des limites et il est important de garder un esprit critique lors des recherches quantifiées. De plus, le choix d'un traitement quantitatif plutôt que d'un autre ne doit pas s'effectuer de manière rigide (Lemerrier & Zalc, 2008, p. 4).

### 2.1.4. Particularité du questionnaire

Il existe certains éléments qui sont caractéristiques des méthodes quantitatives. L'enquête par questionnaire consiste à poser à un ensemble de répondants une série de questions liées à leur situation sociale, professionnelle, familiale, ... ou sur tout autre point qui intéresse les chercheurs. Cette enquête par questionnaire vise la vérification d'hypothèses et l'examen des relations entre les variables présentes dans ce questionnaire (VanCampenhoudt & Quivy, 2017, p. 237). Le questionnaire est utilisé pour la production de données chiffrées destinées à mesurer ou comprendre un phénomène. Il traduit ainsi une « vision simplifiée de la réalité sociale assumée par le chercheur et inscrite dans son modèle d'analyse (VanCampenhoudt & Quivy, 2017, p. 237). L'analyse quantitative peut présenter des limites, c'est pourquoi l'analyse qualitative des données peut compléter l'approche par questionnaire. L'enquête par questionnaire peut ainsi être précédée par une enquête qualitative suivie d'une analyse des données recueillies pouvant orienter la recherche soit par le type de questions, par le traitement... (VanCampenhoudt & Quivy, 2017, p. 238).

De ce fait, la méthode mixte qui repose sur des données qualitatives et quantitatives « offre des possibilités pour les questions de recherche complexes et des pistes pertinentes et prometteuses permettant de répondre aux problématiques actuelles de la santé publique en France » (Guével & Pommier, 2012, p. 37).

#### 2.1.5. Les variables

Les variables dépendantes correspondent à ce qui varie, ce que l'on peut regarder, ce qui va changer selon les sujets, sous l'effet de la manipulation d'autres variables ; elles dépendent de nombreux facteurs ; ce sont des variables manipulées ou indépendantes.

Les variables dépendantes non manipulables concernent dans notre étude le degré de littératie en santé, les niveaux scolaires et la santé perçue.

Les variables indépendantes, manipulables, sont le sexe, la tranche d'âge, les origines culturelles, la place dans la famille et la filière professionnelle. Ce sont les variables manipulées pour étudier ses effets sur les comportements (les variables dépendantes) ; ce sont des variables imposées par l'étude.

## **2.2. L'organisation et la mise en oeuvre de l'étude**

### 2.2.1. Le focus group

#### 2.2.1.1. Les objectifs du focus group

Nous avons choisi de commencer par un focus group (Moreau et al., 2004, p. 382) car cette technique d'entretien de groupe permet de collecter des informations sur un sujet ciblé. C'est une technique d'enquête qualitative reposant sur un questionnaire et permettant d'évaluer des besoins, des attentes, des satisfactions ou de mieux comprendre des opinions, des motivations ou des comportements. Cette technique présente aussi l'avantage de pouvoir faire participer des personnes illettrées. Le protocole est préétabli et les objectifs sont décrits de manière explicite. La durée du focus group est d'environ deux heures.

Ce focus group avait une finalité exploratoire avant l'élaboration d'un questionnaire d'enquête sur le niveau de littératie en santé des élèves de LP. Il est composé d'un groupe de huit élèves volontaires, d'un lycée professionnel situé en ville. Ce LP propose des formations de certificat d'aptitude professionnelle (CAP) et de baccalauréat professionnel (Bac Pro) dans les différents corps de métiers du bâtiment : génie civil, installations sanitaires et thermiques, électricité, bois, finition, gros œuvre. Les élèves participants au focus group ne sont pas dans la même classe. Les objectifs visés par le focus group étaient :

- De repérer les différentes langues maternelles, étant donné que les différences de compétences en littératie entre les personnes nées en France et celles nées à l'étranger sont plus marquées que dans la moyenne des pays étudiés (OCDE, 2013 p. 136).
- De distinguer les types de discours vis à vis de la santé et d'identifier les rapports à la santé (fonctionnel, interactif et critique)
- De cerner les dimensions sollicitées de littératie en santé (« accéder-repérer », « comprendre », « évaluer », et « appliquer-utiliser »)

#### 2.2.1.2. Les cartes d'entretien comme support du focus group

Nous avons d'abord élaboré une carte conceptuelle identifiant tous les aspects de notre objet d'étude (voir annexe D). Cette carte conceptuelle a permis de répertorier dans un tableau des questions en lien avec l'objet d'étude, et classées par catégorie (voir annexe E).

Les cartes d'entretien ont été ensuite réalisées en fonction de ces catégories de questions (voir annexe F). Nous avons construit cinq cartes se référant aux cinq catégories de questions, à savoir :

- Données de contexte
- Données relatives à l'individu
- Données de littératie en santé
- Données relatives à l'état de santé
- Données relatives à l'accès à la santé

#### 2.2.1.3. Le déroulement du focus group

Le cadre du focus group a été fixé avec la direction du LP puis avec les élèves. Nous avons demandé l'accord des élèves pour la retranscription de leur propos et l'analyse de tout ce

qui se dit. Nous avons assuré que l'anonymat des élèves serait respecté ainsi que les paroles de chacun. Les modalités du focus group sont indiquées en début d'interview : les personnes interviewées (les huit élèves) se passent les cartes de façon arbitraire et s'expriment librement à partir des mots ou images de la carte. Les paroles de chacun sont retranscrites (voir annexe G).

### 2.2.2. Le questionnaire

Le questionnaire comprend différents types de questions permettant de répondre à nos objectifs. Il comprend en première partie une grille de mesure de littératie en santé (le HLQ - Health Literacy Questionnaire) et en fin de questionnaire une partie sociodémographique que nous avons construite à partir de nos recherches (voir annexe C.3)

#### 2.2.2.1. Le HLQ - Health Literacy Questionnaire

Le HLQ - Health Literacy Questionnaire (Osborne, 2013), est un questionnaire de mesure de la littératie en santé mis au point par le Pr Osborne de l'Université Deakin, en Australie. Sa version française a été validée par l'équipe de l'Université de la Réunion (Balcou-Debusse M.).

Le HLQ comprend 9 échelles indépendantes avec 44 items ; il est constitué de deux parties : la première repose sur 5 échelles faisant appel au « degré d'accord », et la deuxième partie possède 4 échelles dont les réponses correspondent au « degré de facilité ou de difficulté ».

Pour la partie 1 du HLQ, soit les échelles 1 à 5, il s'agit pour la personne d'indiquer dans quelle mesure elle est en désaccord ou en accord avec les affirmations du questionnaire. Les réponses pouvant être cochées sont : pas du tout d'accord, pas d'accord, d'accord, tout à fait d'accord.

Pour la partie 2 du HLQ, soit les échelles 6 à 9, il est demandé à la personne à quel point les tâches indiquées sont faciles ou difficiles à accomplir pour elle. Les réponses pouvant être



données sont : impossible ou toujours difficile, généralement difficile, parfois difficile, généralement facile, toujours facile.

#### 2.2.2.2. La partie sociodémographique du questionnaire

En fin de questionnaire est ajoutée une partie correspondant aux profils sociodémographiques des élèves. Elle comprend l'âge de l'élève, son sexe, son lieu de naissance, sa nationalité et celle de ses parents ou tuteurs, le nombre de personnes vivant avec l'élève, la langue parlée à la maison, le lieu d'habitation, la formation suivie, la filière, et le département ou le territoire du lycée, et la situation professionnelle des parents ou tuteurs.

#### 2.2.2.3. La protection des données personnelles

L'ensemble du questionnaire a fait l'objet d'une déclaration au service juridique de l'université, auprès du délégué à la protection des données personnelles (DPD), et il a été soumis à l'avis Comité d'évaluation éthique de l'Inserm. Le responsable du traitement des données est l'Université Claude Bernard Lyon 1. Le recueil des données, leur collecte et leur utilisation ont été soumis à des conditions de confidentialité et de sécurité informatique et physique sur des serveurs sécurisés. Les réponses au questionnaire ont été anonymes. Le nombre de personnes ayant eu accès aux données durant l'étude a été limité. Le traitement des données a été établi par les mêmes personnes qui ont eu accès aux données. Ces données sont conservées jusqu'en décembre 2020 puis elles seront détruites.

Les données sont stockées dans un dossier informatique dédié au projet où toutes les conditions de confidentialité et de sécurité informatique et physique sont assurées sur des serveurs sécurisés. Ces données pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec les autres équipes collaboratrices lors de discussions scientifiques mais aucune publication ou communication scientifique ne renfermera d'information permettant l'identification des élèves.

#### 2.2.2.4. Le Comité d'évaluation éthique de l'Inserm (CEEI) et les participants

**Le Comité d'évaluation éthique de l'Inserm (CEEI).** Le Comité d'évaluation éthique est un comité d'éthique de la recherche (CER) tel que défini par le Conseil de l'Europe. Le

CEEI est enregistré auprès de l'Office for Human Research Protections (OHRP) du ministère de la santé des États-Unis, c'est donc un Institutional Review Board (IRB00003888).

Le CEEI est rattaché administrativement à la direction générale de l'Institut, mais il est indépendant dans son organisation et ses décisions.

**Les participants.** Les participants sont des lycées professionnels de France. À travers 50 contacts de professeurs de lycées professionnels, soit 40 lycées professionnels en France (voir annexe H), nous souhaitions avoir environ 500 élèves susceptibles de répondre au questionnaire. Nous avons obtenu la participation de 351 élèves. Une demande de diffusion du questionnaire a été faite auprès des proviseurs des établissements. Certains chefs d'établissement ont refusé. Les élèves avaient la possibilité de refuser de participer.

Seuls les élèves de lycées professionnels publics de France ont été sollicités. Cela comprend les territoires d'outre-mer. Les élèves sont volontaires et ont pris connaissance des informations liées au traitement des données personnelles.

Sont exclus de l'étude les élèves hors lycées professionnels publics français et les élèves n'ayant pas entièrement complété le questionnaire. Par ailleurs, les élèves non volontaires et les élèves mineurs dont les parents se sont opposés à leur participation, sont exclus de l'enquête mais nous ignorons leur nombre puisqu'ils n'ont pas complété le questionnaire en ligne.

#### 2.2.2.5. La diffusion du questionnaire

Le questionnaire était anonyme et diffusé en ligne via un lien ; les professeurs étaient présents pendant le temps où les élèves complétaient le questionnaire sur ordinateur. Seuls les élèves volontaires ont participé en ayant pris connaissance des informations liées aux données personnelles. Par ailleurs, sur les 355 réponses indiquées sur la plateforme, 4 sont des « non participations » puisque les élèves ont coché la case « Je ne veux pas participer à cette enquête ». Nous avons donc 351 réponses valides et complètes.

Chaque établissement a géré l'organisation de la diffusion des questionnaires selon les informations et consignes indiquées concernant la recherche.

Ainsi notre étude comporte deux temps s'appuyant sur deux définitions complémentaires de la LES. Un premier temps, guidé par la définition de Maryvette Balcou-Debussche (2016) qui met en avant les rapports à la santé « sur le plan fonctionnel, interactif et critique », nous permet une approche qualitative avec le focus group pour comprendre la LES dans une perspective d'autonomisation. Un deuxième temps, basé sur la définition de Sørensen et al. (2013) qui fait apparaître les quatre dimensions (« Accéder, Comprendre, Évaluer, et Appliquer ») identifiées par Van Den Broucke et Renwart (2014), a permis une approche quantitative pour repérer les corrélations éventuelles entre les variables (HLQ).

## Chapitre 2 : L'analyse du focus group

### 1. L'analyse des discours

#### 1.1. Catégorisation des discours

##### 1.1.1. La phase de collecte

Il s'agit de la transcription de ce qui a été dit, immédiatement après la séance du focus group. Les paroles de chaque intervenant ont été retranscrites mot à mot, d'abord dans l'ordre chronologique du focus group puis ces paroles ont été regroupées et individualisées pour chaque locuteur (voir annexe G). Le focus group a été ensuite analysé en deux temps ; dans un premier temps nous avons relu les verbatim puis, dans un deuxième temps, nous avons transcrit les verbatim en lexies codifiées et numérotées. Nous avons ensuite regroupé les lexies en fonctions des thématiques des cartes dans un tableau (voir annexe I) proposant une classification des lexies par locuteur, par « registre des discours », par dimension sollicitée de littératie en santé (Accès- Compréhension- Évaluation- Application), et selon les compétences en santé qui nous semblaient se dégager.

##### 1.1.2. La phase de codage de l'analyse

L'analyse des verbatim des locuteurs ainsi découpés, classés et comparés sont étiquetés en fonction de l'idée ou du sous-thème pouvant les résumer ; ce peut être une expression, une phrase significative, un mot clé... Les occurrences sont regroupées en grand thème ou grand concept (« dimension »). Cette phase de codage permet d'éliminer les « hors sujet », et de pondérer les résultats en notant leur fréquence s'il y a répétition de certains thèmes. Une fois ce codage effectué, il est possible de faire une synthèse narrative et descriptive, suivie d'une analyse interprétative des données.

#### 1.2. Les outils

##### 1.2.1. Le logiciel IRaMuTeQ

IRaMuTeQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires) est un logiciel libre et ouvert d'analyse de données textuelles ou de statistique textuelle qui fonctionne en interface avec le langage R. Ce logiciel permet notamment la visualisation de données textuelles (Nuage de mots) ou l'analyse de réseaux de mots (Analyses de similitudes).

Le nuage de mots consiste en une analyse affichant le lexique des mots associés au corpus sur la forme d'un graphique où la taille des formes/mots est proportionnelle à leur fréquence. Les mots les plus cités sont placés au centre (voir annexe J.1).

L'analyse de similitudes est une analyse des cooccurrences présentée sous formes de graphiques de mots associés (voir annexe J.2). Les formes/mots sont les sommets du graphe et les arêtes représentent les cooccurrences entre eux. Plus la taille des mots est grande, plus ils sont fréquents dans le corpus, plus les liens/arêtes sont épais, plus les mots sont cooccurents. Les formes/mots les plus centraux sont détectés à partir du calcul de leur centralité. Ces mots servent d'intermédiaires pour relier (au sens de la cooccurrence) un grand nombre d'autres mots entre eux.

### 1.2.2. La grille d'analyse des discours

L'analyse se fait à l'aide de la grille élaborée (voir annexes I) dont les objets ont été choisis à partir des cartes supports du focus group et du contenu des discours. Les résultats sont établis à partir de l'analyse de contenu des discours puis d'une analyse des discours. « L'analyse de contenu est une méthode de traitement contrôlé de l'information contenue dans des textes au moyen d'une « grille » de lecture objective dont les résultats seront interprétés » (Alin, 1996, p. 163). La constitution du corpus d'analyse du discours est faite à partir d'une classification pour chaque thème (déterminants sociaux, compétences en santé, littératie en santé) en objets : « Accès », « Compréhension », « Évaluation », « Application » ; l'analyse repose alors sur ces objets.

Alin, envisage l'analyse discursive « comme un discours, comme une pratique d'interlocution dont on décode les mécanismes et les stratégies et qui, de fait, est radicalement liée aux modalités de son énonciation et aux conditions socio-historiques de sa production ». Il propose trois registres d'analyse discursive : celui de l'explicite, celui de l'implicite et celui de

l'énonciatif (Alin, 1996, p. 165).

Le concept de compétences en santé retenu est celui permettant de classer ces compétences selon trois niveaux : fonctionnel, interactif, critique (Balcou-Debussche, 2016, p. 93 ; Nutbeam, 2008, p. 2076). Les compétences et les dimensions sont celles émergentes de façon explicite et celles émergentes de façon implicite.

Les lexies de chaque locuteur sont classées par acte de discours (voir annexes I) selon les catégories d'acte de discours d'Alin (1996, p. 163) :

ADR : acte de discours de rationalisation

ADCI : acte de discours de conduite intentionnelle

ADCA : acte de discours de conduite d'action

ADEX : acte de discours d'expression

ADEN : acte de discours d'édiction de normes

ADCJ : acte de discours de conduite justificative

ADCP : acte de discours de conduite performatrice

Cette grille permet de valider ou non nos hypothèses et de mettre en évidence les similitudes et les divergences entre les locuteurs pour chaque objet.

## **2. Les résultats du focus group**

Les résultats comprennent le nuage de mots obtenu à partir de l'ensemble des discours du focus group, l'analyse de similitudes dans les discours du focus group (voir annexes J), et une synthèse narrative et descriptive, suivie d'une analyse interprétative des données.

### **2.1. Analyse textuelle et synthèse narrative et descriptive**

#### **2.1.1. Synthèse de l'analyse textuelle**

Le nuage de mots obtenu à partir de l'ensemble des discours du focus group montre les mots associés dont la taille est proportionnelle à leur fréquence lors du focus groupe. Les mots les plus cités sont placés au centre. Les mots tels que professionnel, manger, travailler, langue,

France, bac, école, lycée, payer, santé, alternance, parent, médicament, arabe, pro, carte sont parmi les mots les plus fréquents (voir annexe J.1).

L'analyse des cooccurrences montre les mots les plus centraux servant d'intermédiaires pour relier (au sens de la cooccurrence) un grand nombre d'autres mots. Dans le graphique (voir annexes J.2), les associations de mots émergentes sont : « parent – école - Bac pro - CAP », « lycée – difficile – dangereux - carte vitale – travail – chance - motivation », « médicaments – euro », « parler – langue – français – arabe – maternel – famille - égalité », « diplôme – étude – continuer - cas – perdre – kilo -chantier – cigarette – fumer - cannabis », « travailler – alternance – problème - santé-physique – atelier - risque », « Macdo – Auchan – temps – manger – sport - grossir », « construire – bâtiment – black - payer – maçonnerie – maladie », « professionnel – projet -France – général – théorie ».

### 2.1.2. Synthèse narrative et descriptive

L'objectif est d'analyser l'incidence des variables sur la littératie en santé de ces élèves de LP. Les variables indépendantes, manipulables, utilisées sont : le genre, la tranche d'âge, la langue maternelle, la place dans la famille et la filière professionnelle. Les variables dépendantes non manipulables dans le focus group concernent : les types de discours vis à vis de la santé et leur rapport à la santé sur le plan fonctionnel, interactif et critique, et les dimensions sollicitées de littératie en santé (« accéder-repérer », « comprendre », « évaluer », et « appliquer-utiliser »).

Une comparaison des discours des locuteurs est faite en fonction des variables indépendantes (filière, langue maternelle) et des variables dépendantes en fonction des thématiques des cartes, des registres des discours, des dimensions sollicitées de littératie en santé et compétences.

Une répartition du nombre de lexies selon les locuteurs permet de rendre compte du volume de prise de parole selon les personnes interviewées (voir annexe K1). Le locuteur ayant le plus grand nombre de lexies retranscrites lors du focus group est L3 (44% du nombre total de lexies retranscrites des interviewés) puis L2 ensuite (18%) et L7 étant celui qui a le moins de lexies (5%).

La thématique la plus abordée est celle des déterminants sociaux chez tous les locuteurs mais la proportion varie de 45% (L4) à 82% (L7).

La thématique des déterminants sociaux représente 47% des lexies chez le locuteur L1 et deux types de langage ressortent : le premier est de type spontané (ADEX - 29%) et repose sur l'affectivité, et l'autre est un langage de justification de ses actes ou de ses propos (ADCJ - 29%). Le locuteur est en France depuis quatre ans et sa langue maternelle est le lingala.

Chez le locuteur L2, de la même façon, la thématique la plus exploitée est celle des déterminants sociaux (46% des lexies) mais l'acte de discours dominant est celui de la rationalisation (ADR- 26%) qui consiste à expliquer et à rationaliser les propos et vient ensuite les énoncés de conviction, reposant sur des principes, des lois, des normes ou des règles, que le locuteur met en avant pour appuyer ses propos (ADEN- 23%).

La thématique des déterminants sociaux est davantage abordée chez le locuteur L3 (70%) et comme le locuteur L1 son discours est davantage axé sur l'expression (ADEX - 38%), c'est à dire sur des réactions spontanées, sur l'affectivité, et exprime son état psychologique ; viennent ensuite des énoncés où il cherche à justifier ses actes ou ses propos (ADCJ- 26%). Par ailleurs, ce locuteur L3 est celui qui a le plus de discours en nombre de lexies (44%). Il a vécu en Tunisie une partie de son enfance et est revenu en France depuis quelques années. Il parle français et tunisien.

Pour le locuteur L4, on retrouve les mêmes caractéristiques, à savoir une forte majorité de lexies concernant les déterminants sociaux (45%) et son discours est essentiellement de l'ordre de l'expression (ADEX - 61%) ; Il a vécu en Tunisie une partie de son enfance. Il parle français et tunisien.

Dans le discours du locuteur L5, les déterminants sociaux représentent aussi une grande part du discours (79%) et le type de discours est réparti entre les réactions spontanées, les réactions d'affectivité, ou d'expression de l'état psychologique (ADEX - 39%) et les énoncés de principes, de règles, qu'il édite (ADEN- 29%). Il est né en Algérie et est en France depuis 6 ans ; il parle ces deux langues.

Pour le locuteur L6, on constate les mêmes éléments quant au thème dominant (50%), ou quant au type de discours, mais plus prononcé que ce soit pour le discours d'expression (ADEX - 54%) ou le discours de normes (ADEN- 38%).

Le locuteur L7 est celui qui a le moins de lexies (5%) et qui aborde, proportionnellement, le plus la thématique des déterminants sociaux (82%) et dont le discours de normes est le plus important en pourcentage (ADEN- 53%). Viennent ensuite des énoncés où il cherche à justifier ses actes ou ses propos (ADCJ- 23%).



Pour le dernier locuteur L8, comme pour les autres, la thématique principale est identique et représente 50% de ses propos. Concernant les actes de discours, il est le seul qui par rapport à l'ensemble de ses énoncés cherche autant à justifier ses actes ou ses propos (ADCJ- 47%) viennent ensuite, sensiblement les mêmes proportions, les actes de discours d'expression (ADEX - 26%) puis les actes de discours de normes (ADEN- 24%).

Si l'on regarde la répartition des dimensions sollicitées de littératie en santé (voir annexe K2), on constate que les dimensions qui sont les plus présentes sont celles relatives à la compréhension chez L1, L4, L6 et L7, et à l'évaluation L2, L3, L5, L6 et L8. Les dimensions les moins présentes sont celles relatives à l'accès chez L1, L2, L3 et L4, et à l'application chez L5, L6, L7 et L8.

L'analyse des compétences sous-jacentes dans les discours (voir annexe K3) montre des compétences plutôt fonctionnelles chez L1 et L2, interactives chez L3, L4 et L7, et critiques chez L5, L6 et L8. En revanche, les compétences les moins apparentes dans les discours sont fonctionnelles pour L3 et L6, interactives pour L5 et L8, et critiques pour L1, L2 et L4.

Pour résumer, la thématique des déterminants sociaux est la plus présente dans le discours des locuteurs. Dans les discours des locuteurs L1, L6, L7 et L8, il n'y a pas d'actes de discours de rationalisation (ADR) où le locuteur cherche à rationaliser et expliquer ses propos, et le type de discours d'expression est majoritaire chez cinq locuteurs sur huit (L1, L3, L4, L5, L6). Les dimensions en santé sous-jacentes des discours sont de l'ordre de la compréhension et de l'évaluation. En revanche, les compétences les plus présentes en santé peuvent être selon les locuteurs aussi bien fonctionnelles qu'interactives que critiques.

## **2.2. Analyse interprétative et discussion**

### **2.2.1. Analyse interprétative des données**

Les associations de mots issues des discours et leur fréquence montrent des inquiétudes professionnelles liées aux études et au parcours professionnel, des préoccupations financières, une conscience des problèmes de santé, et des références à leur histoire familiale et sociale.

La thématique des déterminants sociaux très présente chez les locuteurs correspond à la conscience qu'ils ont de leur histoire de vie, aux préoccupations scolaires et professionnelles, mais aussi aux inquiétudes financières apparentes dans les discours.

Les actes de discours d'expression (ADEX) prédominent, et, ils correspondent en grande partie aux compétences fonctionnelles liées aux conditions du quotidien sans regard critique. Les actes de discours de rationalisation (ADR) sont peu présents et leur absence témoigne d'un manque de recul vis à vis du quotidien et, des difficultés à mettre en œuvre des compétences d'ordre critique, c'est-à-dire des compétences cognitives et sociales plus avancées pour exercer un plus grand contrôle sur les événements de la vie et des situations. D'ailleurs, les dimensions en santé sous-jacentes sont de l'ordre de la compréhension et de l'évaluation en majorité et moins de l'ordre de l'application et de la mise en œuvre.

#### 2.2.2. Discussion : quelle présence des inégalités scolaires et sociales ?

L'analyse de ce focus group met en avant une forte conscience des inégalités sociales, scolaires et de santé au travers des discours et montre des compétences plutôt fonctionnelles liées aux tâches exercées sans regard critique des situations quotidiennes. En effet, le peu de discours de rationalisation (ADR) révèle aussi un manque de recul vis à vis du quotidien, une insuffisance dans les explications des propos, pouvant correspondre au manque de distance vis à vis des situations difficiles du quotidien et à la grande présence de ces inégalités scolaires et sociales.

## Chapitre 3. L'analyse du questionnaire

Compte tenu des objectifs visés, nous avons choisi comme critères d'évaluation les scores obtenus dans les différentes échelles par les élèves à partir des outils d'évaluation proposés par le HLQ. Nous avons également décidé d'observer les corrélations entre les variables et les scores dans les neuf dimensions du HLQ.

### 1. Les outils du HLQ et les résultats du questionnaire

#### 1.1. L'utilisation du logiciel dans le HLQ

##### 1.1.1. Le Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) et le « package utilisateur HLQ »

Le HLQ intègre le logiciel SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) pour l'analyse statistique. C'est un programme utilisé pour la recherche en économie, en sciences de la santé, en sciences de l'éducation... Ce logiciel permet l'analyse statistique, la gestion des données et la documentation des données (les métadonnées sont sauvegardées).

Dans le « package utilisateur HLQ », la syntaxe SPSS calcule uniquement les données HLQ. Il n'est pas configuré pour calculer les données démographiques. Il faut donc séparer les données démographiques avant d'exécuter la syntaxe de notation. L'algorithme produit des scores non pondérés pour chacune des 9 échelles du HLQ (Osborne, 2013). Le score final pour chaque échelle est un score moyen pour toutes les questions qui composent cette échelle. Le HLQ ne fournit pas un seul score total ; il donne neuf scores distincts qui indiquent les forces et les besoins d'une personne par rapport à sa littératie en santé.

Le codage des réponses est de deux types. Pour les échelles 1 à 5 du HLQ, la plage de score se situe entre 1 et 4, c'est-à-dire qu'il existe 4 réponses possibles. Pour les échelles 6 à 9 du HLQ, la plage de score se situe entre 1 et 5, c'est-à-dire qu'il existe 5 réponses possibles. Le codage des questions P1Q1 à P1Q23, soit le codage des 23 questions de la partie 1 du HLQ, se fait ainsi :

- Pas du tout d'accord = 1
- Pas d'accord = 2

- D'accord = 3
- Tout à fait d'accord = 4

Le codage des questions P2Q1 à P2Q21, soit le codage des 21 questions de la partie 2 du HLQ, se fait de la façon suivante :

- Ne peut pas faire ou toujours difficile = 1
- Habituellement difficile = 2
- Parfois difficile = 3
- Habituellement facile = 4
- Toujours facile = 5

Les cellules de saisie de données sont verrouillées pour ne permettre la saisie que de la plage de valeurs potentielles pour cet élément (par exemple, seules les valeurs 1, 2, 3, 4 peuvent être saisies pour les échelles 1 et 2, etc.). Cela garantit que les cellules contenant des données manquantes sont laissées vides.

Le calcul des scores du HLQ est programmé. La feuille de calcul prévue avec le « package utilisateur HLQ » fournit des instructions pour la notation. Le programme calcule les moyennes et les écarts types pour chacune des neuf échelles du HLQ. Les scores moyens et les écarts-types pour chaque participant se remplissent automatiquement une fois que les données sont renseignées. Les scores totaux pour chaque échelle (moyenne et écarts-types) sont également mesurés automatiquement.

### 1.1.2. L'interprétation du HLQ

Le HLQ prévoit neuf échelles indépendantes pour lesquelles il est possible d'établir des scores et de les interpréter.

#### 1.1.2.1. Les échelles 1 à 5

L'échelle 1 est « HPS ». Cette première échelle est « Se sentir compris et soutenu par les professionnels de santé (HPS) ». Un score élevé indique que la personne a une relation établie avec au moins un professionnel de la santé qui la connaît bien et en qui elle a confiance pour fournir des conseils et des informations utiles et l'aider à comprendre les informations et à prendre des décisions concernant sa santé. Un score faible signale que la personne n'est pas en mesure de dialoguer avec les médecins et autres professionnels de la santé. Elle n'a pas

d'interlocuteur de soins de santé régulier et / ou a du mal à faire confiance aux professionnels de soins comme source d'informations et / ou de conseils.

L'échelle 2 est « HSI ». Cette échelle est « Disposer d'informations suffisantes pour gérer sa santé (HSI) ». Un score élevé montre que la personne se sent assurée d'avoir tous les renseignements dont elle a besoin pour vivre avec et gérer son état et prendre des décisions. Un score faible informe que la personne sent qu'il y a de nombreuses lacunes dans ses connaissances et qu'elle n'a pas les informations dont elle aurait besoin pour vivre et gérer ses problèmes de santé.

L'échelle 3 est « AMH ». Il s'agit de l'échelle « Gérer activement sa santé (AMH) ». Un score élevé correspond au fait de reconnaître l'importance de sa propre santé et d'être en mesure de la prendre en charge. Les personnes ayant un score élevé à cette échelle s'engagent de manière proactive dans leurs propres soins et prennent leurs propres décisions concernant leur santé. À l'inverse, les personnes ayant un faible niveau à cette échelle ne considèrent pas leur santé comme de leur responsabilité ; elles ne sont pas engagées dans leurs soins de santé qu'elles considèrent comme quelque chose qui leur est prodigué.

L'échelle 4 est « SS ». Cette échelle est le « Soutien social pour la santé (SS) ». Un score élevé indique que le système social de la personne lui fournit tout le soutien dont elle a besoin. Un score faible, à l'inverse, indique que la personne est complètement seule et sans soutien.

L'échelle 5 est « CA ». C'est l'échelle « Évaluation de l'information en santé (CA) ». Un score élevé indique que la personne est capable d'identifier de bonnes informations et des sources d'information fiables. Elle peut aussi résoudre seule ou avec l'aide d'autres personnes des problématiques liées à des informations contradictoires. Un score faible révèle que peu importe à quel point la personne essaie, elle ne peut pas comprendre la plupart des informations sur la santé et est perdue en cas d'informations contradictoires.

#### 1.1.2.2. Les échelles 6 à 9

L'échelle 6 est « AE ». Cette échelle est la « Capacité à s'engager activement avec les professionnels de santé (AE) ». Un score élevé informe que la personne est proactive quant à sa santé et qu'elle se sent maître de ses relations avec les professionnels de santé. La personne

est en mesure de demander conseil à d'autres professionnels de santé si nécessaire et ce jusqu'à ce qu'elle obtienne ce qu'elle veut. Un score faible montre que la personne est passive dans son approche des soins de santé, c'est-à-dire qu'elle ne cherche ni ne clarifie de manière proactive les informations et les conseils et / ou les options de service. Elle accepte les informations sans douter. Il lui est impossible de poser des questions pour obtenir des informations ou pour clarifier ce qu'elle ne comprend pas. Elle accepte ce qui lui est proposé sans chercher à ce que ça réponde à ses besoins.

L'échelle 7 est « NHS ». C'est l'échelle de la « Navigation dans le système de santé (NHS) ». Un score élevé signifie que la personne est capable de connaître les services et les soutiens afin de répondre à tous ses besoins. Au contraire, un score faible révèle que la personne est incapable de défendre ses intérêts en son propre nom et qu'elle ne peut pas trouver quelqu'un qui peut l'aider à utiliser le système de santé pour répondre à ses besoins en matière de santé.

L'échelle 8 est « FHI ». Cette échelle correspond à « l'Aptitude à trouver des informations de santé de bonne qualité (FHI) ». Si le score est élevé, cela caractérise une personne qui « explore les informations », c'est-à-dire qui utilise activement un large éventail de sources pour trouver des informations actualisées et de qualité. Un score faible décrit une impossibilité d'accéder aux informations nécessaires en santé et une dépendance pour obtenir des informations.

L'échelle 9 est « UHI ». C'est l'échelle de la « Compréhension suffisante de l'information en santé pour savoir ce qu'il faut faire (UHI) ». Un score élevé montre la capacité à comprendre toutes les informations écrites (y compris les informations numériques) en relation avec la santé et, le cas échéant, la capacité d'écrire de manière appropriée sur les formulaires de santé. Un score faible indique les difficultés de la personne à comprendre les informations de santé écrites ou les instructions sur les traitements ou les médicaments, et l'impossibilité pour elle de lire ou d'écrire assez bien pour remplir des formulaires médicaux.

Le programme d'analyse statistique prédictive SPSS sera utilisé pour calculer : l'Analyse Factorielle Exploratoire (AFE) et l'Analyse Factorielle des Correspondances (AFC) pour vérifier la structure de notre questionnaire, les corrélations, les régressions linéaires pour évaluer les impacts.

## 1.2. Les résultats du questionnaire

### 1.2.1. Le codage des données sociodémographiques des élèves

#### 1.2.1.1. Les codages de l'âge, du sexe, des lieux de naissance, et de la nationalité

Concernant l'âge des élèves, le codage est de 14 pour 14 ans, 15 pour 15 ans et ce jusqu'à 24 pour 24 ans.

Le codage du sexe est de 1 pour masculin et 2 pour féminin.

La nationalité est codée 1 pour « Française » et 7 pour « Autre ».

Pour les lieux de naissance, les chiffres sont attribués selon le tableau ci-dessous (cf. tableau 23) :

**Tableau 23.** *Le codage des données du lieu de naissance des élèves de notre étude.*

Lieu de naissance	Code
France	1
Europe	2
Afrique	3
Asie	4
Amérique du nord	5
Amérique du sud	6
Autre	7

#### 1.2.1.2. Les codages de langue parlée, du lieu de vie, de la formation

Pour « Parlez-vous français à la maison », il est attribué : 0 pour « non », 1 pour « un peu » et 2 pour « oui ».

Pour le lieu de vie, en réponse à « vous vivez », le codage est de : 1 pour « En ville », 2 pour « À la campagne », 3 pour sans réponse.

Pour la formation, le code 1 est donné pour le « CAP » et 2 pour le « BAC PRO ».

Pour les filières professionnelles, le codage est le suivant (cf. tableau 24) :

**Tableau 24.** *Le codage des données des filières professionnelles des élèves de notre étude.*

Filière Professionnelle	Code
Administration	1
Auto	2
Beauté	3
BTP (Bâtiment et travaux publics)	4
Commerce	5
Communication	6
Hygiène Environnement	7
Industrie	8
Logistique Transport	9
Mode Textile	10
Sécurité Défense	11
Services à la personne	12
Tourisme Hôtellerie	13

#### 1.2.1.3. Le codage des départements et de la situation des parents ou tuteurs

Les départements et territoires des lycées ont été codés avec leur propre code (cf. tableau 25).

**Tableau 25.** *Le codage des données départements et territoires des lycées des élèves de notre étude.*

Département ou territoire des établissements scolaires	Code
Ain	1
Loire	42
Rhône	69
Isère	38
Martinique	97
Polynésie	98
Bouche du Rhône	13
Vaucluse	84
Alpes Hautes Provence	4
Hautes Alpes	5
Pas de Calais	62
Nord	59
Seine et Marne	77
Seine St Denis	93
Val de Marne	94
Autre	7



Pour la situation professionnelle des parents ou tuteurs, nous avons numéroté ainsi (cf. tableau 26) :

**Tableau 26.** *Le codage des données concernant la situation professionnelle des parents ou tuteurs des élèves de notre étude.*

Situation professionnelle des parents ou tuteurs	Cod e
Agriculteur	1
Artisan	2
Cadre	3
Ouvrier Employé	4
7 (Sans emploi, Retraité)	7

Ces variables sociodémographiques ont été associées aux données de littératie en santé des élèves pour interpréter nos résultats.

### 1.2.2. Les résultats des données sociodémographiques des élèves

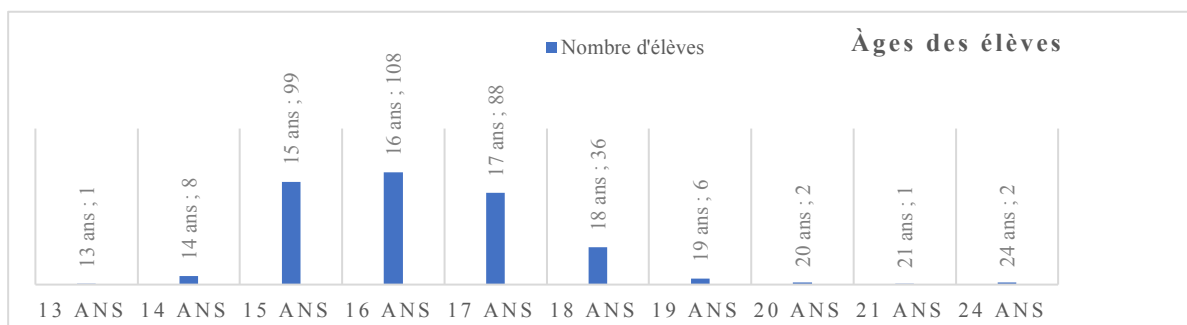
Ces résultats correspondent à la deuxième partie du questionnaire proposé aux élèves.

#### 1.2.2.1. L'âge des élèves et leur sexe

La majorité des élèves ayant participé au questionnaire ont entre 15 ans et 17 ans (cf. figure 33) ; ils représentent 295 élèves sur les 351, soit 84% des élèves. On retrouve donc la tranche d'âge majoritaire des élèves de lycées professionnels sachant que la proportion d'élèves entrant en formation professionnelle âgés de 15 ans et moins est passée de moins d'un quart en 2005 à plus de la moitié (54,7 %) en 2018 pour les classes de première année de CAP, seconde professionnelle Bac Pro comme le relevaient les études de 2019 du ministère de l'éducation nationale<sup>61</sup>.

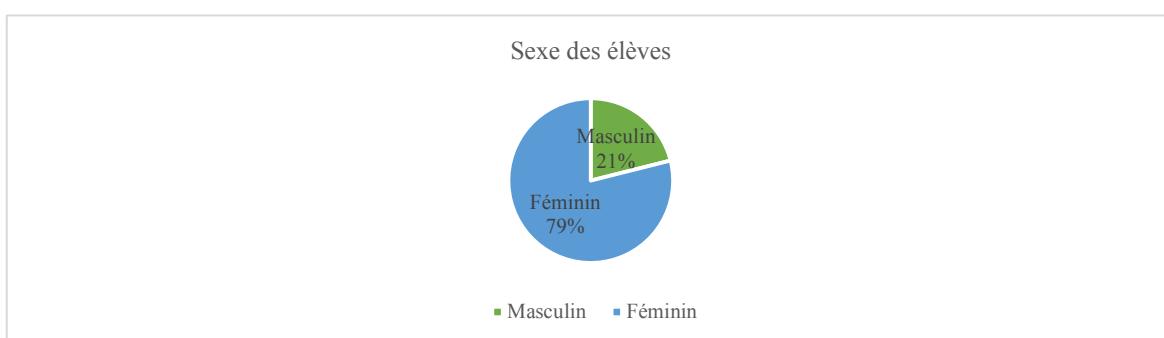
---

<sup>61</sup> RERS - 2019 - Sources : MENJ-MESRI-DE



**Figure 33.** Graphique représentant la distribution des âges des élèves participant à l'étude et leur nombre.

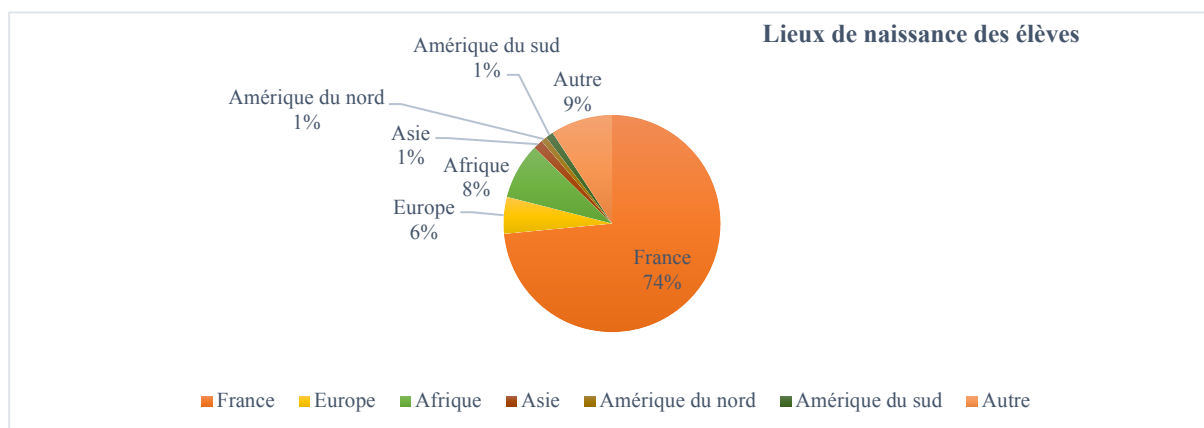
Ce sont essentiellement des filles (79%) qui ont participé à l'étude (cf. figure 34) sachant qu'à l'échelon nationale les garçons sont plus nombreux que les filles en LP (garçons : 58,6 %).



**Figure 34.** Graphique représentant la part des filles et des garçons participant à l'étude.

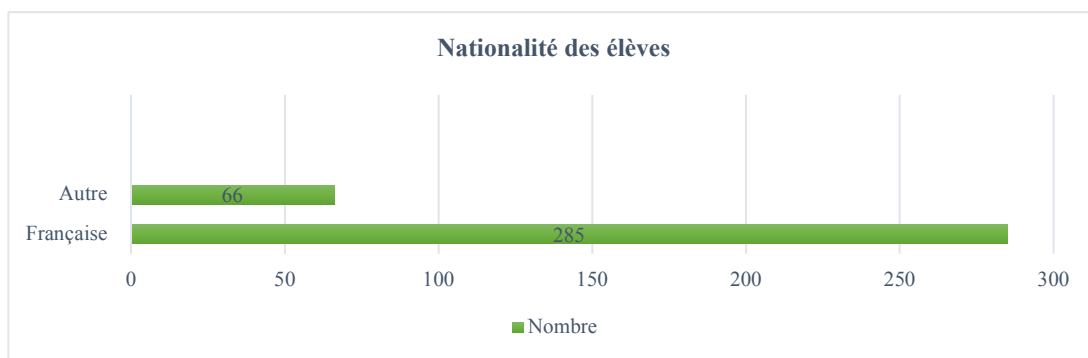
#### 1.2.2.2. Les lieux de naissance des élèves et leur nationalité

Les élèves sont en grande majorité nés en France (74%) ; les autres sont nés sur le continent africain pour 8% des élèves, dans un pays d'Europe pour 6%, en Amérique du nord pour 1% des élèves, en Amérique du sud pour 1% des élèves, et dans un continent « autre » pour 9% (cf. figure 35).



**Figure 35.** Graphique représentant les lieux de naissance des élèves participant à l'étude.

Les élèves sont en majorité français ; ils sont 285 sur les 351 interrogés soit 81%. Parmi les élèves interrogés, 26% ne sont donc pas nés en France et 19% ne sont pas de nationalité française (cf. figure 36). Certains pourraient avoir bénéficié à un moment de leur parcours scolaire d'un dispositif lié à l'apprentissage du français langue seconde (FLS) pour les élèves allophones sachant qu'à l'échelon nationale, les élèves allophones sont 0,62 % des effectifs scolaires des premier et second degrés (0,70 % en élémentaire, 0,74 % en collèges et 0,29 % en lycées) et qu'ils sont plus nombreux dans six départements (plus d'un élève sur 100, contre 0,62 % au niveau national) : en Guyane, en Seine-Saint-Denis et Val-d'Oise, dans l'Oise, le Rhône et le Vaucluse.<sup>62</sup>

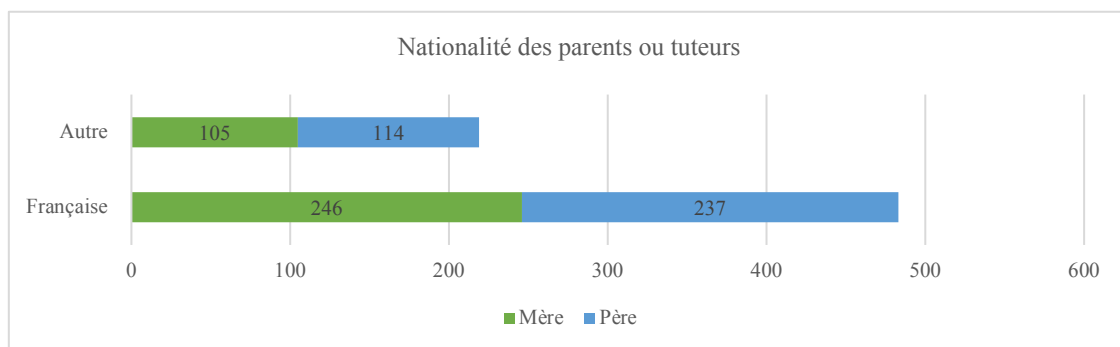


**Figure 36.** Graphique représentant la nationalité des élèves participant à l'étude.

### 1.2.2.3. La nationalité des parents ou tuteurs

Les parents sont en majorité français. Les mères sont 246 à être de nationalité française soit 70,1% des mères des élèves ayant participé. Les pères sont approximativement le même nombre à être français ; ils sont 67%. Il existe donc 29,9% des mères qui sont de nationalité étrangère et 33% des pères (cf. figure 37).

<sup>62</sup> RERS - 2019 - Sources : MENJ-MESRI-DE



**Figure 37.** Graphique représentant la nationalité des parents ou tuteurs des élèves participant à l'étude.

Si nous prenons les termes utilisés dans l'étude de Di Paola, Jellab, Moullet, Olympio et Verdier (2016, p. 14)<sup>63</sup>, nous avons 211 familles non immigrées (soit 60,1% des familles), 69 familles mixtes (soit 19,7% des familles) et 71 familles immigrées (soit 20,2% des familles).

Pour les familles mixtes, les origines citées sont : algérienne (23), marocaine (7), turque (5), portugaise (5), tunisienne (3), italienne (2), coréenne (1), togolaise (1), rwandaise (1), congolaise (1), américaine (1), centre africaine (1), ivoirienne (1), guinéenne (1), comorienne (1), dominicaine (1), béninoise (1), espagnole (1), et deux inscriptions comme étant « autre nationalité » pour guadeloupéenne (1) et marquisienne (1). D'autres n'ont pas précisé l'origine.

Concerant les familles qui seraient immigrées, les origines sont : algérienne (14), congolaise (7), turque (7), marocaine (4), portugaise (4), malienne (3), syrienne (2), comorienne (2), tunisienne (2), guinéenne (2), algérienne /marocaine (2), espagnole (1), italienne (1), rwandaise (1), centre africaine (1), pakistanaise (1), angolaise (1), camerounaise (1), paraguayenne (1), albanaise (1), capverdienne (1), roumaine (1), finlandaise (1), tunisiennne/sénégalaise (1), portugaise/congolaise (1), marocaine/italienne (1), algérienne/allemande (1), péruvienne/espagnole (1), congolaise/angolaise (1), ), et des inscriptions comme étant « autre nationalité » pour tahitienne (1), espagnol/guadeloupéenne (1), surinamienne/martiniquaise (1), marocaine/martiniquaise (1).

À l'échelon national dans l'étude de 2012 pour le Cnesco, il y existe une surreprésentation des jeunes issus des familles immigrées dans l'enseignement professionnel

<sup>63</sup> C'est-à-dire « famille immigrée » quand les parents sont déclarés par l'élève comme « autre nationalité que française » et « famille mixte », quand l'un des deux parents est déclaré comme « autre nationalité que française ».

selon Di Paola et al. (2016, p. 14)<sup>64</sup> (cf. tableau 27) ; nous avons à titre indicatif les parts des élèves de familles immigrées, mixtes et non immigrées qui intègrent les lycées professionnels.

**Tableau 27.** *Part des élèves (%) entrant dans l'enseignement professionnel selon le sexe et l'origine nationale à partir de leurs situations en 2000 (panel 1995) et 2012 (panel 2007) (Di Paola et al., 2016, p. 14).*

	Panel 1995	Panel 2007
<b>Sexe de l'élève</b>		
Garçons	42,4	41,6
Filles	30,7	30,6
<b>Origine</b>		
Famille non immigrée	35,9	35,7
Famille mixte	32,5	31,6
Famille immigrée	45,4	43,6
Ensemble	36,7	36,2

Source : Panels DEPP, MEN  
Lecture : 41,6 % des garçons entrés en classe de 6<sup>ème</sup> en 2007 étaient dans la voie professionnelle en 2012

Si l'on regarde à l'échelon national, en 2015, selon Insee et Brutel (2017, p. 1), 11 % des personnes nées en France et vivant en ménages ordinaires, ont au moins un parent immigré (45% sont d'origine européenne : d'Espagne ou d'Italie ou du Portugal plus tardivement ; 31% sont issus du Maghreb : de l'Algérie après la guerre, et du Maroc à la fin des années soixante ; et dans une moindre mesure : de l'Afrique hors Maghreb à partir du milieu des années soixante-dix, ou de l'Asie)<sup>65</sup>.

À l'échelon national, chez les descendants d'immigrés de moins de 25 ans, 42% sont originaires du Maghreb et 19 % d'Afrique subsaharienne (voir annexe L). L'immigration de l'Afrique subsaharienne est plus récente d'où le fait que huit descendants sur dix de cette origine ont moins de 25 ans, et de la même façon, les trois quarts des descendants d'immigrés asiatiques, principalement originaires de Turquie ou d'Asie du Sud-Est ont moins de 25 ans

<sup>64</sup> Les familles immigrées sont définies dans l'étude Di Paola et al. (2016, p. 14) comme familles dont les deux parents sont nés à l'étranger et dans le cas d'une « famille mixte », seulement l'un des deux parents est né hors de France.

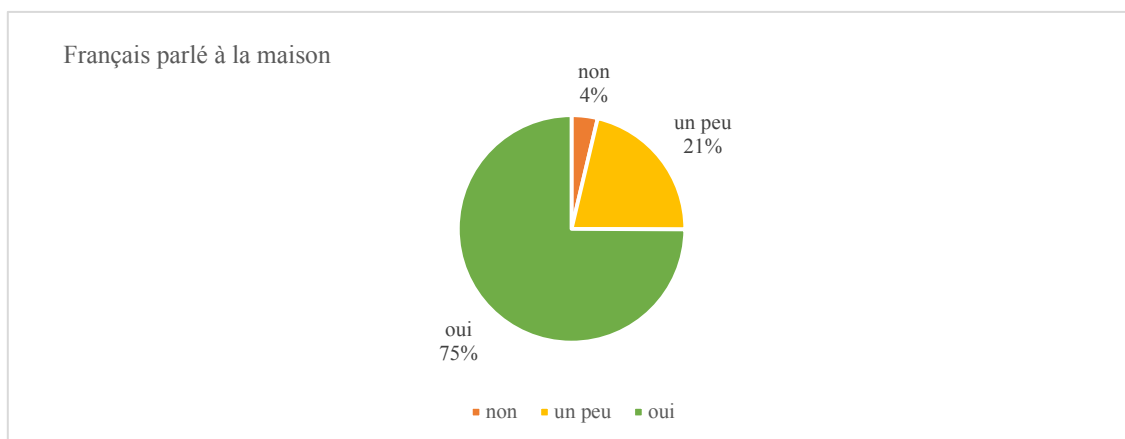
<sup>65</sup> Ces estimations du nombre de descendants d'immigrés reposent sur l'enquête emploi en continu (EEC) pour les personnes âgées de 15 ans ou plus et le recensement de la population (RP) pour les enfants de moins de 15 ans. L'EEC n'interroge que les personnes de 15 ans ou plus. Chacune répond à un questionnaire individuel, qui aborde notamment l'origine des parents (lieu de naissance et nationalité à la naissance).

(Insee & Brutel, 2017 p. 1). Pour 45 % des descendants d’immigrés, les deux parents sont immigrés et pour neuf cas sur dix, ils sont nés dans le même pays (Insee & Brutel, 2017 p. 2). Pour 50 % des descendants d’immigrés, les parents forment un couple « mixte » et le plus souvent c’est le père qui est immigré et la mère non immigrée (voir annexe L). La mixité des origines des parents dépend des conditions d’arrivée en France (Insee & Brutel, 2017 p. 2).

Si nous comparons ces données nationales aux résultats obtenus dans notre enquête, nous constatons donc une plus forte représentation des enfants de familles immigrées ou de couples mixtes dans les élèves de lycées professionnels qui ont participé à notre enquête : 20,2% de familles immigrées et 19,7% de familles mixtes contre soit 11 % des familles au total à l’échelon national). Par ailleurs nous retrouvons également les mêmes pays d’origine qu’à l’échelon national.

#### 1.2.2.4. La langue parlée au foyer

La grande majorité des élèves questionnés dans notre enquête parlent français chez eux ; ils sont 75% (soit 3 élèves sur 4). Cependant 21% des élèves parlent « un peu » français à la maison, et 4% ne parlent pas français à la maison. Un élève sur 4 parle donc peu voire pas français chez lui (cf. figure 38).



**Figure 38.** Graphique représentant le pourcentage d’élèves participant à l’étude parlant français à leur domicile.

À l’échelon national, nous constatons dans l’enquête du MEN-DEPP (à partir du panel des élèves entrés en sixième en 2007), que la langue parlée en famille varie selon la nationalité et selon l’origine ; 68% des portugais parlent une autre langue (uniquement ou souvent) en

famille, 66% pour les maghrébins et les turcs (Brinbaum, 2019, p. 98) (cf. tableau 28 ; voir annexe M).

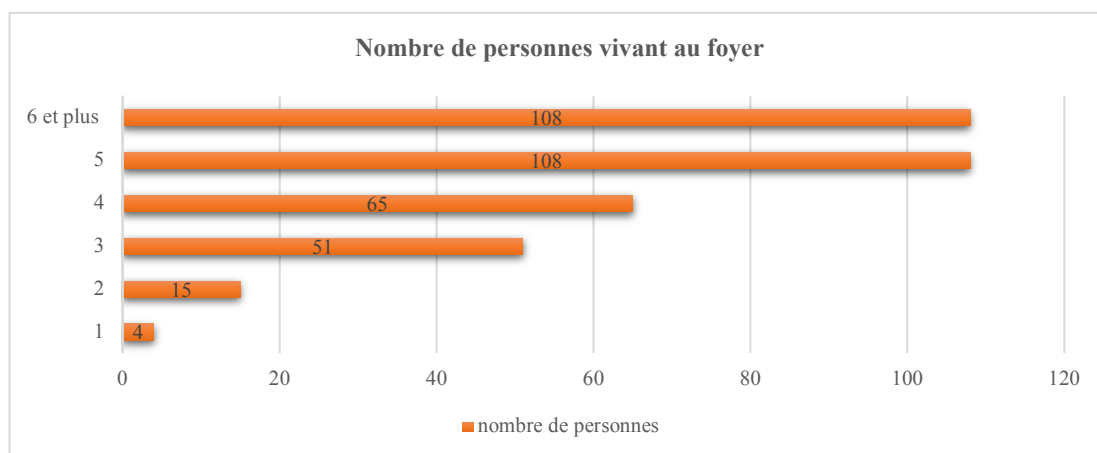
**Tableau 28 :** Extrait du Tableau. *Caractéristiques des familles des élèves entrés en sixième en 2007 (Brinbaum, 2019, p. 98).*

Caractéristiques des familles		France	Portugal	Maghreb	Afrique Sub.	Turquie	Asie
Langue parlée en famille	Le français uniquement	95	20	15	26	2	5
	Au moins un parent parle français ou souvent français et autre	0	12	18	20	32	53
	Autre langue (uniquement ou souvent)	4	68	66	55	66	41

Selon Brinbaum (2019, p. 98), les inégalités persistantes se réduisent voire disparaissent à niveau scolaire égal à l'entrée en sixième, cependant ces inégalités précoces dès l'école primaire augmentent le risque de sortie sans diplôme et diminuent l'obtention d'un baccalauréat. Il ajoute que ceux qui sont les plus concernés sont les garçons issus de l'immigration turque, maghrébine et africaine et particulièrement ceux qui cumulent les facteurs défavorables à la réussite scolaire comme une langue étrangère en famille, de faibles diplômes des parents, une ségrégation scolaire, une précarité socio-économique...).

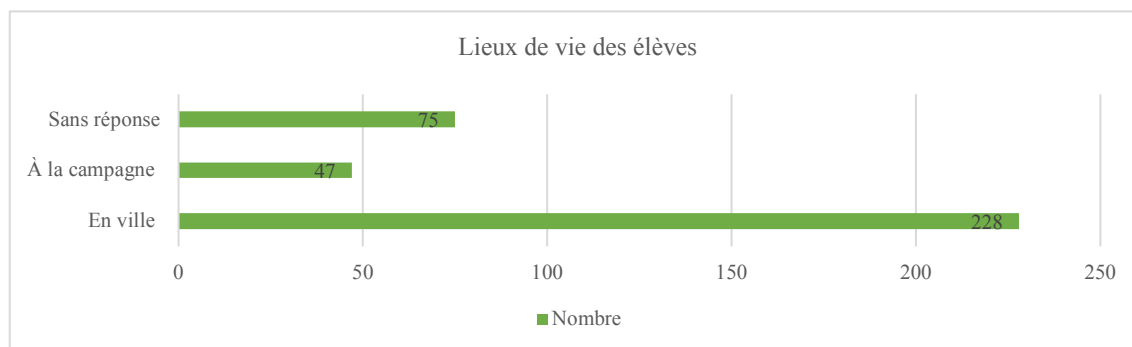
#### 1.2.2.5. Le nombre de personnes vivant au foyer et les lieux de vie

La plupart des élèves vivent dans un foyer comprenant au moins 5 personnes. Ils sont 61% à vivre dans un foyer avec 5 personnes ou plus (cf. figure 39).



**Figure 39.** Graphique représentant le nombre de personnes vivant dans le même foyer que les élèves participant à l'étude.

Les élèves de notre enquête habitent majoritairement en ville. Ils sont 65% à vivre en ville (cf. figure 40).

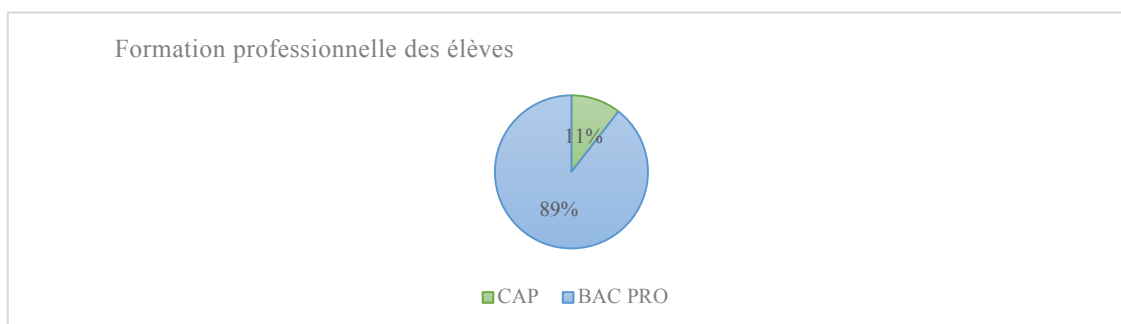


**Figure 40.** Graphique représentant les lieux de vie des élèves participant à l'étude.

Selon Brinbaum (2019, p. 98), les conditions de scolarisation sont en lien avec la ségrégation urbaine. Selon lui, la scolarisation en éducation prioritaire, loin de corriger les inégalités sociales, abaisse le niveau scolaire et accroît les orientations dans les filières professionnelles [confirmant Stéfanou, 2017, cité dans Brinbaum, 2019, p. 95]. Les politiques d'éducation prioritaire ont parfois eu des effets contraires aux objectifs visés et elles ont pu augmenter ces inégalités sociales. Par ailleurs, l'environnement familial de l'élève varie fortement selon l'origine géographique, la structure familiale, la langue parlée en famille mais aussi selon les origines sociales, les diplômes des parents, leur situation d'emploi et leur rapport à l'activité (Brinbaum, 2019, p. 81).

#### 1.2.2.6. La formation et les filières professionnelles

Les élèves ayant participé à l'étude sont en majorité en BAC PRO (89%) ; ils sont 11% à être en CAP (cf. figure 41).



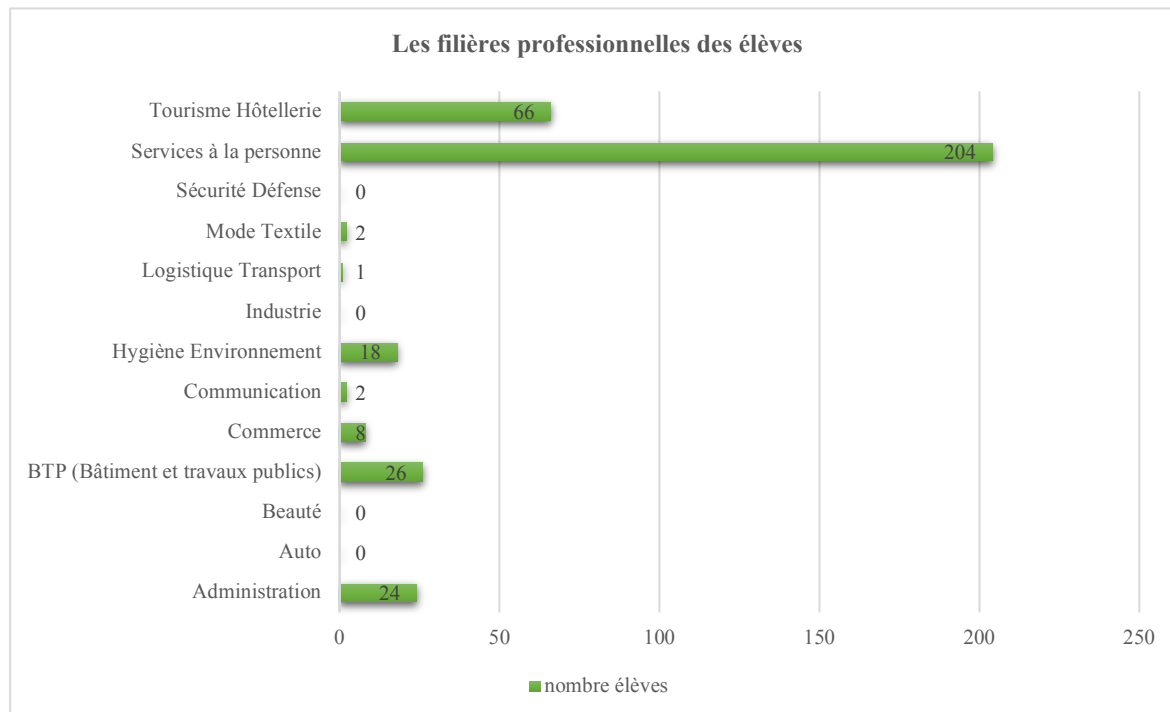
**Figure 41.** Graphique représentant la formation professionnelle suivie par les élèves participant à l'étude.



À l'échelon national, la répartition est de 4,5 fois plus d'élèves en BAC PRO à la rentrée 2018 qu'en CAP (France et al., 2019, p. 96).

Les élèves ayant participé à notre étude sont principalement dans les filières des services à la personne (58%), ils sont environ 20% dans le tourisme et l'hôtellerie. Les élèves sont aussi dans le BTP pour approximativement 7% d'entre eux, et dans l'administration pour environ 7% (cf. figure 42).

À l'échelon national, les spécialités les plus fréquentes en CAP, sont : « Commerce, vente », « Accueil, hôtellerie, tourisme », « Coiffure, esthétique, autres services aux personnes » pour le secteur des services, et « Agroalimentaire, alimentation, cuisine » et les spécialités du bâtiment pour le secteur relevant de la production (France et al., 2019, p. 96). Pour le baccalauréat professionnel ou le brevet des métiers d'art (BMA), les élèves sont en majorité dans le secteur des services : « Commerce, vente », « Spécialités plurivalentes des services à la collectivité » et « Spécialités plurivalentes sanitaires et sociales » (France et al., 2019, p. 96).

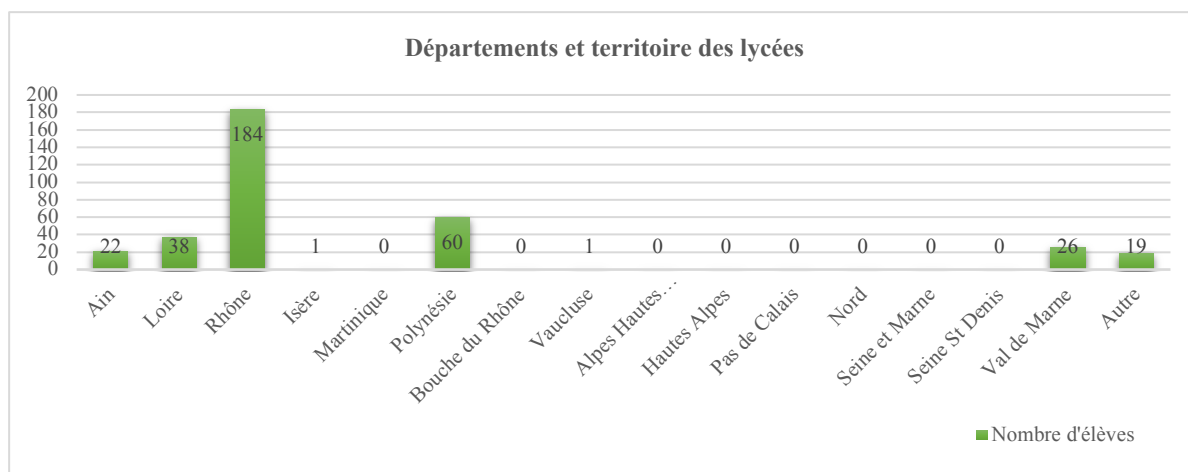


**Figure 42.** Graphique représentant les filières professionnelles de formation des élèves participant à l'étude.

Nous retrouvons donc dans notre étude, des spécialités de services à la personne présentes dans les formations à l'échelon national.

#### 1.2.2.7. Les départements et territoire des lycées

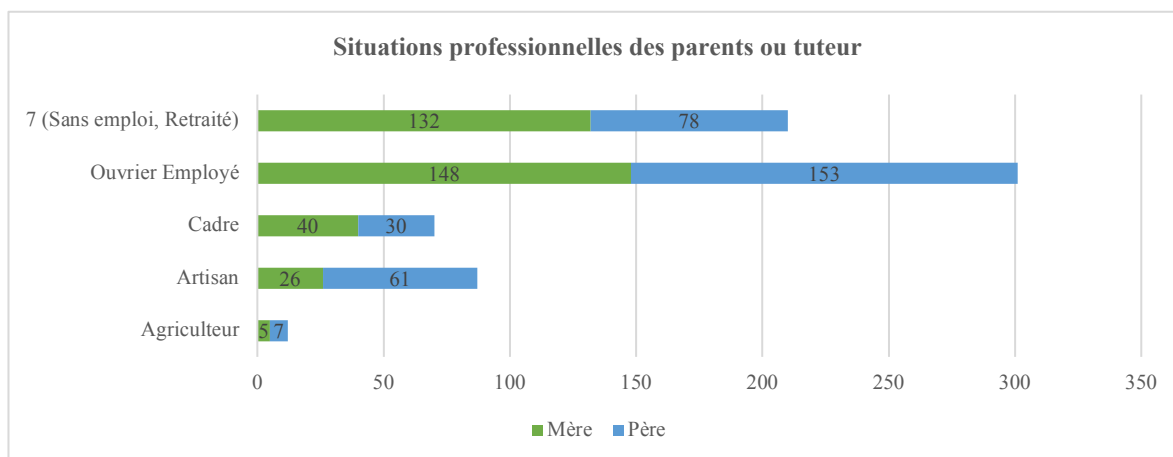
Le département de scolarisation majoritaire est le Rhône (52% des élèves participant à notre enquête y sont scolarisés) ; la Polynésie scolarise 17% des élèves qui ont participé au questionnaire. Pour les 31% des élèves restants, leur établissement se trouve dans les départements de la Loire (11%), le Val de Marne (7,5%), dans l'Ain (11%), et autres dont l'Isère et le Vaucluse (6%) (cf. figure 43).



**Figure 43.** Graphique représentant les départements et territoires de scolarisation des élèves participant à l'étude.

#### 1.2.2.8. La situation professionnelle des parents ou tuteurs

Les parents ou tuteurs des élèves sont en majorité ouvriers ou employés, et sans emploi ou retraités (cf. figure 44). Les pères sont environ 46% à être ouvriers ou employés, et ils sont 23% sans emploi ou retraités. Les mères sont 42% à être ouvrières ou employées et environ 37% sans emploi ou retraitées.



**Figure 44.** Graphique représentant les situations professionnelles des parents ou tuteurs des élèves participant à l'étude.

Ces résultats correspondent aux constats de l'étude de Di Paola et al. (2016, p. 14) qui met en avant que l'enseignement professionnel reste la principale orientation des catégories sociales les moins favorisées même si, en 12 ans, les proportions d'enfants d'ouvriers, non qualifiés et qualifiés baissent et qu'inversement, les proportions de jeunes issus de ménages enseignants ou cadres augmentent, les écarts entre les catégories restent importants (voir annexe N). À l'échelon national, il y a 11,5% d'entrées dans l'enseignement professionnel pour les enfants de cadres et d'enseignants, soit 3,4 fois moins que pour les enfants d'employés, et 5 fois moins que pour les ouvriers qualifiés, 5,5 fois moins que pour les ouvriers non qualifiés (ONQ) et inactifs (Di Paola et al., 2016, p. 14).

Selon Di Paola et al. (2016, p. 15), dans l'ensemble, les probabilités d'intégrer l'enseignement professionnel plutôt que l'enseignement général continuent d'être très dépendantes de l'origine sociale et du niveau de formation des parents (Di Paola et al., 2016, p. 15). Il existe aussi une influence des diplômes des parents sur la filière suivie : en 2012, avoir un père diplômé du supérieur réduit d'environ 64% les chances d'entrée en seconde professionnelle, et avoir une mère diplômée du supérieur prémunit de façon importante de l'entrée dans la voie professionnelle, même si après 2012, l'attractivité du baccalauréat professionnel est meilleure.

Ces élèves sont donc issus en majorité de catégories socio-professionnelles défavorisées. Ces résultats de la deuxième partie de notre questionnaire portant sur les caractéristiques socio-démographiques des élèves de lycées professionnels avaient pour objectif d'observer s'il existe

des corrélations entre ces caractéristiques socio-démographiques et le niveau de littératie en santé des élèves, voire des relations plus spécifiques avec certaines dimensions proposées par le HLQ.

### 1.2.3. Les résultats des données LES des élèves

La première partie de notre questionnaire correspondait aux questions du HLQ dans toutes ses dimensions.

#### 1.2.3.1. Les résultats globalement

Les résultats que nous avons obtenus de façon globale sont indiqués dans le tableau ci-dessous (tableau 29). Nous avons fait apparaître les moyennes obtenues pour chaque dimension du HLQ.

**Tableau 29.** Profil moyen de la littératie en santé de la population étudiée selon les échelles du HLQ (n=351).

Échelles du HLQ		Moyennes
<b>1<sup>ère</sup> partie du questionnaire</b>		<b>Scores de 1 à 4</b>
1	Se sentir compris et soutenu par les professionnels de santé	2,87
2	Disposer d'informations suffisantes pour gérer la santé	2,71
3	Gérer activement sa santé	2,78
4	Soutien social pour la santé	3,23
5	Évaluation de l'information en santé	2,67
<b>2<sup>ème</sup> partie du questionnaire</b>		<b>Scores de 1 à 5</b>
6	Capacité à s'engager activement avec les professionnels de santé	3,53
7	Navigation dans le système de santé	3,49
8	Aptitude à trouver des informations de santé de bonne qualité	3,36
9	Compréhension suffisante de l'information en santé pour savoir ce qu'il faut faire	3,56

Les scores moyens obtenus dans les différentes dimensions sont au-dessus du score moyen (au-dessus de 2 pour la première partie notée de 1 à 4, et au-dessus de 2,5 pour la

deuxième partie notée de 1 à 5). Les moyennes les plus élevées sont celles de l'échelle 4 « Soutien social pour la santé » pour la première partie du questionnaire avec 3,23 de moyenne, et pour la deuxième partie du questionnaire, celle de l'échelle 9 « Compréhension suffisante de l'information en santé pour savoir ce qu'il faut faire ».

Les moyennes les plus faibles pour la première partie du questionnaire concernent la dimension 5 : « Évaluation de l'information en santé » (2,67), la dimension 2 : « Disposer d'informations suffisantes pour gérer la santé » (2,71), la dimension 3 : « Gérer activement sa santé » (2,78). La seule moyenne au dessus de 3 est celle de la dimension 4 : « Soutien social pour la santé » (3,23). Les moyennes les plus faibles pour la deuxième partie du questionnaire concernent la dimension 8 : « Aptitude à trouver des informations de santé de bonne qualité » (3,36), la dimension 7 : « Navigation dans le système de santé » (3,49). Il n'y a aucune moyenne supérieure à 4 dans cette partie du questionnaire. La moyenne la plus élevée est celle liée à la dimension 9 : « Compréhension suffisante de l'information en santé pour savoir ce qu'il faut faire » (3,56), suivent ensuite toutes moyennes des dimensions de cette partie comme la dimension 6 : « Capacité à s'engager activement avec les professionnels de santé » (3,53).

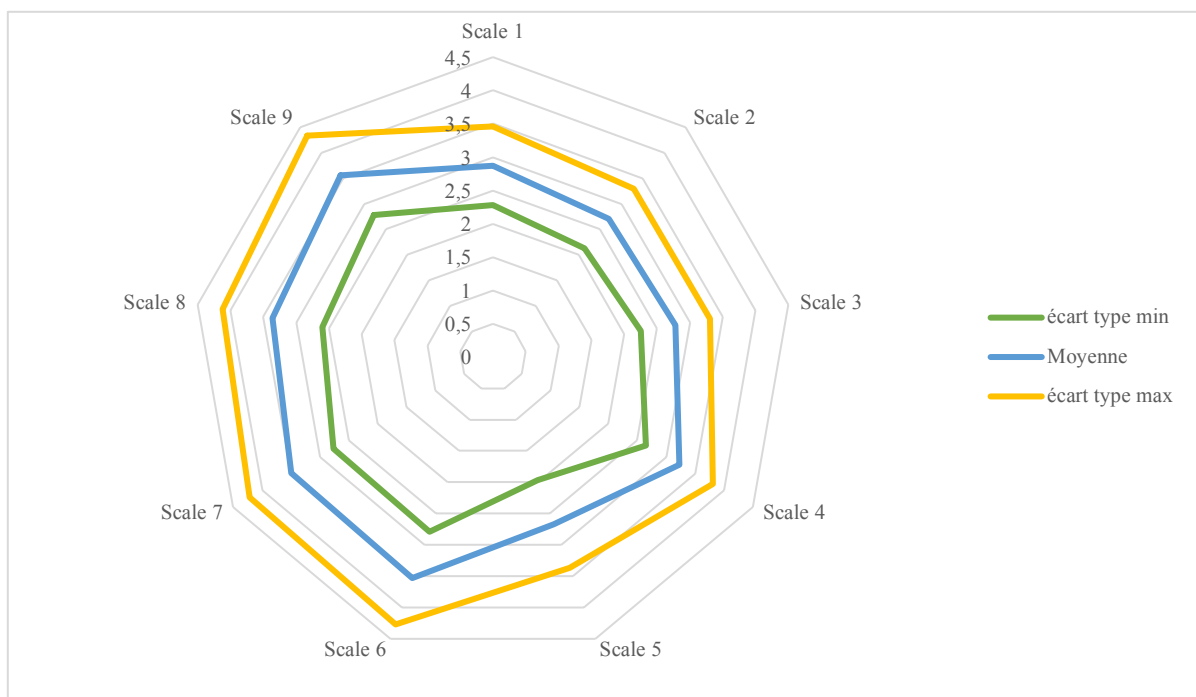
Ainsi, nous pouvons constater que de façon générale, les élèves ont un système social qui leur fournit le soutien dont ils ont besoin. Ils sont dans l'ensemble en capacité de comprendre les informations écrites (y compris les informations numériques) en relation avec la santé et, le cas échéant, en capacité d'écrire de manière appropriée sur les formulaires de santé. En revanche, les résultats indiquent aussi qu'ils comprennent moyennement la plupart des informations sur la santé et qu'ils sont assez perdus en cas d'informations contradictoires. Les scores montrent légèrement qu'il y a des lacunes dans leurs connaissances et qu'ils n'ont pas les informations dont ils auraient besoin pour vivre et gérer leurs problèmes de santé. Les résultats indiquent de façon légère qu'ils ne considèrent pas totalement leur santé comme de leur responsabilité et qu'ils sont moyennement engagés dans leurs soins de santé considérés comme quelque chose de prodigué.

Ces résultats révèlent également que les élèves ne sont pas entièrement capables de défendre leurs intérêts en leur propre nom et qu'il peut leur être relativement difficile de trouver quelqu'un pouvant les aider à utiliser le système de santé pour répondre à leurs besoins en matière de santé. Les scores montrent également un accès aux informations nécessaires en santé relatif et une légère dépendance pour obtenir des informations.

Le niveau de littératie en santé moyen des élèves ayant participé à l'étude apparaît donc assez correct pour l'ensemble des dimensions du HLQ. Cependant, ces moyennes restent assez proches et aucune des moyennes ne se détache réellement.

### 1.2.3.2. Les résultats des données de LES des élèves par échelle

Si nous regardons ces résultats par échelle nous constatons néanmoins des différences entre les écarts types, c'est à dire l'écart moyen à la moyenne pour chaque échelle. Plus l'écart type est faible, plus les élèves ont formulé des réponses similaires, plus l'écart est fort plus les variations sont fortes entre les réponses des élèves. Selon l'Insee l'écart-type sert à mesurer la dispersion, ou l'étalement, d'un ensemble de valeurs autour de leur moyenne et donc plus l'écart type est faible, plus la population est homogène (cf. figure 45).



**Figure 45.** Graphique représentant les écarts types des scores des élèves participant à l'étude selon les échelles du HLQ.

**Les réponses à l'échelle 1 du HLQ.** Les réponses des élèves liées à l'échelle 1 du HLQ : « Se sentir compris et soutenu par les professionnels de santé », montrent une moyenne correcte et un écart type modérément élevé (0,59), c'est-à-dire que la dispersion des résultats

autour de la moyenne va de 2,28 à 3,46. Cette dispersion révèle cependant que les réponses ne sont pas homogènes (cf. tableau 30a).

**Tableau 30a.** *Moyenne et écart type des scores des élèves participant à l'étude à l'échelle 1 du HLQ.*

Échelle	Moyenne	Ecart type
Scale 1	2,87	0,59

Les élèves ont donc dans l'ensemble une relation établie avec au moins un professionnel de la santé qui les connaît bien et en qui ils ont confiance pour fournir des conseils et des informations utiles, les aider à comprendre les informations, et à prendre des décisions concernant leur santé. Mais certains ont plus de difficulté pour dialoguer avec les médecins et autres professionnels de la santé. Ils n'ont pas forcément d'interlocuteur de soins de santé régulier et/ ou ont du mal à faire confiance aux professionnels de soins comme source d'informations et/ ou de conseils.

**Les réponses à l'échelle 2 du HLQ.** Les réponses des élèves rattachées à l'échelle 2 du HLQ : « Disposer d'informations suffisantes pour gérer la santé », indiquent aussi une moyenne assez correcte et un écart type modérément élevé (0,58), c'est-à-dire que la dispersion des résultats autour de la moyenne va de 2,13 à 3,29 (cf. tableau 30b). Cette dispersion montre également que les réponses ne sont pas homogènes.

**Tableau 30b.** *Moyenne et écart type des scores des élèves participant à l'étude à l'échelle 2 du HLQ.*

Échelle	Moyenne	Ecart type
Scale 2	2,71	0,58

Les élèves se sentent dans l'ensemble relativement assurés d'avoir tous les renseignements dont ils ont besoin pour vivre avec et gérer leur état et prendre des décisions. Néanmoins pour certains, il existe quelques lacunes dans les connaissances et ils n'ont pas complètement les informations dont ils auraient besoin pour vivre et gérer leurs problèmes de santé.

**Les réponses à l'échelle 3 du HLQ.** Les réponses des élèves liées à l'échelle 3 du HLQ : « Gérer activement sa santé », révèlent une moyenne assez correcte et un écart type relativement peu élevé (0,53), c'est-à-dire que la dispersion des résultats autour de la moyenne s'étale de 2,25 à 3,31 (cf. tableau 30c). Cette dispersion montre aussi que les réponses ne sont pas tout à fait homogènes.

**Tableau 30c.** *Moyenne et écart type des scores des élèves participant à l'étude à l'échelle 3 du HLQ.*

Échelle	Moyenne	Ecart type
Scale 3	2,78	0,53

Les élèves reconnaissent globalement l'importance de leur propre santé et sont donc relativement en mesure de la prendre en charge. Ils sont assez engagés dans leurs propres soins et peuvent prendre leurs propres décisions concernant leur santé. Cependant, pour quelques uns, il leur est plus difficile de considérer leur santé comme de leur responsabilité et sont moins engagés dans leurs soins considérés comme quelque chose de prodigué.

**Les réponses à l'échelle 4 du HLQ.** Les réponses des élèves en lien avec l'échelle 4 du HLQ : « Soutien social pour la santé », montrent une moyenne assez élevée (la plus élevée dans cette première partie du HLQ) et un écart type modérément important (0,58) ; la dispersion des résultats autour de la moyenne va de 2,65 à 3,81 (cf. tableau 30d). Cette dispersion indique que les réponses ne sont pas homogènes mais qu'elles restent dans la partie haute des scores.

**Tableau 30d.** *Moyenne et écart type des scores des élèves participant à l'étude à l'échelle 4 du HLQ.*

Échelle	Moyenne	Ecart type
Scale 4	3,23	0,58

Les élèves ont globalement un système social qui leur fournit tout le soutien dont ils ont besoin. Peu de personnes sont complètement seules et sans soutien.

**Les réponses à l'échelle 5 du HLQ.** Les réponses des élèves rattachées à l'échelle 5 du HLQ : « Évaluation de l'information en santé », révèlent une moyenne correcte mais qui est la plus faible des scores de cette première partie du HLQ et un écart type assez élevé (0,70) par



rapport aux quatre autres échelles notées aussi sur 4. La dispersion des résultats varie ainsi de 1,97 à 3,37 (cf. tableau 30e). Cette dispersion révèle que les réponses sont plus hétérogènes et surtout que certaines sont en dessous de la moyenne (en dessous de 2/4).

**Tableau 30e.** *Moyenne et écart type des scores des élèves participant à l'étude à l'échelle 5 du HLQ.*

Échelle	Moyenne	Ecart type
Scale 5	2,67	0,70

Dans l'ensemble les élèves sont moyennement capables d'identifier de bonnes informations et des sources d'information fiables. Ils peuvent modérément résoudre seuls ou avec l'aide d'autres personnes des problématiques liées à des informations contradictoires. Certains ne peuvent pas comprendre correctement la plupart des informations sur la santé et sont assez perdus en cas d'informations contradictoires et ce même s'ils essayent.

**Les réponses à l'échelle 6 du HLQ.** Les réponses des élèves liées à l'échelle 6 du HLQ : « Capacité à s'engager activement avec les professionnels de santé » indiquent une moyenne assez correcte (les échelles 6 à 9 étant notées sur 5) et un écart type moyennement élevé (0,74), c'est-à-dire que la dispersion des résultats autour de la moyenne va de 2,79 à 4,27 (cf. tableau 30f). Cette dispersion montre aussi une certaine hétérogénéité des réponses, avec des scores les plus bas tout juste correctes.

**Tableau 30f.** *Moyenne et écart type des scores des élèves participant à l'étude à l'échelle 6 du HLQ.*

Échelle	Moyenne	Ecart type
Scale 6	3,53	0,74

Les élèves sont relativement proactifs quant à leur santé et ils se sentent assez maîtres de leurs relations avec les professionnels de santé. Ils sont plutôt en mesure de demander conseil à d'autres professionnels de santé si nécessaire jusqu'à ce qu'ils obtiennent ce qu'ils veulent. En revanche, certains élèves sont plus passifs dans leur approche des soins de santé, c'est-à-dire qu'ils ne cherchent ni ne clarifient de manière proactive les informations et les conseils et/ou les options de service. Ils acceptent davantage les informations sans douter. Il leur est plus difficile de poser des questions pour obtenir des informations ou pour clarifier ce qu'ils ne

comprennent pas. Ils acceptent davantage ce qui leur est proposé sans forcément chercher à ce que ça réponde à leurs besoins.

**Les réponses à l'échelle 7 du HLQ.** Les réponses des élèves rattachées à l'échelle 7 du HLQ : « Navigation dans le système de santé » affichent une moyenne assez correcte et un écart type modérément élevé (0,73), c'est-à-dire que la dispersion des résultats autour de la moyenne va de 2,76 à 4,22 (cf. tableau 30g). Là encore, la dispersion révèle une certaine hétérogénéité des réponses, avec des scores les plus bas tout juste correctes.

**Tableau 30g.** *Moyenne et écart type des scores des élèves participant à l'étude à l'échelle 7 du HLQ.*

Échelle	Moyenne	Ecart type
Scale 7	3,49	0,73

Les élèves sont capables dans l'ensemble de connaître les services et les soutiens afin de répondre à leurs besoins. Toutefois, certains élèves sont moins capables de défendre leurs intérêts en leur propre nom et ont plus de mal à trouver quelqu'un qui peut les aider à utiliser le système de santé pour répondre à leurs besoins en matière de santé.

**Les réponses à l'échelle 8 du HLQ.** Les réponses des élèves en lien avec l'échelle 8 du HLQ : « Aptitude à trouver des informations de santé de bonne qualité » indiquent une moyenne correcte mais qui est la plus faible des moyennes de cette deuxième partie du HLQ et un écart type assez élevé (0,76) par rapport aux autres échelles (les échelles de 6 à 9) notées sur 5. La dispersion des résultats varie ainsi de 2,6 à 4,12 (cf. tableau 30h). Cette dispersion signale aussi une hétérogénéité des réponses et révèle des scores à peine au dessus de la moyenne (2,5/5).

**Tableau 30h.** *Moyenne et écart type des scores des élèves participant à l'étude à l'échelle 8 du HLQ.*

Échelle	Moyennes	Ecart types
Scale 8	3,36	0,76

Les élèves « explorent » globalement les informations, c'est à dire qu'ils utilisent assez activement des sources pour trouver des informations actualisées et de qualité. Néanmoins pour

certain, il est difficile d'accéder aux informations nécessaires en santé et ils sont assez dépendants pour obtenir des informations.

**Les réponses à l'échelle 9 du HLQ.** Les réponses des élèves rattachées à l'échelle 9 du HLQ : « Compréhension suffisante de l'information en santé pour savoir ce qu'il faut faire », montrent une moyenne assez correcte qui est la plus élevée des moyennes de cette deuxième partie du HLQ (même si c'est de peu) et un écart type modérément élevé (0,78) mais qui est le plus important de cette partie du HLQ. La dispersion des résultats autour de la moyenne va de 2,78 à 4,34 (cf. tableau 30i). Cette dispersion montre encore une certaine hétérogénéité des réponses et révèle des scores à peine au dessus de la moyenne (2,5/5) pour cette échelle.

**Tableau 30i.** *Moyenne et écart type des scores des élèves participant à l'étude à l'échelle 9 du HLQ.*

Échelle	Moyenne	Ecart type
Scale 9	3,56	0,78

Les élèves sont donc assez capables de comprendre les informations écrites (y compris les informations numériques) en relation avec la santé et, le cas échéant, d'écrire de manière appropriée sur les formulaires de santé. Mais là encore, certains élèves peuvent avoir quelques difficultés à comprendre pleinement les informations de santé écrites ou les instructions sur les traitements ou les médicaments, ou à lire ou écrire assez bien pour remplir des formulaires médicaux.

L'écart type est donc un indicateur de dispersion qui nous informe sur la manière dont les scores liés aux réponses des élèves se répartissent autour de leur moyenne dans les différentes échelles. Nous constatons que ces écarts sont peu éparpillés mais qu'ils ne sont pas pour autant concentrés autour de leur moyenne et que certaines valeurs sont relativement basses même si elles sont correctes, et que peu de valeurs sont très élevées dans l'ensemble. Ces résultats obtenus par les élèves dans les différentes dimensions peuvent varier selon certaines variables auxquels ils sont reliés ; ce sont des corrélations.

### 1.3. Les corrélations entre les variables

#### 1.3.1. Les corrélations entre les variables sociodémographiques

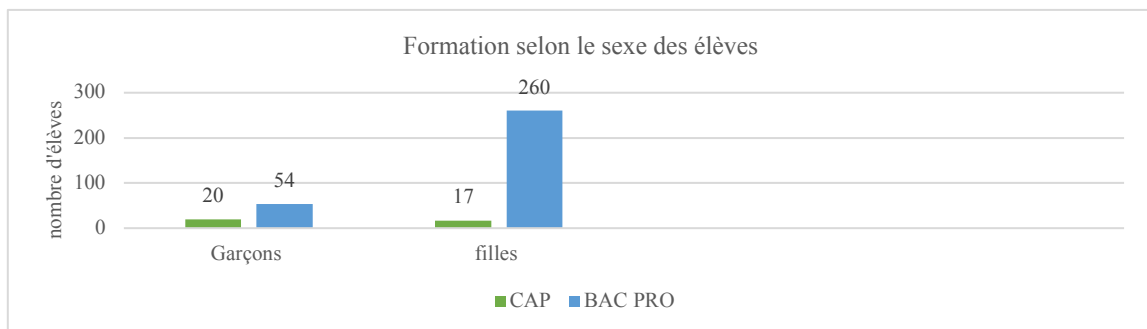
Une corrélation est la force d'un lien entre deux variables. Elle va de 0 (corrélation nulle) à 1 (corrélation maximale). Ces corrélations sont plus ou moins significatives. Elles permettent ainsi d'observer dans quelle mesure certaines variables de notre questionnaire sont liées ou non entre elles. Les corrélations négatives entre deux variables indiquent que si l'une augmente, l'autre diminue et inversement.

### 1.3.1.1. Les corrélations significatives positives.

Les corrélations significatives positives qui apparaissent dans notre étude sont plus ou moins importantes (voir annexe O).

**Le sexe de l'élève et sa formation.** Le sexe de l'élève est assez corrélé avec sa formation (0.277\*\*) et sa filière (0.270\*\*) <sup>66</sup> (voir annexe O). Les formations professionnelles sont ainsi genrées tout comme les filières où la répartition des filles et des garçons se fait encore beaucoup sur le schéma des représentations.

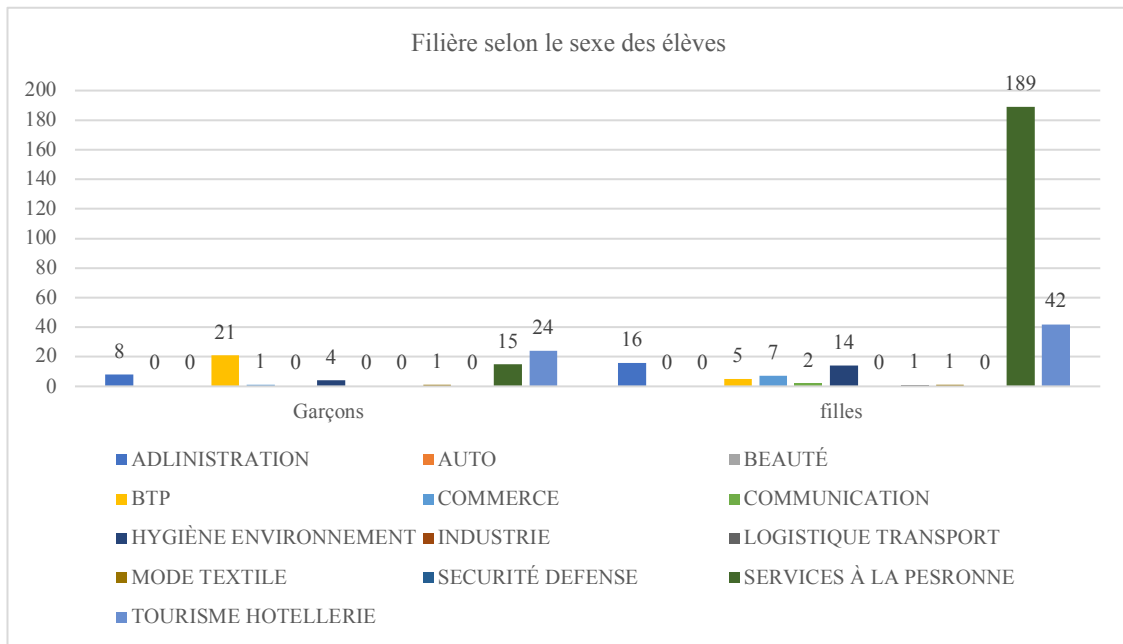
Les garçons sont au nombre de 20 en CAP et ils sont 54 en BAC Pro, alors que les filles sont 17 à suivre une formation en BAC Pro et 17 en CAP (cf. figure 46).



**Figure 46.** Graphique représentant la formation suivie par les élèves participant à l'étude selon le sexe.

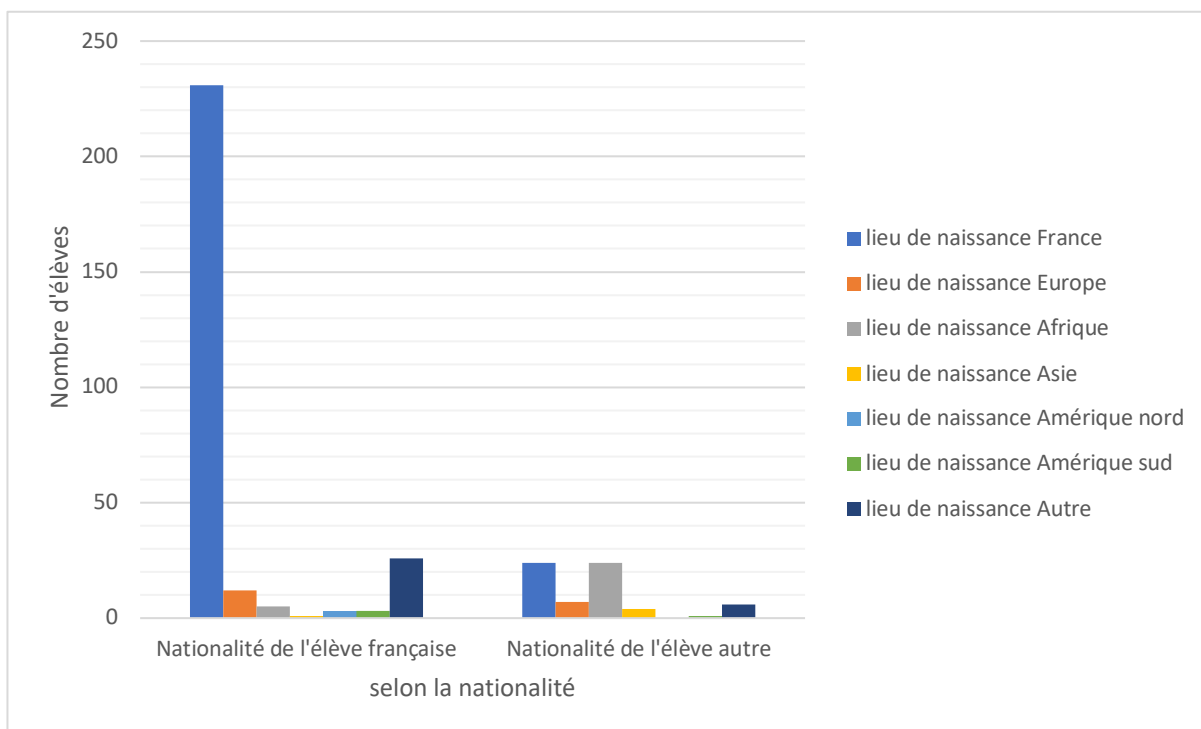
Les filles sont essentiellement dans les services à la personne (189) et les garçons sont en grande partie dans le tourisme-hotellerie et le BTP (cf. figure 47).

<sup>66</sup> \*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). \* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).



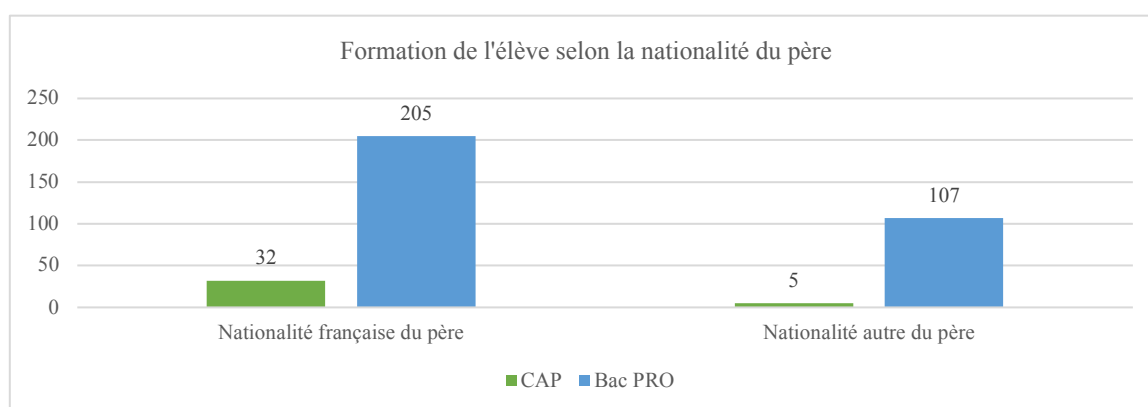
**Figure 47.** Graphique représentant la filière de formation des élèves participant à l'étude selon le sexe.

**La nationalité et les situations professionnelles des parents.** Le lieu de naissance et la nationalité apparaissent très liés (0.190\*\*) ; cette corrélation est sans surprise comme la nationalité est souvent liée au lieu de naissance (cf. figure 48). De la même façon, la nationalité de l'élève dépend des nationalités de la mère (0.481\*\*) et du père (0.448\*\*). La nationalité de la mère et celle du père apparaissent également reliés (0.502\*\*). De plus, la nationalité de la mère et la situation professionnelle de la mère sont liées (0.138\*\*), ainsi que la situation professionnelle de la mère et celle du père (0.276\*\*).



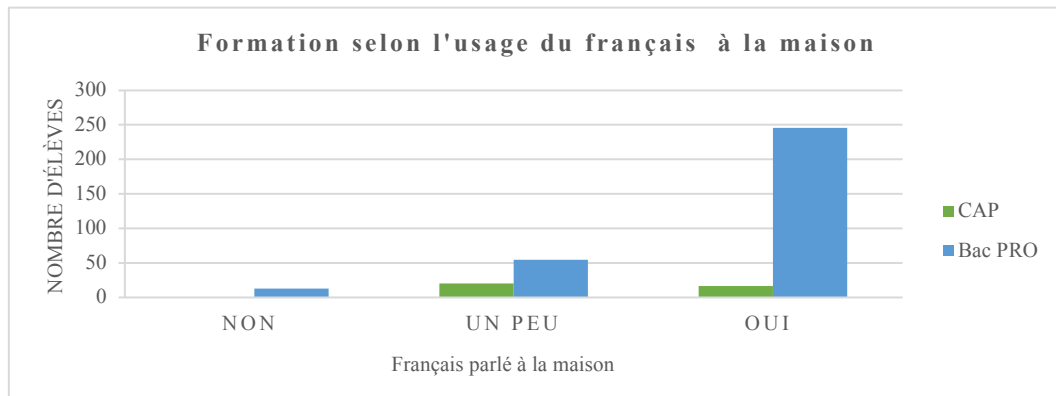
**Figure 48.** Graphique représentant la nationalité des élèves participant à l'étude selon le lieu de naissance.

**La formation de l'élève et son cadre de vie.** Nous constatons une relation entre la nationalité du père et la formation de l'élève (0.138\*\*). La formation de l'élève et sa filière sont aussi reliées (0.275\*\*). Par ailleurs, nous remarquons que la langue parlée à la maison est corrélée à la formation de l'élève (0.164\*\*). Dans l'étude, nous observons également un lien entre le nombre de personnes présentes à la maison et le département ou territoire de scolarisation de l'élève (0.156\*\*) (cf. figure 49).



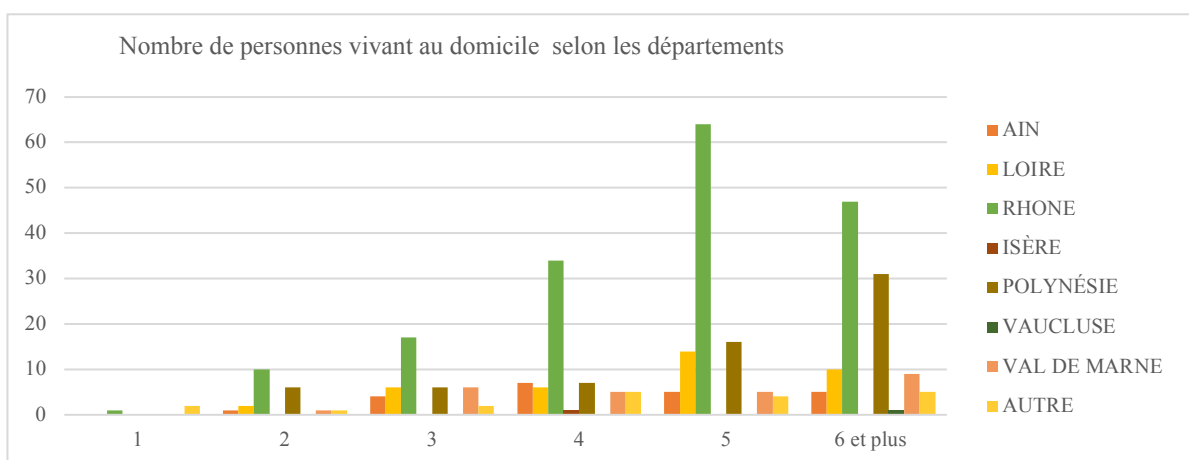
**Figure 49.** Graphique présentant la formation suivie par les élèves participant à l'étude selon la nationalité du père.

La proportion d'élèves en Bac pro par rapport au CAP est plus importante si le français est la langue parlée à la maison. L'écart entre la répartition des élèves dans ces deux formations est moins important si l'usage du français à la maison est moindre (cf. figure 50).



**Figure 50.** Graphique présentant la formation suivie par les élèves participant à l'étude selon l'usage du français à la maison.

Les élèves scolarisés dans le Rhône vivent surtout à cinq et plus de personnes au domicile ; ceux de polynésie vivent surtout à six et plus au domicile. Cette tendance apparaît également un peu pour les élèves de la Loire mais dans une moindre mesure. Ces corrélations reflètent dans l'ensemble ce que nous avons pu lire sur l'orientation des élèves et leurs caractéristiques socio-démographiques (cf. figure 51).

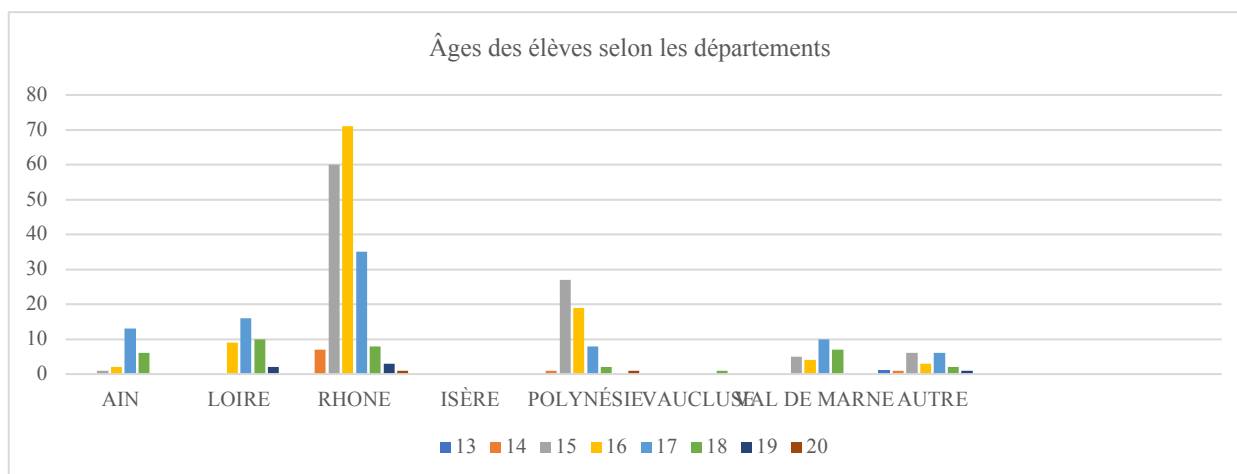


**Figure 51.** Graphique représentant le nombre de personnes vivant au même domicile que les élèves participant à l'étude.

### 1.3.1.2. Les corrélations significatives négatives.

Les corrélations significatives négatives sont présentes entre plusieurs variables de notre étude (voir annexe O). Ces corrélations négatives entre deux variables indiquent que si l'une augmente, l'autre diminue et inversement.

**L'âge et le sexe de l'élève.** Les âges et le sexe des élèves sont corrélés aux départements et territoire de scolarisation des élèves (respectivement :  $-0.147^{**}$  et  $-0.193^{**}$ ). Les élèves qui ont participé à l'étude sont plus jeunes dans certains départements et territoire (cf. figure 52). Les filles et les garçons apparaissent plus dans certains départements et territoire que d'autres.

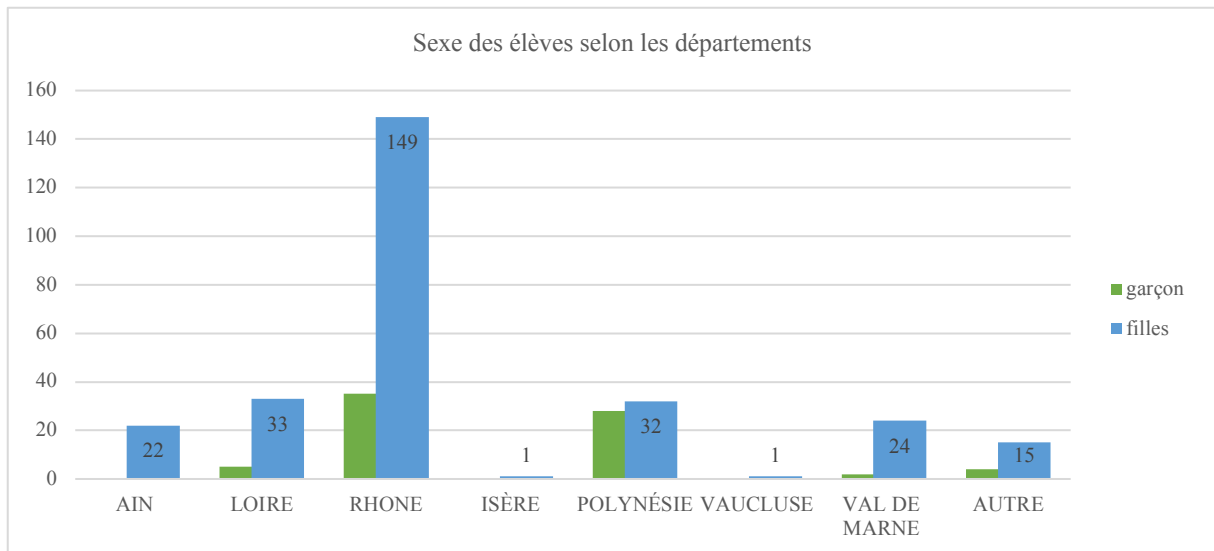


**Figure 52.** Graphique présentant les âges des élèves participant à l'étude selon les départements ou territoires.

Dans les départements de l'Ain, de la Loire et du Val de Marne, la majorité des élèves ayant participé au questionnaire ont pour la plupart 17 ans, alors que pour le Rhône les élèves ont en majorité 16 ans suivis par ceux de 15 ans de près, et pour la polynésie, c'est l'inverse, les élèves qui ont participé ont en majorité 15 ans, suivis de près par ceux qui ont 16 ans (cf. figure 52).

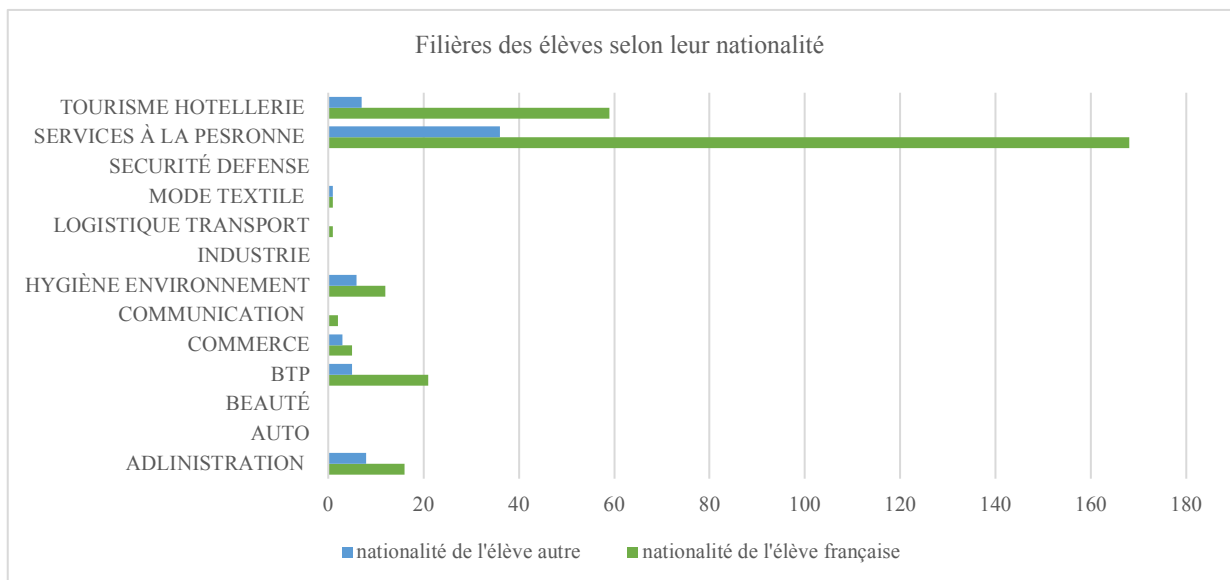
Dans le département du Rhône les élèves ayant participé sont davantage des filles mais c'est également vrai pour d'autres départements ou cela est moins visible car il y avait moins de participants (la Loire et le Val de Marne notamment). En revanche, les élèves de polynésie ayant participé à notre enquête sont assez bien partagés entre filles et garçons (cf. figure 53).





**Figure 53.** Graphique présentant le sexe des élèves participant à l'étude selon les départements ou territoires.

**La nationalité et le lieu de naissance.** Le lieu de naissance est lié à la langue française parlée ou non à la maison et à la formation de l'élève (respectivement :  $-0.279^{**}$  et  $-0.109^*$ ). De la même façon, la nationalité de l'élève est reliée à la langue parlée à la maison, au lieu de vie et à la filière (respectivement :  $-0.221^{**}$ ,  $-0.135^*$  et  $-0.134^*$ ) (cf. figure 54).



**Figure 54.** Graphique présentant les filières des élèves participant à l'étude selon leur nationalité.

Nous constatons aussi que les nationalités de la mère et du père sont corrélées à la langue parlée à la maison et au lieu de vie (respectivement pour la mère :  $-0.248^{**}$  et  $-0.174^{**}$ , et pour

le père : -0.166\*\* et -0.219\*\*), et que la langue parlée est quant à elle liée au lieu de vie (-0.106\*) (voir annexe O).

**La formation et le cadre de vie.** Nous observons que le lieu de vie de l'élève est lié à la formation (-0.194\*\*) et que cette dernière est en lien avec le département ou le territoire (-0.189\*\*). Le département ou le territoire et la filière professionnelle apparaissent également corrélés (-0.107\*). De plus, le nombre de personnes à la maison est corrélé à la formation de l'élève et à la situation du père (respectivement : -0.125\* et -0.111\*) (voir annexe O).

Ainsi que ce soit l'environnement familial, les origines sociales, la situation d'emploi ou la langue parlée à la maison, ce sont autant d'éléments qui sont reliés à la formation scolaire des élèves (voir annexe O).

Par ailleurs, le lien entre la préparation d'un CAP et le fait d'avoir une mère sans diplôme se serait renforcé selon Di Paola et al. (2016, p.51) qui interrogent par ailleurs l'évolution de la voie professionnelle avec une dualisation nouvelle de la filière professionnelle, entre d'un côté, le CAP qui accueille de plus en plus d'élèves dont les parents ont un très faible niveau d'éducation et de l'autre, le baccalauréat professionnel dont l'estime sociale serait un peu plus importante (Di Paola et al., 2016, p.51).

### 1.3.2. Les corrélations entre les échelles HLQ

Les dimensions du HLQ sont toutes liées entre elles ; ce qui varie, c'est la force de corrélation entre ces échelles (Annexe O2).

#### 1.3.2.1. Avec les échelles 1 à 5

Dans notre étude, l'échelle 1 (HPS) « Se sentir compris et soutenu par les professionnels de santé » apparaît très liée aux échelles : 2 « Disposer d'information suffisantes pour gérer la santé » (0.368\*\*), 4 « Soutien social pour la santé » (0.402\*\*), 6 « Capacité à s'engager activement avec les professionnels de santé » (0.384\*\*) et 7 « Navigation dans le système de santé » (0.380\*\*). Le lien est le plus fort avec l'échelle 4 (voir annexe O2).

L'échelle 2 (HSI) « Disposer d'information suffisantes pour gérer la santé » est elle aussi liée à plusieurs dimensions et particulièrement aux échelles : 3 « Gérer activement sa santé » (0.376\*\*), 5 « Évaluation de l'information en santé » (0.387\*\*), 7 « Navigation dans le système de santé » (0.388\*\*), et 8 « Aptitude à trouver des informations de santé de bonne qualité » (0.362\*\*). Les liens avec les échelles 5 et 7 sont plus marqués (voir annexe O2).

L'échelle 3 (AMH) « Gérer activement sa santé » est corrélée plus fortement à deux dimensions : 4 « Soutien social pour la santé » (0.373\*\*) et 5 « Évaluation de l'information en santé » (0.422\*\*), le lien étant plus fort avec la dernière (voir annexe O2).

Dans l'étude, l'échelle 4 (SS) « Soutien social pour la santé » est comparativement moins liée à d'autres dimensions. Les corrélations avec les autres échelles sont parmi les plus faibles même si elles restent importantes (voir annexe O2).

L'échelle 5 (CA) « Évaluation de l'information en santé » est reliée plus fortement à deux dimensions : 6 « Capacité à s'engager activement avec les professionnels de santé » (0.324\*\*) et 8 « Aptitude à trouver des informations de santé de bonne qualité » (0.435\*\*). Le lien avec la dimension 8 est un peu plus accentué (voir annexe O2).

#### 1.3.2.2. Avec les échelles 6 à 9

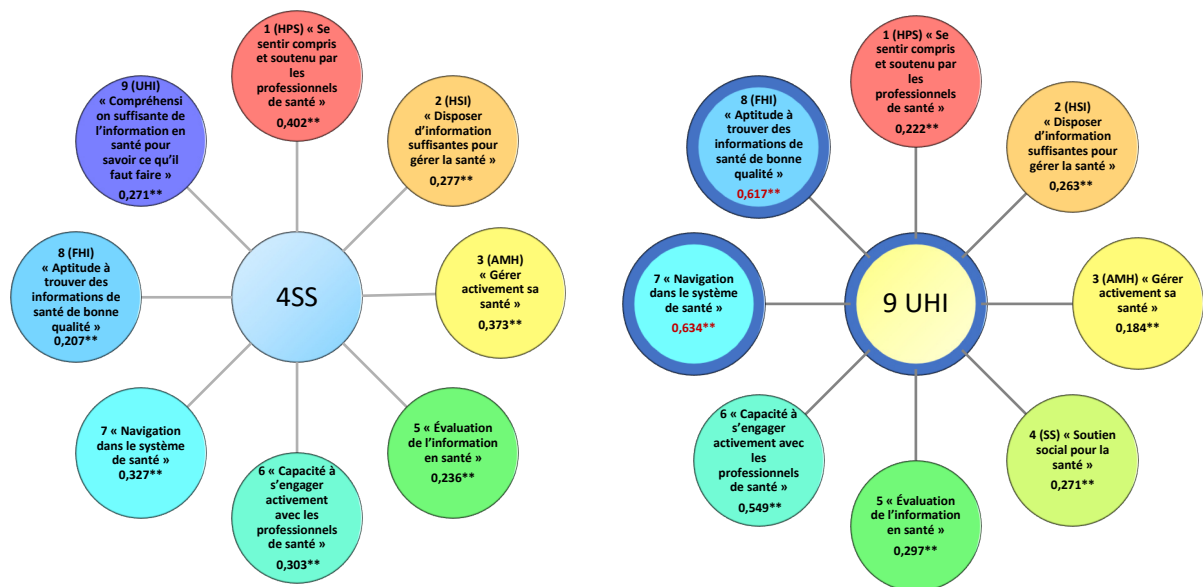
L'échelle 6 (AE) « Capacité à s'engager activement avec les professionnels de santé » est celle dont les liens sont parmi les plus importants avec d'autres dimensions à savoir : 7 « Navigation dans le système de santé » (0.597\*\*), 8 « Aptitude à trouver des informations de santé de bonne qualité » (0.541\*\*), et 9 « Compréhension suffisante de l'information en santé pour savoir ce qu'il faut faire » (0.549\*\*). Le lien avec la dimension 7 est un plus marqué (voir annexe O2).

L'échelle 7 (NHS) « Navigation dans le système de santé » est l'échelle dont un des deux liens est le plus fort par rapport aux autres corrélations entre les dimensions. Ces deux liens sont avec les dimensions : 8 « Aptitude à trouver des informations de santé de bonne qualité » (0.593\*\*), et 9 « Compréhension suffisante de l'information en santé pour savoir ce qu'il faut faire » (0.634\*\*), ce dernier étant le plus important (voir annexe O2).

Dans notre étude, l'échelle 8 (FHI) « Aptitude à trouver des informations de santé de bonne qualité » est très fortement liée à la dimension 9 « Compréhension suffisante de l'information en santé pour savoir ce qu'il faut faire » (0.617\*\*) (voir annexe O2).

L'échelle 9 (UHI) « Compréhension suffisante de l'information en santé pour savoir ce qu'il faut faire » est très corrélée à trois dimensions : 6 « Capacité à s'engager activement avec les professionnels de santé » (0.549\*\*), 7 « Navigation dans le système de santé » (0.634\*\*), et 8 « Aptitude à trouver des informations de santé de bonne qualité » (0.617\*\*). La corrélation la plus forte étant avec la dimension 7 (0.634\*\*) et c'est également la corrélation la plus importante de l'ensemble des liens entre les échelles (voir annexe O2).

Ainsi, la dimension 4 (SS) « Soutien social pour la santé » apparaît comme celle qui est la moins liée aux autres dimensions alors que la dimension 9 (UHI) « Compréhension suffisante de l'information en santé pour savoir ce qu'il faut faire », a les plus fortes corrélations qui sont avec l'échelle 7 « Navigation dans le système de santé » et l'échelle 8 « Aptitude à trouver des informations de santé de bonne qualité » (cf. figure 55).



**Figure 55.** Représentation de l'intensité des corrélations des échelles 4 et 9 avec les autres échelles.

### 1.3.3. Les corrélations positives entre les variables sociodémographiques et le HLQ

#### 1.3.3.1. Les corrélations positives globalement par échelle

L'échelle 1 (HPS) « Se sentir compris et soutenu par les professionnels de santé » n'a pas de corrélation positive avec les variables sociodémographiques de l'élève.

L'échelle 2 (HSI) « Disposer d'information suffisantes pour gérer la santé » est corrélée à la langue parlée à la maison et le département ou territoire de scolarisation de l'élève (respectivement : 0.160\*\* et 0.107\*)<sup>67</sup>.

L'échelle 3 (AMH) « Gérer activement sa santé » est également très liée au département ou territoire de scolarisation de l'élève (0.142\*\*).

L'échelle 4 (SS) « Soutien social pour la santé » est corrélée à la langue parlée à la maison de l'élève (0.125\*).

L'échelle 5 (CA) « Évaluation de l'information en santé » est reliée à la langue parlée à la maison (0.126\*).

L'échelle 6 (AE) « Capacité à s'engager activement avec les professionnels de santé » est corrélée à la langue parlée à la maison et au département ou territoire de scolarisation de l'élève (respectivement : 0.123\* et 0.116\*).

L'échelle 7 (NHS) « Navigation dans le système de santé » est liée à la langue parlée à la maison de l'élève (0.127\*).

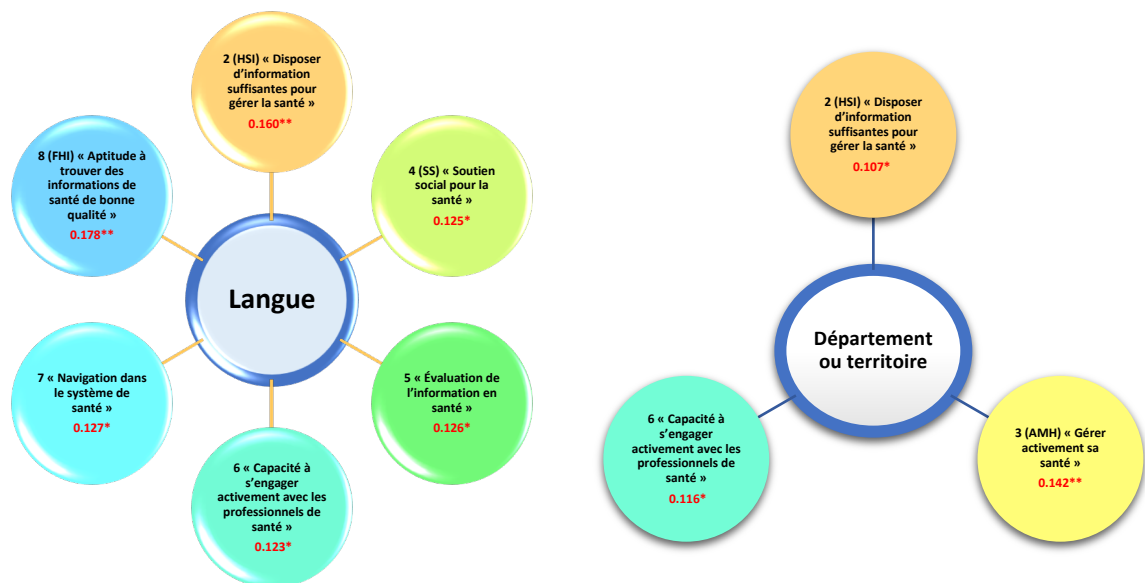
L'échelle 8 (FHI) « Aptitude à trouver des informations de santé de bonne qualité » est corrélée à la langue parlée à la maison (0.178\*\*).

---

<sup>67</sup> \*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). \* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

L'échelle 9 (UHI) « Compréhension suffisante de l'information en santé pour savoir ce qu'il faut faire » n'a pas de corrélation positive avec les variables sociodémographiques de l'élève.

Les principales variables fortement liées aux échelles du HLQ sont la langue française parlée ou non à la maison et le département ou territoire de scolarisation. La variable langue est liée à six dimensions (2 « HSI », 4 « SS », 5 « CA », 6 « AE », 7 « NHS », 8 « FHI ») du HLQ et le département ou territoire est relié à 3 dimensions (2 « HSI », 3 « AMH », 6 « AE ») (cf. figure 56).



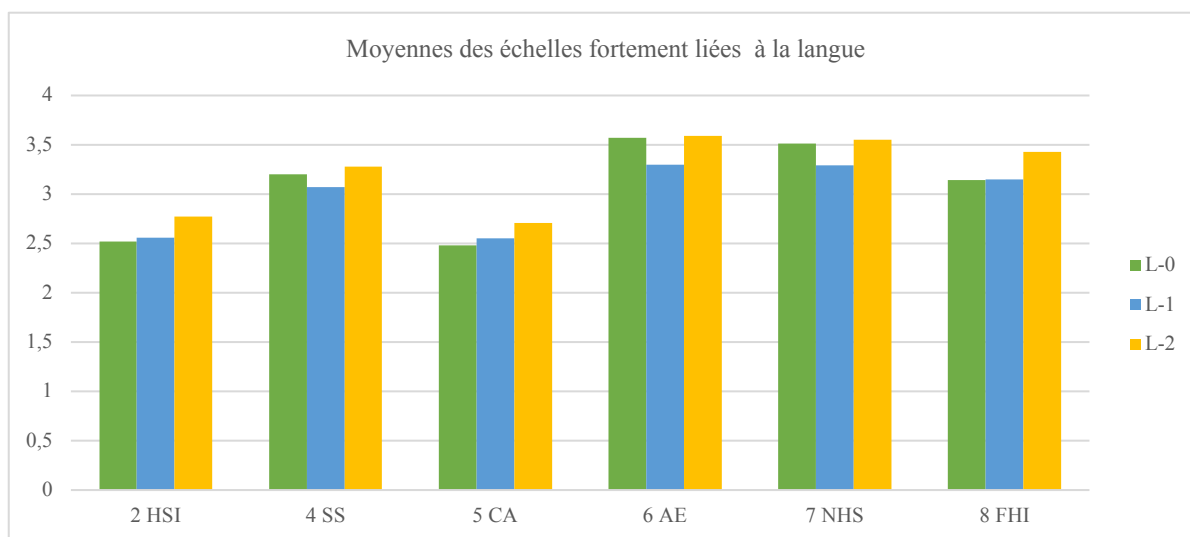
**Figure 56.** Représentation des corrélations entre les variables langue française parlée ou non à la maison et le département ou territoire de scolarisation, et les échelles du HLQ.

### 1.3.3.2. Les corrélations liées à l'usage du français à la maison

Nous observons une tendance générale à une augmentation des moyennes dans les six dimensions corrélées à la langue en fonction d'un usage plus important de la langue française à la maison. Nous distinguons une nette progression en fonction du degré d'usage du français à la maison pour les échelles 2 (HSI) « Disposer d'information suffisantes pour gérer la santé »

(scores moyens allant de 2,52 pour L0 à 2,77 pour L-2), 5 (CA) « Évaluation de l'information en santé » (scores moyens allant de 2,48 pour L0 à 2,71 pour L-2) et la 8 (FHI) « Aptitude à trouver des informations de santé de bonne qualité » (scores moyens allant de 3,14 pour L0 à 3,43 pour L-2) (voir annexe O).

Cependant pour les échelles 6 (AE) « Capacité à s'engager activement avec les professionnels de santé » et 7 (NHS) « Navigation dans le système de santé », les moyennes sont proches entre ceux qui parlent français à la maison et ceux qui ne parlent pas français à la maison (scores moyens allant respectivement de 3,57 pour L0 à 3,59 pour L-2, et de 3,51 pour L0 à 3,55 pour L-2), et par ailleurs ce sont les moyennes les plus élevées. Pour ceux qui parlent un peu français à la maison les moyennes sont plus basses. Nous observons également que pour l'échelle 4 (SS) « Soutien social pour la santé », il existe peu de différence des moyennes selon les trois niveaux d'usage ou non du français à la maison (L0 : non ; L1 : un peu. L2 : oui), même si nous distinguons une très légère nuance entre un usage du français à la maison et un non usage du français à la maison (0,08 point, les scores moyens allant de 3,20 pour L0 à 3,28)<sup>68</sup>. Pour ces trois échelles (6, 7 et 4), l'usage « un peu » du français à la maison est associé à de moins bonnes moyennes (cf. figure 57).

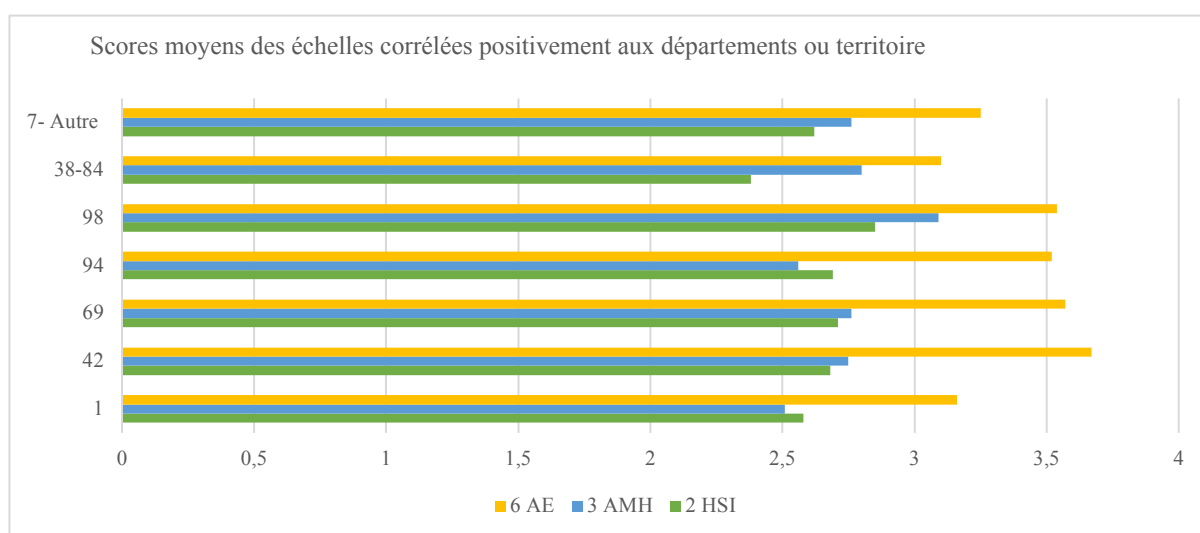


**Figure 57.** Graphique présentant les scores moyens des élèves selon les échelles liées positivement à la langue et selon l'usage ou non du français à la maison

<sup>68</sup> Cela reste une comparaison des moyennes brutes non significatives statistiquement.

### 1.3.3.3. Les corrélations liées aux départements ou territoire de scolarisation

Nous remarquons que dans tous les départements de scolarisation, les moyennes de la dimension 6 (AE) « Capacité à s'engager activement avec les professionnels de santé » sont plus élevées que les moyennes des autres dimensions corrélées aux départements (cf. figure 58). Les moyennes pour cette échelle sont au dessus de 3,5 pour quatre départements ou territoires : Polynésie, Val de Marne, Rhône et Loire (ce dernier département étant celui pour lequel la moyenne est la plus élevée : 3,67<sup>69</sup>) (voir annexe O). La moyenne pour l'échelle 3 (AMH) « Gérer activement sa santé » est la plus élevée en Polynésie, seul territoire où la moyenne est au dessus de 3 (3,09). Les moyennes pour l'échelle 2 (HSI) « Disposer d'information suffisantes pour gérer la santé » sont comprises entre 2,5 et 3 exceptés pour les départements de l'Isère et du Vaucluse (cf. figure 58).



**Figure 58.** Graphique présentant les scores moyens des élèves selon les échelles liées positivement aux départements ou territoire de scolarisation.

Nous observons que selon les départements et les échelles corrélées, ce ne sont pas les élèves des mêmes départements ou territoire qui affichent les moyennes les plus hautes même si pour les échelles 2 et 3, les scores moyens des élèves de Polynésie sont plus élevés que ceux des élèves des autres départements de notre étude (respectivement 2,85 et 3,09 à chacune de ces échelles).

<sup>69</sup> Cela reste une comparaison des moyennes brutes non significatives statistiquement.



### 1.3.4. Les corrélations négatives entre les variables sociodémographiques et le HLQ

#### 1.3.4.1. Les corrélations négatives globalement par échelle

L'échelle 1 (HPS) « Se sentir compris et soutenu par les professionnels de santé » est corrélée négativement à la nationalité de l'élève (-0.131\*), au nombre de personnes vivant au foyer (-0.114\*), et à la nationalité du père (-0.118\*)<sup>70</sup>.

L'échelle 2 (HSI) « Disposer d'information suffisantes pour gérer la santé » est corrélée négativement aux nationalités de la mère (-0.139\*\*) et du père (-0.226\*\*).<sup>71</sup>

L'échelle 3 (AMH) « Gérer activement sa santé » est reliée au sexe de l'élève (-0.144\*\*), et à la nationalité du père (-0.135\*\*).

L'échelle 4 (SS) « Soutien social pour la santé » est corrélée au sexe de l'élève (-0.111\*), à sa nationalité (-0.124\*), et à la nationalité de sa mère (-0.146\*\*).

L'échelle 5 (CA) « Évaluation de l'information en santé » est corrélée aux nationalités de la mère (-0.118\*) et du père (-0.131\*).

L'échelle 6 (AE) « Capacité à s'engager activement avec les professionnels de santé » est reliée au sexe de l'élève (-0.132\*), et à son lieu de naissance (-0.114\*).

Les échelles 7 (NHS) « Navigation dans le système de santé » et 8 (FHI) « Aptitude à trouver des informations de santé de bonne qualité » ne sont corrélées négativement à aucune donnée sociodémographique de l'élève.

L'échelle 9 (UHI) « Compréhension suffisante de l'information en santé pour savoir ce qu'il faut faire » est reliée lieu de vie (-0.110\*).

---

<sup>70</sup> \* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

<sup>71</sup> \*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

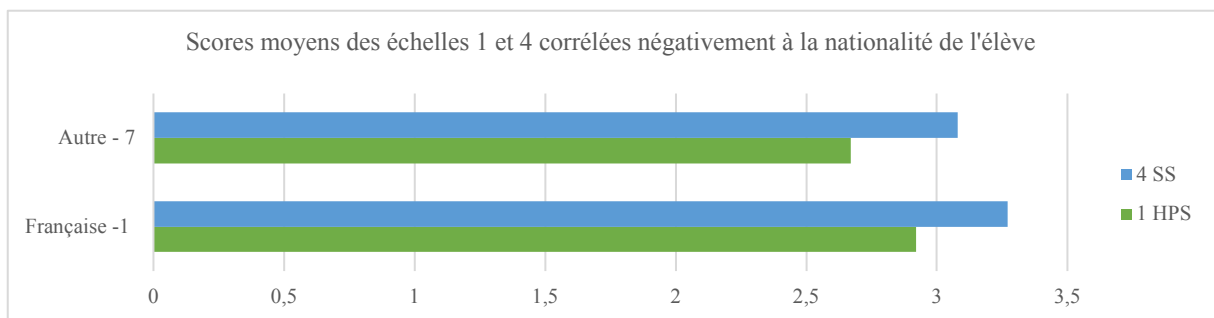
Les principales variables sociodémographiques fortement liées aux échelles du HLQ sont la nationalité du père, la nationalité de la mère, le sexe de l'élève, et sa nationalité (voir annexe O). Les variables « nationalité » que ce soit du père, de la mère ou de l'élève sont les plus fréquemment liées aux échelles (1 « HPS », 2 « HSI », 4 « SS », 5 « CA ») (cf. figure 59).



**Figure 59.** Représentation des corrélations des principales variables sociodémographiques (nationalité du père, nationalité de la mère, sexe de l'élève, et nationalité de l'élève) fortement liées aux échelles du HLQ.

#### 1.3.4.2. Les corrélations liées à la nationalité de l'élève

Nous observons une augmentation des moyennes en fonction de la nationalité de l'élève que ce soit pour l'échelle 1 (HPS) « Se sentir compris et soutenu par les professionnels de santé » (scores moyens de de 2,67 pour autre langue et 2,92 pour langue française) ou pour l'échelle 4 (SS) « Soutien social pour la santé » (scores moyens de de 3,08 pour autre langue et 3,27 pour langue française). Cet écart est plus important pour la dimension 1 (écart de 0,25 contre 0,19 pour la dimension 4) (Annexe O).

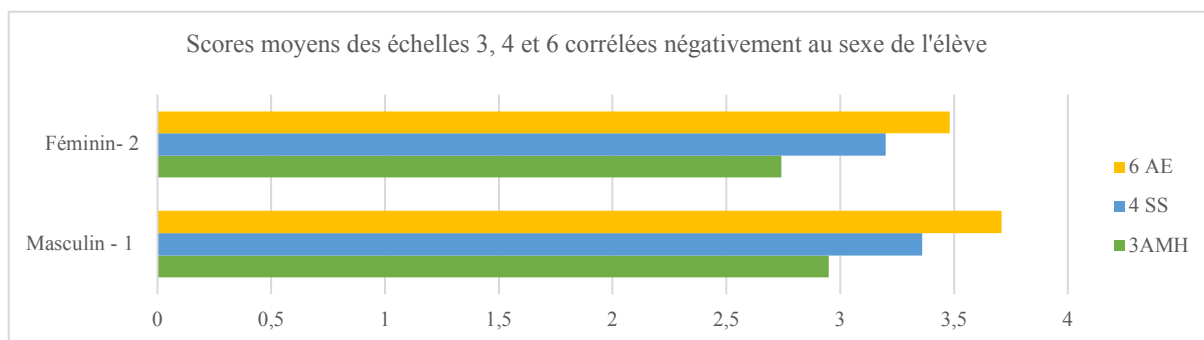


**Figure 60.** Graphique présentant les scores moyens des élèves selon les échelles liées négativement à la nationalité de l'élève.

Ainsi une nationalité autre que française est liée à des scores moindres dans ces deux dimensions (4-SS et 1-HPS) (cf. figure 60).

#### 1.3.4.3. Les corrélations liées au sexe de l'élève

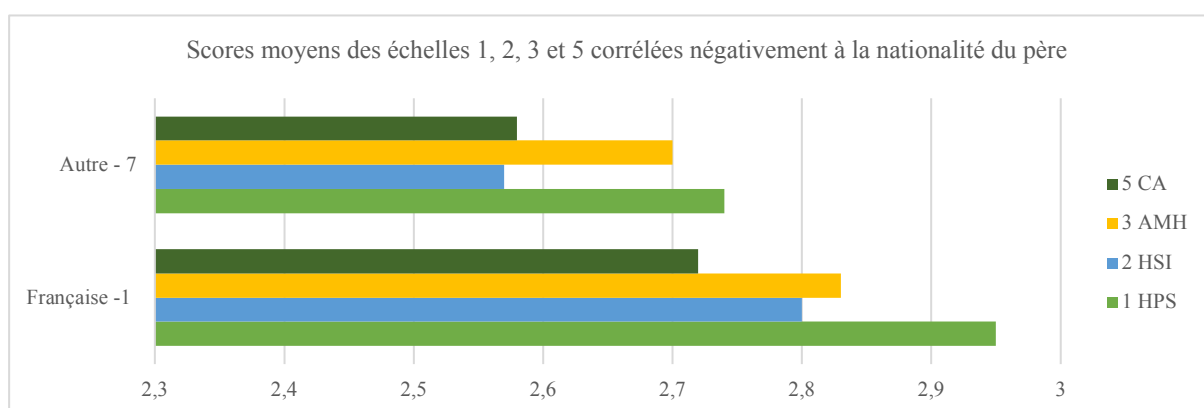
Nous remarquons que pour chacune des échelles concernées : 3 (AMH) « Gérer activement sa santé », 4 (SS) « Soutien social pour la santé » et 6 (AE) « Capacité à s'engager activement avec les professionnels de santé », les garçons ont des moyennes plus élevées dans ces trois dimensions respectives (scores moyens de 2,95 à l'échelle 3, de 3,36 à l'échelle 4 et de 3,71 à l'échelle 6). La moyenne la plus haute est au-dessus de 3,5 (score moyen de 3,71), et concerne les réponses des garçons à l'échelle 6 (3,71) (cf. figure 61).



**Figure 61.** Graphique présentant les scores moyens des élèves selon les échelles liées négativement au sexe de l'élève.

#### 1.3.4.4. Les corrélations liées à la nationalité du père de l'élève

Nous constatons que pour chacune de ces quatre dimensions (1-HPS, 2-HSI, 3-AMH et 5-CA) les scores moyens les plus élevés sont associés au père de nationalité française et le score le plus grand concerne la dimension 1 (HPS) « Se sentir compris et soutenu par les professionnels de santé » pour les élèves dont le père est de nationalité française (le score est de 2,95).<sup>72</sup> Les écarts entre les scores moyens des élèves dont le père est de nationalité française et ceux dont la nationalité du père est autre, sont de 0,13 point pour l'échelle 3 (AMH) (les scores respectifs sont de 2,83 et de 2,70), de 0,14 point pour l'échelle 5 (CA) (les scores respectifs sont de 2,72 et de 2,58), de 0,21 point pour l'échelle 1 (HPS) (les scores respectifs sont de 2,95 et de 2,74), et de 0,23 point pour l'échelle 2 (HSI) (les scores respectifs sont de 2,80 et de 2,57); ce dernier écart est le plus important (cf. figure 62).

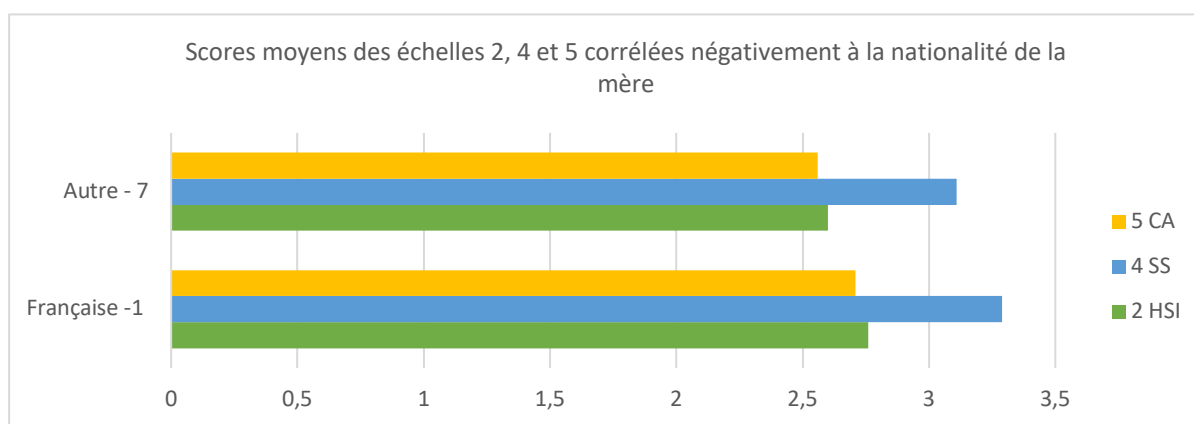


**Figure 62.** Graphique présentant les scores moyens des élèves selon les échelles liées négativement à la nationalité du père de l'élève.

<sup>72</sup> Cela reste une comparaison des moyennes brutes non significatives statistiquement

#### 1.3.4.5. Les corrélations liées à la nationalité de la mère de l'élève

Les scores moyens des élèves les plus élevés dans ces trois échelles (2-HSI, 4-SS et 5-CA) sont associés à la mère de nationalité française (scores de 2,76 pour la 2-HSI, 3,29 pour la 4-SS et 2,71 pour la 5-CA). Les écarts varient de 0,16 point pour l'échelle 2, de 0,18 point pour l'échelle 4, et de 0,15 point pour l'échelle 5. L'écart étant le plus conséquent pour l'échelle 4 (cf. figure 63).



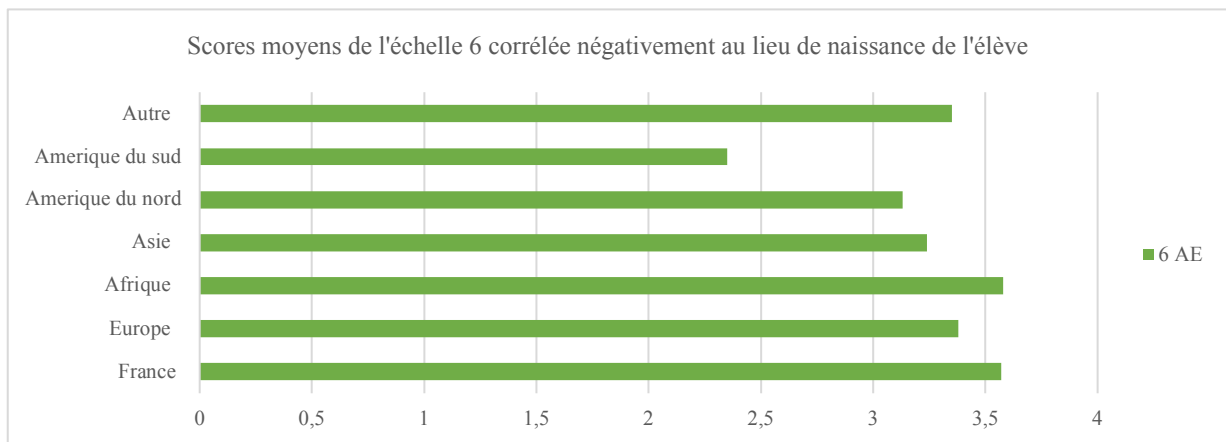
**Figure 63.** Graphique présentant les scores moyens des élèves selon les échelles liées négativement à la nationalité de la mère de l'élève.

Par ailleurs, nous notons que la corrélation avec l'échelle 4 (SS) « Soutien social pour la santé » est présente avec la nationalité de la mère alors que cette échelle n'est pas corrélée avec la nationalité du père. Inversement, les échelles 1 (HPS) « Se sentir compris et soutenu par les professionnels de santé » et 3 (AMH) « Gérer activement sa santé » très corrélées à la nationalité du père ne sont pas liées à la nationalité de la mère et sont absentes de ces corrélations (voir annex O).

#### 1.3.4.6. Les corrélations liées au lieu de naissance de l'élève

Les scores moyens à cette échelle 6 (AE) « Capacité à s'engager activement avec les professionnels de santé » sont plus élevés pour les élèves nés en Afrique (3,58), en France (3,57), et en Europe (3,38). Ils sont plus faibles pour les élèves nés en Amérique du sud (2,35).

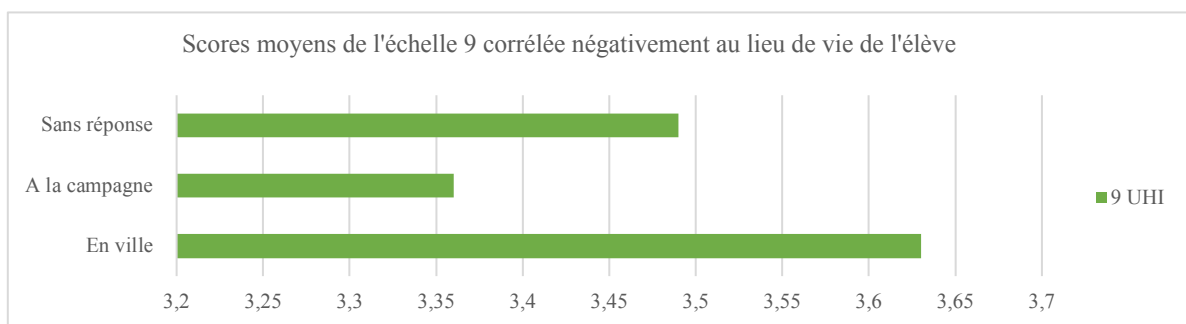
Pour ceux nés en Amérique du nord, en Asie ou autre les scores moyens sont respectivement de 3,13, de 3,24 et de 3,35 (cf. figure 64).



**Figure 64.** Graphique présentant les scores moyens des élèves à l'échelle 6 liée négativement au lieu de naissance de l'élève.

#### 1.3.4.7. Les corrélations liées au lieu de vie de l'élève

Nous observons un score moyen plus élevé pour les élèves qui sont en ville par rapport à ceux qui vivent à la campagne (scores respectivement de 3,63 et de 3,36) (cf. figure 65). Des territoires comme la Polynésie peuvent correspondre aux lieux de vie des élèves ayant indiqué « sans réponse » à cet item du questionnaire.

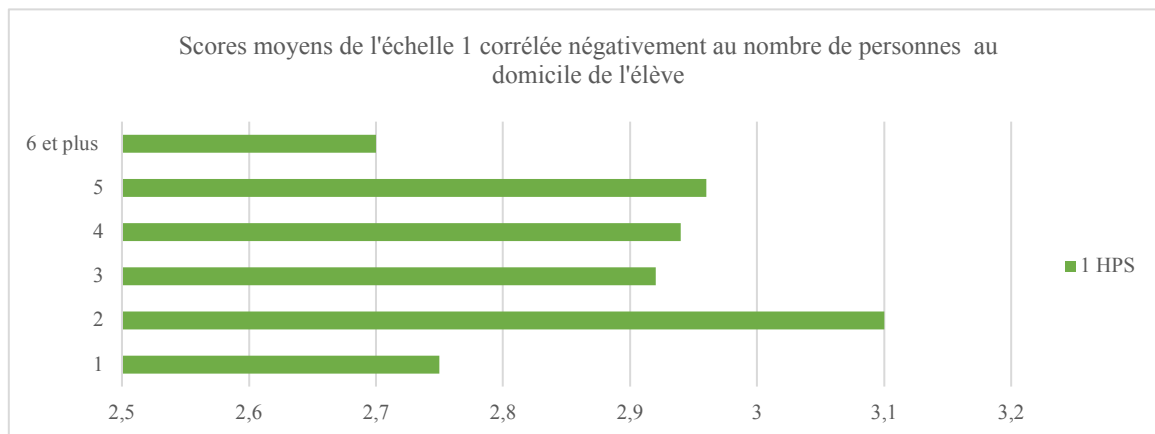


**Figure 65.** Graphique présentant les scores moyens des élèves à l'échelle 9 liée négativement au lieu de vie de l'élève.

De façon générale, être en ville est associé à des scores moyens plus importants à l'échelle 9 (UHI) « Compréhension suffisante de l'information en santé pour savoir ce qu'il faut faire » (cf. figure 65).

#### 1.3.4.8. Les corrélations liées au nombre de personnes au domicile

Le nombre de personnes au domicile est corrélé aux scores moyens des élèves à l'échelle 1 (HPS) « Se sentir compris et soutenu par les professionnels de santé ». Ce score moyen le plus élevé est associé à un nombre de personnes au domicile de 2 (le score moyen est alors de 3,1) et le score le plus bas est lié à un nombre de personnes au domicile de 6 et plus (le score moyen est de 2,70). Les scores très proches de 3 sont associés aux élèves qui indiquent 3, 4 ou 5 personnes au domicile (les scores sont respectivement de 2,92, de 2,94 et de 2,96). En revanche, le score moyen le plus faible est relié aux élèves qui ont noté 1 personne au domicile (score moyen de 2,75) ; ce dernier score est plus élevé que pour ceux qui ont notés être 6 et plus à leur domicile (cf. figure 66).



**Figure 66.** Graphique présentant les scores moyens des élèves à l'échelle 1 liée négativement au nombre de personnes au domicile de l'élève.

**Pour résumer :**

Ainsi, dans notre étude, les échelles du HLQ les plus corrélées aux variables sociodémographiques positivement ou négativement sont (voir annexe O):

- L'échelle 2 (HSI) « Disposer d'information suffisantes pour gérer la santé » (2 corrélations positives et 2 corrélations négatives),
- L'échelle 4 (SS) « Soutien social pour la santé » (1 corrélation positive et 3 corrélations négatives),
- L'échelle 6 (AE) « Capacité à s'engager activement avec les professionnels de santé » (2 corrélations positives et 2 corrélations négatives),
- L'échelle 1 (HPS) « Se sentir compris et soutenu par les professionnels de santé » (3 corrélations négatives),
- L'échelle 3 (AMH) « Gérer activement sa santé » (1 corrélation positive et 2 corrélations négatives),
- L'échelle 5 (CA) « Évaluation de l'information en santé » (1 corrélation positive et 2 corrélations négatives).

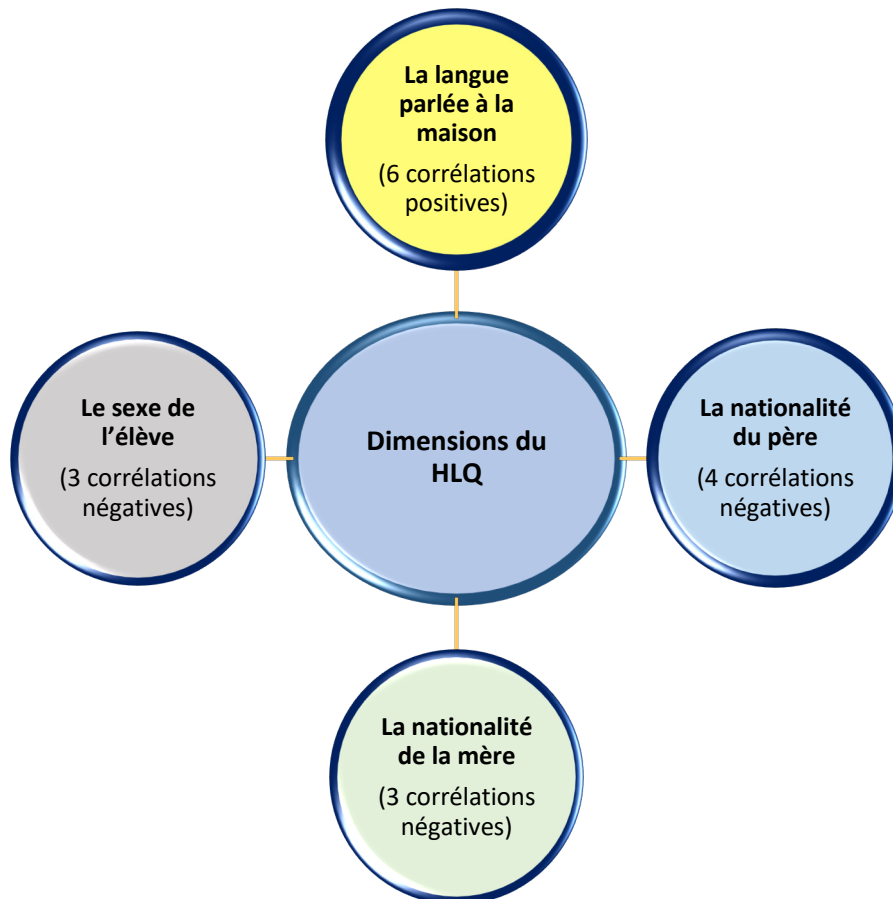


**Figure 67.** Représentation des échelles du HLQ les plus corrélées aux variables sociodémographiques positivement ou négativement.



Les variables sociodémographiques les plus reliées aux différentes dimensions du HLQ sont (voir annexe O) :

- La langue parlée à la maison (6 corrélations positives),
- La nationalité du père (4 corrélations négatives),
- La nationalité de la mère (3 corrélations négatives),
- Le sexe de l'élève (3 corrélations négatives).



**Figure 68.** Représentation des principales variables sociodémographiques (langue parlée à la maison, nationalité du père, nationalité de la mère et sexe de l'élève) fortement liées aux échelles du HLQ.

Toutes ces corrélations entre certaines variables de notre étude, nous révèlent des liens plus ou moins forts entre différentes caractéristiques des élèves et de leur environnement, pouvant être interprétés pour mieux les comprendre. Toutefois, nous pouvons noter qu'il n'apparaît, dans notre étude, aucune corrélation entre les âges des élèves et les différentes échelles du HLQ (voir annexe O).

## 2. Interprétation de ces données

### 2.1. L'usage du français à la maison et la LES

Les scores moyens dans les dimensions 2 (HSI) « Disposer d'information suffisantes pour gérer la santé », 4 (SS) « Soutien social pour la santé », 5 (CA) « Évaluation de l'information en santé », 6 (AE) « Capacité à s'engager activement avec les professionnels de santé », 7 (NHS) « Navigation dans le système de santé », et 8 (FHI) « Aptitude à trouver des informations de santé de bonne qualité », sont plus élevés quand la langue parlée est le français, et ils sont plus faibles quand les élèves ont indiqué qu'ils parlaient « un peu » ou « non ». L'usage du français à la maison serait lié aux compétences dans ces six domaines. Par ailleurs, les échelles 4 (SS), 5 (CA), 7 (NHS) et 8 (FHI) ont des corrélations positives exclusivement avec la variable de la langue parlée à la maison (voir annexe O).

#### 2.1.1. Lien avec les informations en santé

Les élèves semblent disposer davantage d'information pour gérer leur santé s'ils parlent français à la maison. Ils se sentent assurés d'avoir tous les renseignements dont ils ont besoin pour vivre et gérer leur état et prendre des décisions (échelle 2). Selon l'usage de la langue française à la maison il y aurait un lien avec les ressources des élèves pour gérer leur santé. Par ailleurs, l'usage de la langue française à la maison a un lien plus marqué avec l'échelle 2 concernant les informations.

De plus, les élèves qui parlent français à la maison semblent davantage capables d'identifier de bonnes informations, des sources fiables et ils peuvent mieux résoudre seuls ou avec l'aide d'autres personnes des problématiques liées à des informations contradictoires. Ceux qui parlent moins français, même s'ils essayent, comprennent moins bien la plupart des informations sur la santé et sont davantage perdus en cas d'informations contradictoires (échelle 5).

Aussi, l'usage du français à la maison, serait lié à la capacité des élèves à connaître les services et les soutiens afin de répondre à leurs besoins. Les élèves qui parlent moins français chez eux sont fragilisés pour défendre leurs intérêts en leur propre nom et ont du plus de mal à trouver quelqu'un qui peut les aider à utiliser le système de santé pour répondre à leurs besoins

en matière de santé (échelle 7). Cependant, la capacité à naviguer dans le système de santé (7 - NHS) est liée à des scores plus bas quand les élèves parlent un peu français plutôt que totalement ou pas du tout. Le fait de pratiquer à la maison une autre langue que le français semble lié à moins de compétences des élèves pour naviguer dans le système de santé.

Enfin, les élèves qui parlent français à la maison ont des scores associés à une meilleure « exploration » des informations en santé ; ils utilisent plus activement un large éventail de sources pour trouver des informations actualisées et de qualité, contrairement à ceux qui parlent moins français à la maison, et qui accèdent moins aux informations nécessaires en santé et sont plus dépendants pour obtenir des informations (échelle 8).

L'usage du français est associé ainsi à des compétences pour disposer d'information suffisantes (2-HSI), évaluer l'information (5-CA), et trouver des informations de qualité (8 - FHI).

#### 2.1.2. Lien avec les relations avec les professionnels de santé et le soutien social

La langue française parlée à la maison permettrait aussi aux élèves d'être plus proactifs quant à leur santé et de se sentir maîtres de leurs relations avec les professionnels de santé. L'usage de la langue française à la maison favorise la prise de conseil auprès d'autres professionnels de santé si nécessaire (échelle 6). Néanmoins, la capacité à s'engager activement avec les professionnels de santé (6 -AE) est là encore plus fragile si les élèves parlent un peu français plutôt que totalement ou pas du tout.

Le fait de pratiquer à la maison une autre langue avec le français plus tôt qu'une seule langue est relié à moins de compétences des élèves pour s'engager avec les professionnels de santé.

Enfin, les élèves qui parlent français à la maison ont un système social qui leur fournit davantage le soutien dont ils ont besoin, et à l'inverse, ceux qui parlent moins français sont plus seuls et sans soutien (échelle 4). Pourtant, le soutien social pour la santé, semble être le moins lié par l'usage ou non du français à la maison (L0 : non ; L1 : un peu. L2 : oui), même s'il existe

une différence (0,08 point). Le soutien social paraît corrélé davantage à d'autres caractéristiques de l'élève.

## **2.2. Le département de scolarisation et la LES**

Selon les départements et les échelles corrélées, ce ne sont pas les mêmes élèves qui ont le plus de compétences.

### **2.2.1. Lien avec les informations en santé et la gestion de sa santé**

Les élèves de Polynésie semblent disposer le plus d'informations suffisantes pour gérer leur santé (2 - HSI). Ils se sentent davantage assurés d'avoir tous les renseignements dont ils ont besoin pour vivre et gérer leur état et prendre des décisions (échelle 2). Selon les départements, les scores des élèves sont donc plus ou moins associés à des ressources pour gérer leur santé.

Gérer activement sa santé (3-AMH) semble très lié au département de scolarisation de l'élève. Selon les départements les élèves se sentent plus ou moins en mesure de prendre en charge leur santé. Ce sont les scores des élèves de Polynésie qui sont les plus corrélés à des capacités pour gérer sa santé. Ils reconnaîtraient ainsi l'importance de leur propre santé et seraient en mesure de la prendre en charge. Ils s'engageraient de manière proactive dans leurs propres soins et prendraient leurs propres décisions concernant leur santé.

A l'inverse, les scores des élèves des départements de l'Ain et du Val de Marne semblent moins corrélés à des capacités pour gérer sa santé, c'est-à-dire qu'ils considèrent moins comme étant de leur responsabilité mais comme quelque chose qui leur est prodiguée.

### **2.2.2. Lien avec les relations avec les professionnels de santé**

Dans tous les départements de scolarisation, les élèves sont de manière générale capables de s'engager activement avec les professionnels de santé (6 - AE). Les élèves des quatre départements ou territoires de Polynésie, Val de Marne, Rhône et Loire sont les plus proactifs et maîtres des relations avec les professionnels de santé. Les élèves de la Loire paraissent être les plus engagés avec les professionnels de santé. Les élèves scolarisés dans

l'Ain<sup>73</sup> seraient plus passifs dans leur approche des soins de santé, c'est-à-dire les moins pro-actives, acceptant plus facilement les informations de santé sans douter, posant moins de questions pour obtenir des informations ou pour clarifier des éléments.

La langue française parlée à la maison et le département de scolarisation sont corrélés ainsi sur les compétences en santé des élèves notamment pour la possession d'informations en santé, la gestion de la santé, les relations avec les professionnels de santé et le soutien social. Par leur relation aux dimensions du HLQ, ces deux variables que sont la langue française parlée à la maison et le département de scolarisation, sont liées à la littératie en santé des élèves.

### **2.3. La nationalité de l'élève et de ses parents, le sexe de l'élève, et la LES**

#### **2.3.1. La nationalité de l'élève et la LES**

Les écarts dans l'échelle 1 (HPS) « Se sentir compris et soutenu par les professionnels de santé » sont importants selon la nationalité de l'élève. La nationalité française chez les élèves est reliée à un plus grand sentiment d'être compris et soutenu par les professionnels de santé (échelle 1). C'est-à-dire que les élèves de nationalité française ont davantage de relation établie avec au moins un professionnel de la santé qui les connaît bien et en qui ils ont confiance pour fournir des conseils et des informations utiles et les aider à comprendre les informations et à prendre des décisions concernant leur santé. À l'inverse, les élèves qui ont une nationalité autre que française peuvent avoir plus de difficultés à dialoguer avec les médecins et autres professionnels de la santé ; ils ont moins d'interlocuteurs de soins de santé réguliers, et/ou ont plus de mal à faire confiance aux professionnels de soins comme source d'informations et/ou de conseils.

Les lycéens de nationalité française sont associés à un système social qui leur apporte un meilleur soutien en fonction de leurs besoins, et à l'inverse, ceux qui ne sont pas de nationalité française sont associés à un système social où ils seraient davantage seuls et sans soutien (échelle 4). La nationalité française serait donc liée à l'isolement en santé des élèves.

---

<sup>73</sup> C'est également le cas pour les élèves de l'Isère et du Vaucluse mais le nombre d'élèves n'est pas représentatif (un et un).

### 2.3.2. Le sexe de l'élève et la LES

Gérer activement sa santé (3-AMH) semble particulièrement lié au sexe des élèves. Selon qu'ils sont une fille ou un garçon, ils se sentent plus ou moins en mesure de prendre en charge leur santé. Ce sont les garçons qui paraissent les plus capables de gérer leur santé. Ils semblent davantage saisir l'importance de leur propre santé et seraient plus en mesure de la prendre en charge que les filles. Ils s'engageraient ainsi plus de manière proactive dans leurs propres soins et prendraient leurs propres décisions concernant leur santé.

A l'inverse, les filles se montreraient moins engagées dans leur santé qu'elles considéreraient moins comme étant de leur responsabilité mais comme quelque chose qui leur serait prodiguée.

Être un garçon est davantage associé aux élèves proactifs dans leur santé et qui ont le sentiment d'être maîtres de leurs relations avec les professionnels de santé. Les garçons demandent davantage conseil auprès d'autres professionnels de santé si nécessaire (échelle 6). En revanche, la capacité à s'engager activement avec les professionnels de santé (6 -AE) est plus faible pour les filles.

Les compétences des filles pour s'engager avec les professionnels de santé sont plus réduites que pour les garçons. Les filles seraient ainsi plus passives que les garçons dans leur approche des soins de santé. Elles accepteraient davantage les informations sans douter en acceptant plus facilement ce qui leur est proposé. De plus les garçons ont un système social qui leur fournit davantage le soutien dont ils ont besoin, alors que les filles sont plus seules et sans soutien (échelle 4).

Ainsi les garçons semblent être plus proactifs que les filles, que ce soit pour gérer leur santé, pour les relations avec les professionnels de santé, ou pour avoir un soutien social.

### 2.3.3. La nationalité du père de l'élève et la LES

Selon la nationalité du père de l'élève, les écarts dans l'échelle 1 (HPS) « Se sentir compris et soutenu par les professionnels de santé » sont importants (0,21 points). Si le père est de nationalité française le sentiment chez les élèves, d'être compris et soutenu par les

professionnels de santé est plus grand. La nationalité française du père procure à l'élève davantage de relation établie avec au moins un professionnel de la santé qui le connaît bien et en qui il aurait confiance pour fournir des conseils et des informations utiles et l'aider à comprendre les informations et à prendre des décisions concernant sa santé.

À l'inverse, une nationalité autre que française du père de l'élève est liée à plus de difficultés à dialoguer avec les médecins et autres professionnels de la santé, et apporte à l'élève moins d'interlocuteurs de soins de santé réguliers, et/ou lui donne plus de mal à faire confiance aux professionnels de soins comme source d'informations et/ou de conseils.

Les élèves disposeraient davantage d'information pour gérer leur santé si leur père est de nationalité française. Ils se sentent plus assurés d'avoir tous les renseignements dont ils ont besoin pour vivre et gérer leur état et prendre des décisions (échelle 2). Selon nationalité de leur père, les élèves auraient donc plus ou moins de ressources pour gérer leur santé. C'est d'ailleurs sur cette échelle (2-HSI) que la nationalité du père génère le plus d'écart entre les élèves pour ce qui est des informations en santé. De plus, les élèves dont le père est de nationalité française semblent plus capables d'identifier de bonnes informations, des sources fiables et ils peuvent mieux résoudre seuls ou avec l'aide d'autres personnes des problématiques liées à des informations contradictoires. Alors que ceux dont le père n'est pas de nationalité française, comprennent moins bien la plupart des informations sur la santé et sont davantage perdus en cas d'informations contradictoires (échelle 5).

La nationalité du père agit également sur la gestion active de l'élève de sa santé (3-AMH). Selon la nationalité du père, ils se sentent plus ou moins en mesure de prendre en charge leur santé. Ce sont les élèves dont le père est de nationalité française qui paraissent les plus capables de gérer leur santé. Ils semblent davantage saisir l'importance de leur propre santé et seraient plus en mesure de la prendre en charge que ceux dont le père n'est pas de nationalité française. Ils s'engageraient ainsi plus de manière proactive dans leurs propres soins et prendraient leurs propres décisions concernant leur santé.

Inversement, ceux dont le père n'est pas de nationalité française risquent d'être moins engagés dans leur santé qu'ils considèreraient moins comme étant de leur responsabilité mais comme quelque chose qui leur serait prodiguée.

La nationalité du père est ainsi liée aux compétences en santé des élèves en favorisant ou non les connaissances en santé, la gestion de la santé, et le sentiment d'être compris et soutenu par les professionnels de santé. Par ses liens avec ces dimensions du HLQ, la nationalité du père est associée à la littératie en santé des élèves. La nationalité du père comme le sexe sont corrélés au comportement proactif en santé de l'élève.

#### 2.3.4. La nationalité de la mère de l'élève et la LES

Les scores moyens des élèves dans les échelles 2, 4 et 5 sont supérieurs quand la mère est de nationalité française.

Les élèves disposeraient de plus d'information pour gérer leur santé si leur mère est de nationalité française. Ils se sentent plus assurés d'avoir tous les renseignements dont ils ont besoin pour vivre et gérer leur état et prendre des décisions (échelle 2). Ils auraient ainsi plus ou moins de ressources pour gérer leur santé, selon la nationalité de leur mère. Aussi, les élèves dont la mère est de nationalité française paraissent plus capables d'identifier de bonnes informations, des sources fiables et ils peuvent mieux résoudre seuls ou avec l'aide d'autres personnes des problématiques liées à des informations contradictoires.

En revanche, ceux dont la mère n'est pas de nationalité française, comprennent moins bien les informations sur la santé et sont plus susceptibles d'être perdus en cas d'informations contradictoires (échelle 5).

Les élèves dont la mère est de nationalité française ont un système social qui leur apporte un meilleur soutien selon leurs besoins. Inversement, ceux dont la mère n'est pas de nationalité française sont davantage seuls et sans soutien (échelle 4). En effet, l'écart moyen des scores des élèves est de 0,18 point pour cette échelle ; il est le plus grand lié à cette variable de la nationalité de la mère. Par ailleurs, nous notons que cette corrélation avec l'échelle 4 (SS) est absente avec la variable de la nationalité du père. À l'inverse, les échelles 1 (HPS) « Se sentir compris et soutenu par les professionnels de santé » et 3 (AMH) « Gérer activement sa santé » qui étaient très corrélées à la nationalité du père n'ont aucune corrélation avec la nationalité de la mère.



La nationalité française de la mère est reliée de ce fait à l'isolement en santé des élèves et s'associerait plutôt au soutien social. Alors que la nationalité française du père serait plutôt reliée à la capacité d'établir une relation de confiance avec les professionnels de santé.

La nationalité de la mère est liée alors aux compétences en santé des élèves par son lien sur les connaissances en santé et surtout par son soutien social à l'élève. Ainsi par cette relation, la nationalité de la mère est liée aussi à la littératie en santé des élèves.

## **2.4. Les lieux de naissance et de vie, le nombre de personnes au domicile et la LES**

### **2.4.1. Lieu de naissance et LES**

La capacité des élèves à s'engager activement avec les professionnels de santé (6 - AE) varie selon le lieu de naissance. Les élèves nés en Afrique, en France, et en Europe sont les plus proactifs et maîtres des relations avec les professionnels de santé. Ceux nés en Afrique paraissent être les plus engagés avec les professionnels de santé. En revanche, les élèves nés en Amérique du sud seraient plus passifs dans leur approche des soins de santé, c'est-à-dire les moins proactifs, acceptant plus facilement les informations de santé sans douter, posant moins de questions pour obtenir des informations ou pour clarifier des éléments. Pour les élèves nés en Amérique du nord, en Asie ou autre, les scores laissent penser qu'ils ont des compétences relativement moyennes pour s'engager activement avec les professionnels de santé.

Le lieu de naissance des élèves est ainsi lié aux compétences relationnelles des élèves au sujet de leur santé.

La compréhension de l'information en santé pour savoir ce qu'il faut faire (échelle 9) varie en fonction du lieu de vie de l'élève. Les élèves résidants en ville semblent avoir une meilleure compréhension de l'information en santé par rapport à ceux qui vivent à la campagne. Les élèves ayant indiqué « sans réponse » à cet item du questionnaire ont des scores meilleurs que ceux qui vivent à la campagne mais moins élevés que ceux résidants en ville. Les élèves résidants en Polynésie peuvent avoir indiqué pour leur lieu de vie « sans réponse ».

De façon générale, être en ville est liée à une augmentation de la compréhension de l'information en santé chez l'élève pour savoir ce qu'il faut faire (l'échelle 9- UHI). Ainsi, les élèves vivant en ville seraient plus capables de comprendre les informations écrites (y compris les informations numériques) en relation avec la santé et d'écrire de manière appropriée sur les formulaires de santé. En revanche, les élèves résidant à la campagne auraient davantage de

difficultés à comprendre les informations de santé écrites ou les instructions sur les traitements ou les médicaments, et il leur est plus difficile de lire ou d'écrire assez bien pour remplir des formulaires médicaux.

Cette corrélation entre le lieu de vie et la dimension du HLQ « Compréhension suffisante de l'information en santé pour savoir ce qu'il faut faire » (échelle 9) est particulière puisque cette dimension est la seule à être reliée à cette variable qu'est le lieu de vie et inversement le lieu de vie est la seule variable liée à cette dimension qu'est l'échelle 9.

Par conséquent, dans notre étude, seul le lieu de vie de l'élève influe sur la compréhension suffisante de l'information en santé pour savoir ce qu'il faut faire (échelle 9).

#### 2.4.2. Nombre de personnes au domicile et LES

Selon le nombre de personnes vivant au domicile de l'élève, ce dernier se sent plus ou moins compris et soutenu par les professionnels de santé (échelle 1 - HPS). Les élèves se sentent le plus compris et soutenus quand ils vivent à deux au domicile ; à l'inverse, ils se sentent le moins compris et soutenus quand ils vivent à six et plus. Pour les élèves vivant à trois, quatre ou cinq personnes au domicile, les scores sont assez proches et sont relativement moyens, ce qui rend les élèves plus susceptibles d'être compris et soutenus que ceux qui vivent à six et plus mais moins que ceux qui vivent à deux. Par ailleurs, ceux qui vivent seuls (quand les élèves ont noté 1 personne au domicile), même si leur score est plus élevé que ceux qui sont six et plus, il reste bas par rapport aux autres résultats moyens (ceux vivant à trois, quatre ou cinq personnes au domicile), ces élèves sont alors moins susceptibles de se sentir compris et soutenus par les professionnels de santé.

Ainsi de vivre à deux est lié à la possibilité pour l'élève d'avoir davantage de relation établie avec au moins un professionnel de la santé qui le connaît bien et en qui il aurait confiance pour fournir des conseils et des informations utiles et l'aider à comprendre les informations et à prendre des décisions concernant sa santé. À l'inverse, vivre à six et plus ou être seul est en lien avec plus de difficultés à dialoguer avec les médecins et autres professionnels de la santé, et apporte à l'élève moins d'interlocuteurs de soins de santé réguliers, et/ou lui donne plus de mal à faire confiance aux professionnels de soins comme source d'informations et/ou de conseils.

## **Pour résumer :**

Les échelles du HLQ les plus corrélées aux variables sociodémographiques sont les échelles : 2 (HSI), 4 (SS), 6 (AE), 1 (HPS), 3 (AMH), et 5 (CA). Les variables sociodémographiques particulièrement concernées sont : la langue parlée à la maison, la nationalité du père, la nationalité de la mère et le sexe de l'élève.

La langue française parlée à la maison est liée clairement aux informations en santé qu'a l'élève, sur la gestion de sa santé, sur les relations qu'il entretient avec les professionnels de santé et sur le soutien social dont il dispose.

Le département de scolarisation est associé également à la possession ou non d'informations en santé, à la gestion de la santé, aux relations avec les professionnels de santé et au soutien social. Les politiques locales qu'elles soient sanitaires, sociales, de communication, ainsi que l'organisation, diffèrent selon les territoires.

La nationalité française est reliée à davantage de relation établie pour l'élève avec au moins un professionnel de la santé de confiance pour fournir des conseils et des informations utiles, l'aider à comprendre les informations, et à prendre des décisions concernant sa santé. De plus, la nationalité française semble liée à l'isolement en santé de l'élève.

Les garçons ont un meilleur soutien social que les filles. Ils paraissent aussi plus proactifs que les filles, que ce soit pour gérer leur santé, pour les relations avec les professionnels de santé, ou pour avoir un soutien social.

La nationalité du père est en lien avec les informations en santé de l'élève, la gestion de la santé de l'élève, et le sentiment de ce dernier d'être compris et soutenu par les professionnels de santé. Par ailleurs, la nationalité du père est associée au comportement proactif en santé de l'élève, tout comme le sexe de l'élève.

La nationalité de la mère est corrélée aux connaissances en santé et surtout au soutien social. La nationalité française de la mère est en lien avec l'isolement en santé de l'élève et le soutien social, tandis que la nationalité française du père est plutôt liée à la possibilité d'établir une relation de confiance avec les professionnels de santé.

Le lieu de naissance de l'élève est relié aux compétences relationnelles de l'élève relatives à sa santé.

Le lieu de vie est étroitement corrélé (corrélation importante et unique) à la compréhension suffisante de l'information en santé pour savoir ce qu'il faut faire. Il semblerait que la compréhension de l'information en santé de l'élève soit en lien avec le lieu où il vit.

Vivre à deux est lié à de meilleurs résultats pour l'élève pour développer une relation établie avec au moins un professionnel de la santé qui le connaît bien et en qui il aurait confiance pour fournir des conseils et des informations utiles et l'aider à comprendre les informations et à prendre des décisions concernant sa santé. Vivre à plus est associé à plus de difficultés à dialoguer avec les médecins et autres professionnels de la santé, et lui donne plus de mal à faire confiance aux professionnels de soins comme source d'informations et/ou de conseils.

Par leur lien avec les différentes dimensions du HLQ, ces variables sociodémographiques des élèves (la langue parlée à la maison, la nationalité du père, la nationalité de la mère, le sexe de l'élève, le département de scolarisation, le lieu de naissance, le lieu de vie) sont associées à la littératie en santé des élèves.

### **3. Discussion**

Certaines études permettent d'éclairer les résultats de notre recherche en apportant des éléments de compréhension à ces corrélations entre les échelles 2 (HSI), 4 (SS), 6 (AE), 1 (HPS), 3 (AMH), et 5 (CA) du HLQ et les variables sociodémographiques particulièrement concernées : la langue parlée à la maison, la nationalité du père, la nationalité de la mère et le sexe de l'élève.

#### **3.1. La langue parlée et la LES : quels éléments de compréhension ?**

##### 3.1.1. Sous l'angle des usages

La langue parlée à la maison a, de fait, des conséquences sur les informations en santé dont dispose l'élève ; comme Laparra et Margolinas (2012, p. 1) le soulignent, ce sont les usages que les enfants ont de la langue entre pairs et dans leur famille qui leur permettent de mettre en mots le travail cognitif ; celui-ci est sans doute mis à mal ou lésé pour ceux qui maîtriseraient moins bien la langue.

En outre, le langage et les pratiques langagières ne sont pas utilisés de la même façon selon les classes sociales (Laparra & Margolinas, 2012, p. 5), ce qui influe peut-être aussi sur la gestion de la santé de l'élève, sur les relations qu'il entretient avec les professionnels de santé, et sur le soutien social dont il dispose.

##### 3.1.2. Sous l'angle des fonctions exécutives et du bilinguisme

La capacité à naviguer dans le système de santé (7 -NHS) est réduite si les élèves parlent un peu français plutôt que totalement ou pas du tout, c'est-à-dire s'ils pratiquent à la maison une autre langue en même temps que le français plus tôt qu'une seule langue. Cela pourrait s'expliquer par les fonctions exécutives, permettant la flexibilité et le contrôle nécessaires dans l'usage quotidien de deux langues ou plus. Cette flexibilité et ce contrôle permettent aux bilingues de s'adapter aux contextes, aux situations, aux interlocuteurs... (Dieguez & Hemmerle, 2014, p. 194). Ces mécanismes de sélection et d'inhibition des langues activent avec eux de nombreux réseaux de significations qui dépassent la seule fonction linguistique. De plus, selon Dieguez et Hemmerle (2014, p. 194), les bilingues se perçoivent eux-mêmes,

consciemment et inconsciemment, autrement selon la langue qu'ils utilisent ou dans laquelle on les interroge. Deux approches, pourraient l'expliquer. La première repose sur le fait que chaque langue s'inscrit dans un univers culturel particulier qui active les représentations culturelles dans lesquelles cette langue s'inscrit, et inversement. La deuxième vient des différences culturelles qui produisent souvent des différences de personnalité, au sens large, ; ainsi selon le contexte et la sélection de la langue cela engagerait des personnalités différentes, reposant notamment sur des stéréotypes culturels, au sein d'un même individu (Dieguez & Hemmerle, 2014, p. 194).

### 3.1.3. Sous l'angle de la culture et de la langue de naissance

Ces composantes culturelles peuvent être en conflit à des degrés différents, ou s'influencer et de la même manière, les langues elles-mêmes peuvent avoir des degrés d'étanchéité différents, selon leurs racines historiques, leur ressemblance, leurs systèmes d'écriture, ainsi que l'âge de la personne bilingue (Dieguez & Hemmerle, 2014, p. 194). Par conséquent, les effets possibles sur la cognition en général sont nombreuses de la même façon que les personnes bilingues peuvent varier leurs préjugés sociaux sur autrui, et avoir des réponses affectives et physiologiques différentes selon la langue (Dieguez & Hemmerle, 2014,

De plus, l'étude de l'OCDE de 2013 (2013 p. 136), montre que la corrélation négative entre les compétences en littératie et le fait d'avoir été élevé dans une langue étrangère est plus importante qu'entre les compétences en littératie et le fait d'être né à l'étranger. Dans les différents pays, environ 7% des personnes sont nées à l'étranger et n'ont pas été élevées dans la langue de l'évaluation. Ce pourcentage est cependant plus faible au Japon et en Pologne, mais très élevé au Canada (17%) (OCDE, 2013 p. 136).

## **3.2. Les garçons, les filles, et la LES : quels éléments de compréhension ?**

### 3.2.1. Sous l'angle des comportements en santé

Les écarts d'usage entre les garçons et les filles aussi bien au collège et qu'au lycée révèlent des singularités de comportements en santé (l'accessibilité au tabac et à l'alcool) (Spilka et al., 2019, p. 4). Concernant les représentations sociales relatives à leur santé, les filles se disent en moins bonne santé que les garçons, mais elles consomment moins de substances

licites ou illicites, et elles ont des comportements alimentaires plus favorables à leur santé (Florin & Guimard, 2017, p. 45).

De plus, les résultats de l'enquête PISA montrent que les filles de 15 ans ont de meilleurs résultats que les garçons en compréhension de l'écrit et ont des aspirations professionnelles plus importantes qu'eux (OCDE, 2012a, cité dans OCDE, 2013 p. 117). Les hommes ont des scores plus élevés que les femmes en numératie et en résolution de problèmes dans des environnements à forte composante technologique, mais l'écart est peu important et se réduit davantage si d'autres caractéristiques sont prises en compte (OCDE, 2013 p. 24).

### 3.2.2. Sous l'angle des modes de socialisation

Ces résultats pourraient être la conséquence des modes de socialisation différentiels des garçons et des filles : une socialisation des filles en conformité avec les attentes et les normes de l'école, alors que pour les garçons, la distance serait plus grande face à l'institution scolaire, avec des attitudes différentes et une volonté d'émancipation sociale (Brinbaum, 2019, p. 96).

S'agissant de l'effet du sexe, Samdal et al. (1999, cités dans Florin & Guimard, 2017, p. 40) suggèrent que cette différence entre les garçons et les filles en faveur des filles serait liée au fait que les garçons ont plus de difficultés à s'adapter aux exigences scolaires. Les filles développent une attitude plus positive à l'égard de l'école, du fait de comportements et de compétences verbales plus en adéquation avec la demande scolaire. En outre, pour Verkuyten et Thijs (2002, cités dans Florin & Guimard, 2017, p. 40), les filles cherchent à davantage développer des relations interpersonnelles tandis que les garçons visent plutôt à affirmer leur indépendance.

Cette différence de comportement entre les filles et les garçons pourrait expliquer que les garçons sont davantage proactifs que les filles, que ce soit pour gérer leur santé, pour les relations avec les professionnels de santé, ou pour avoir un soutien social.

## **3.3. La nationalité, les CSP, et la LES : quels éléments de compréhension ?**

### 3.3.1. Sous l'angle des origines migratoires

Les parents immigrés sont davantage démunis de diplôme que les Français d'origine. Les familles d'Afrique subsaharienne comptent davantage de familles monoparentales (deux fois plus que les familles françaises). Par ailleurs, une autre langue que le français est parlée à la maison dans plus de 60 % des familles magrébines, portugaises et turques (Brinbaum, 2019, p. 81). De plus, selon Berchet et Jusot (2012, p. 6), au-delà des effets liés aux conditions matérielles de vie sur l'état de santé, la perte du lien social ou l'exclusion sociale participent à la dégradation de l'état de santé des immigrés. La migration peut causer un stress important associé à l'insertion dans un nouvel environnement ou à un manque de soutien social (OMS, 2008, cité dans Berchet & Jusot, 2012, p. 6). Les études suggèrent l'existence d'inégalités de santé ou de recours aux soins liées au soutien social (Leclere et al., 1994 ; Zambrana et al., 1994 ; Berchet & Jusot, 2009, 2010, 2012, p. 6). Le différentiel de capital social entre la population immigrée et la population française de naissance explique 54 % des disparités de santé observées (Berchet & Jusot, 2009, 2012, p. 6).

La moindre maîtrise de la langue ou les différences de représentations culturelles des maladies et des soins peuvent aussi biaiser la communication entre le patient et le médecin, et conduire notamment à une mauvaise interprétation des symptômes (Carde, 2007 ; Berchet & Jusot, 2012, p. 6)

### 3.3.2. Sous l'angle de l'ancienneté dans le pays d'accueil

Les immigrés de langue étrangère présentent des compétences en littératie, en numératie et en résolution de problèmes dans des environnements à forte composante technologique inférieures à celles des personnes autochtones (OCDE, 2013 p. 24). Cela s'explique par le fait que l'ancienneté dans le pays a peu d'effet sur le niveau de compétence, soit parce que les incitations à apprendre la langue du pays d'accueil ne sont pas assez fortes, soit parce que les politiques en faveur de l'apprentissage de la langue du pays ne sont pas assez efficaces (OCDE, 2013 p. 147).

### 3.3.3. Sous l'angle des catégories socio-professionnelles

Les immigrés de langue étrangère issus de milieux socio-économiques défavorisés ont 7 fois plus de risques que les autochtones issus de milieu plus favorisé d'être au niveau 2 ou en deçà en littératie (OCDE, 2013 p. 138). Les immigrés de langue étrangère, même s'ils viennent



de familles instruites, ont souvent des possibilités limitées de développer leurs compétences en traitement de l'information dans la langue locale (OCDE, 2013 p. 141).

Il existe ainsi des désavantages cumulés concernant les compétences clés en traitement de l'information nécessaires dans la vie quotidienne et dans des situations professionnelles pour les immigrés de langue étrangère (OCDE, 2013 p. 138). Il est ainsi plus difficile alors pour ceux qui ne sont pas de nationalité française d'établir des relations avec des professionnels de la santé, de tisser des relations de confiance, de prendre des conseils et des informations utiles pour comprendre les informations de santé. Ils sont alors plus isolés pour ce qui concerne leur santé.

Les études montrent que la profession de la mère semble avoir un effet direct sur l'état de santé de l'enfant (modèle de latence) et que la profession du père a un impact indirect. En effet, la profession du père influence la profession de l'enfant, qui elle-même, agit sur son état de santé (modèle de cheminement) (Devaux et al., 2007, p. 6).

Dans notre étude, la nationalité du père est corrélée aux informations en santé de l'élève et au comportement proactif en santé de l'élève tout comme le sexe de l'élève. La nationalité de la mère est associée aux connaissances en santé, et surtout au soutien social de l'élève.

### **3.4. Les lieux de naissance et de vie, et la LES : quels éléments de compréhension ?**

#### **3.4.1. Sous l'angle du lieu de naissance**

Certaines études privilégient les conditions de naissance et de vie dans la petite enfance qui, lorsqu'elles sont défavorables, seraient à l'origine des inégalités. Pour d'autres ce serait plutôt l'effet cumulatif des déterminants sociaux et économiques défavorables qui se combinent et interagissent au cours de la vie (OMS, 2009 ; Lang, Ulrich, France, Ministère de l'emploi et de la solidarité et Direction de la recherche, 2017, p. 19). Dans l'étude de l'OCDE de 2013 (2013 p. 75), les différences de compétences en littératie entre les personnes nées en France et celles nées à l'étranger se révèlent plus marquées que dans la moyenne des pays étudiés, et la progression des compétences selon la durée de résidence dans le pays est très limitée (OCDE, 2013 p. 75).

Le lieu de naissance de l'élève a ainsi, de façon indirecte, un lien avec les compétences relationnelles de l'élève relatives à sa santé.

#### 3.4.2. Sous l'angle du lieu de vie

Les indicateurs de contextes territoriaux élaborés par l'Atlas combinent des variables susceptibles d'agir sur l'échec scolaire et sur l'orientation des élèves. Cette analyse permet de distinguer des types de risques présentant des caractéristiques spécifiques (Boudesseul et al., 2016, p. 12). Selon leurs caractéristiques sociodémographiques et économiques, leur impact sur l'éducation des élèves varie (Boudesseul et al., 2016, p. 13).

Les inégalités sociales s'accompagnent d'inégalités territoriales qui sont le résultat des inégalités socioéconomiques des territoires, et de l'offre et l'accessibilité locale de services sanitaires, sociaux et médico-sociaux (Cambois, Laborde et Robine, 2008, p. 2).

Selon les contextes, il existe des inégalités familiales ou institutionnelles. Ce peut être des discontinuités culturelles entre les familles et l'école (discontinuités linguistiques, discontinuités liées aux conceptions de l'école, discontinuités liées aux stratégies d'apprentissage privilégiées selon le milieu social, ou aux stratégies scolaires (Felouzis et al., 2016, p. 15).

L'environnement géographique est ainsi un des déterminants de la santé par ses disparités sociales liées à l'occupation du territoire en France (HCSP, 2009, p. 22). La variabilité de la répartition des catégories sociales au sein d'un territoire est observée quelle que soit l'échelle examinée : régionale, départementale ou dans une certaine mesure communale (HCSP, 2009, p. 10).

Ces environnements et leur organisation vont modeler les connaissances en santé des élèves, les informations qu'ils mobilisent, la gestion de leur santé, leurs relations avec les professionnels de santé et le réseau social qu'ils peuvent développer.

#### 3.4.3. Sous l'angle des conditions de vie

Le fait de vivre dans une famille monoparentale réduit la possibilité d'aide au travail à la maison et rend plus difficile l'arbitrage entre activité domestique et activité professionnelle. Pour les familles nombreuses, la réduction du temps d'aide aux devoirs peut être accentuée, sauf si l'aide se fait à l'intérieur de la fratrie (Boudesseul et al., 2016, p. 7).

Par ailleurs, les conditions de logement peuvent ajouter un effet de gestion de l'espace dû au surpeuplement (Goux & Maurin, 2002 ; Pirus, 2011 ; Boudesseul et al., 2016, p. 7). Dans le cadre de l'occupation d'un logement social les situations de surpeuplement sont plus fréquentes (Jacquot, 2007 ; Boudesseul et al., 2016, p. 7).

Par leur lien avec les différentes dimensions du HLQ, les variables sociodémographiques des élèves (la langue parlée à la maison, la nationalité du père, la nationalité de la mère, le sexe de l'élève, le département de scolarisation, le lieu de naissance, le lieu de vie) confirment leur relation avec la santé des élèves et particulièrement pour les élèves de lycées professionnels. L'enseignement professionnel reste la principale orientation des catégories sociales les moins favorisées, même si les proportions d'enfants d'ouvriers, non qualifiés et qualifiés, baissent (Cnesco, 2018 p. 16). De plus, les compétences en littératie, en numératie et en résolution de problèmes dans des environnements à forte composante technologique montrent également une corrélation positive avec le bien-être. En effet, dans tous les pays, les personnes qui obtiennent les niveaux les plus faibles sur l'échelle de compétence de littératie sont plus susceptibles de signaler être en mauvaise santé et elles ont aussi davantage tendance à ne pas faire confiance aux autres (OCDE, 2013 p. 239).

Ainsi la France est l'un des pays d'Europe occidentale où les écarts de santé entre les groupes sociaux sont parmi les plus importants, c'est pourquoi, la lutte contre les ISS et contre les inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) est l'un des quatre thèmes de la Stratégie nationale de santé 2018-2022<sup>74</sup>.

### **3.5. Les compétences et dimensions de LES sous-jacentes et le HLQ**

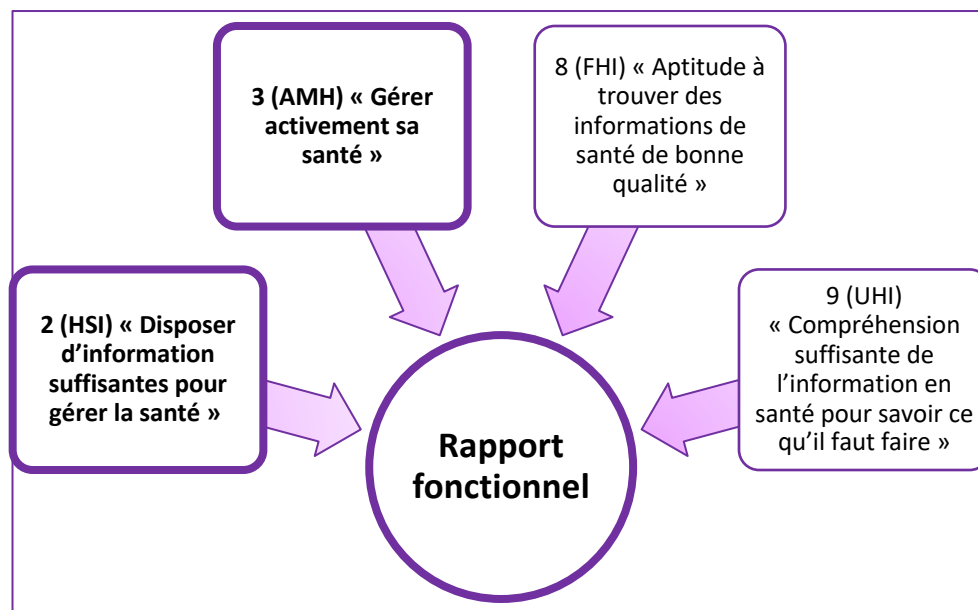
#### **3.5.1. Les compétences fonctionnelles, interactives et critiques**

---

<sup>74</sup> Stratégie nationale de santé (SNS 2018-2022).  
[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_sns\\_2017\\_vdef.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf)

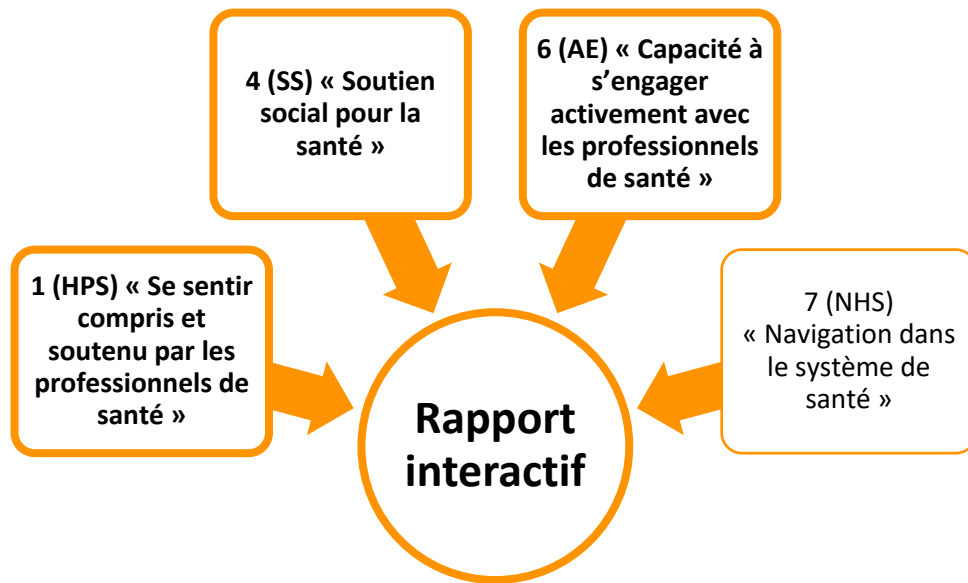
Comme nous l'avons vu, les travaux de Balcou-Debussche (2016, p. 93) basés sur les catégories de littératie en santé proposées par Don Nutbeam, nous permettent de distinguer en littératie en santé, trois types de rapports à la santé (Nutbeam, 2008, p. 2076) : un rapport fonctionnel en lien avec des tâches dans des situations au quotidien et sans regard critique, un rapport interactif qui induit des compétences cognitives et sociales pour participer aux différentes formes de communication et appliquer des informations nouvelles, et un rapport critique mettant en œuvre des compétences cognitives et sociales plus avancées, appliquées à une analyse critique des informations et à leur utilisation pour exercer un plus grand contrôle sur les événements de la vie (Balcou-Debussche, 2016, p. 93).

Ainsi les échelles du HLQ peuvent s'inscrire dans ces différents rapports à la santé. Des compétences fonctionnelles nous semblent sous-jacentes dans les échelles : 2 (HSI), 3 (AMH), 8 (FHI), et 9 (UHI) (cf. figure 69).



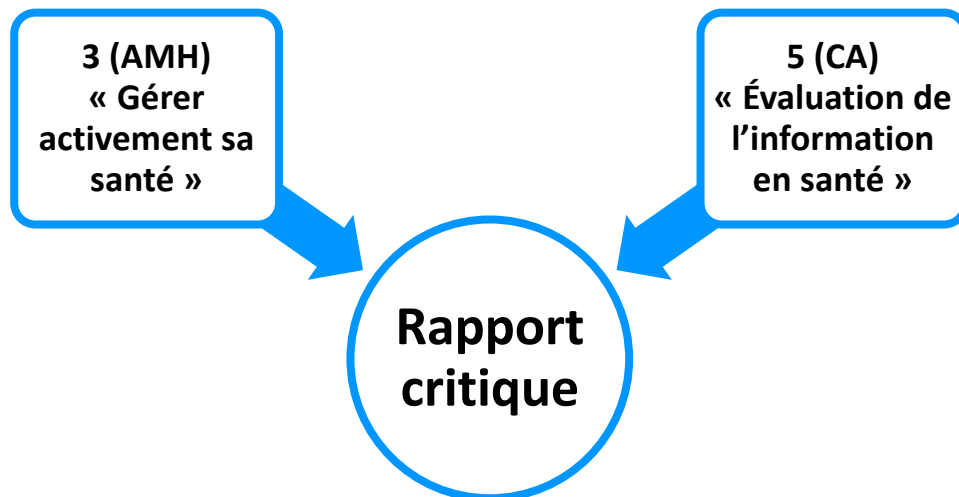
**Figure 69.** *Compétences fonctionnelles sous-jacentes dans les échelles du HLQ.*

Nous pouvons aussi distinguer des compétences plutôt interactives avec les échelles : 1 (HPS), 4 (SS), 6 (AE), et 7 (NHS) (cf. figure 70).



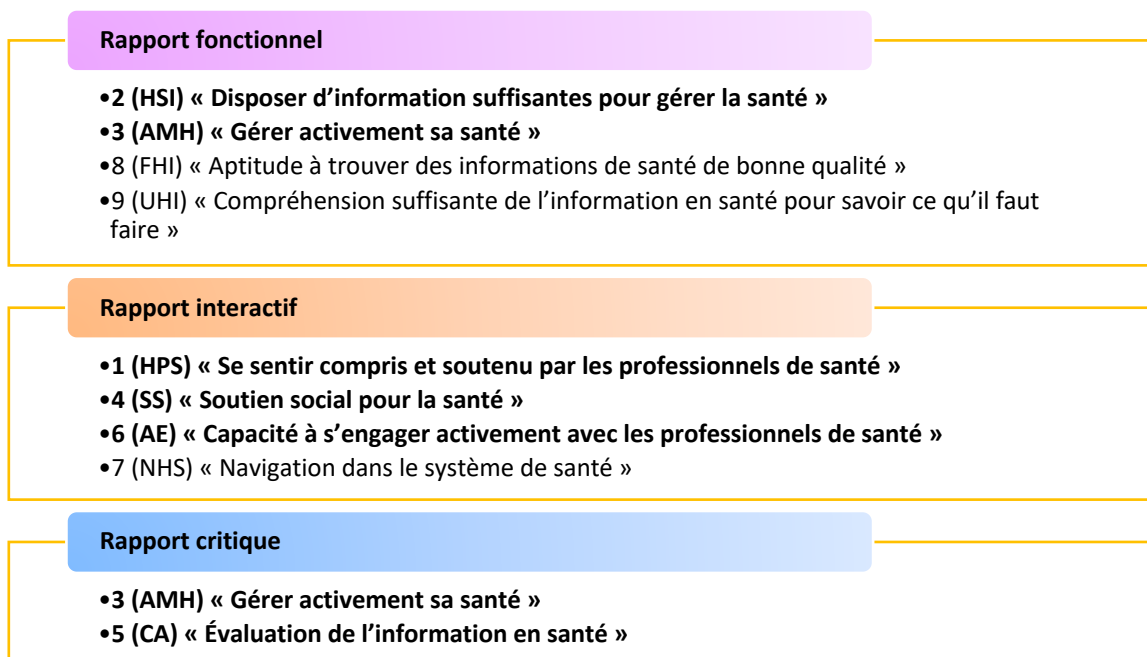
**Figure 70.** *Compétences interactives sous-jacentes dans les échelles du HLQ.*

Et enfin, nous apercevons également des compétences qui seraient davantage critiques : 3 (AMH), et 5 (CA) (cf. figure 71).



**Figure 71.** *Compétences critiques sous-jacentes dans les échelles du HLQ.*

Nous pourrions ainsi regrouper les échelles de littératie en santé du HLQ selon leur rapport de la façon suivante (cf. figure 72) :



**Figure 72.** Synthèse des types de rapport sous-jacents en littératie en santé des échelles du *HLQ*.

Nous constatons que les échelles du HLQ les plus corrélées aux variables sociodémographiques (2 -HSI, 4 -SS, 6 -AE, 1 -HPS, 3 -AMH, et 5 -CA)<sup>75</sup> sont proportionnellement davantage liées à des rapports interactifs et critiques de littératie en santé.

Autrement dit, les compétences fonctionnelles de littératie en santé sous-jacentes, c'est à dire en lien avec les tâches de situations du quotidien et sans regard critique, sont les moins corrélées aux principales variables sociodémographiques de notre étude, à savoir : la langue parlée à la maison, la nationalité du père, la nationalité de la mère et le sexe de l'élève.

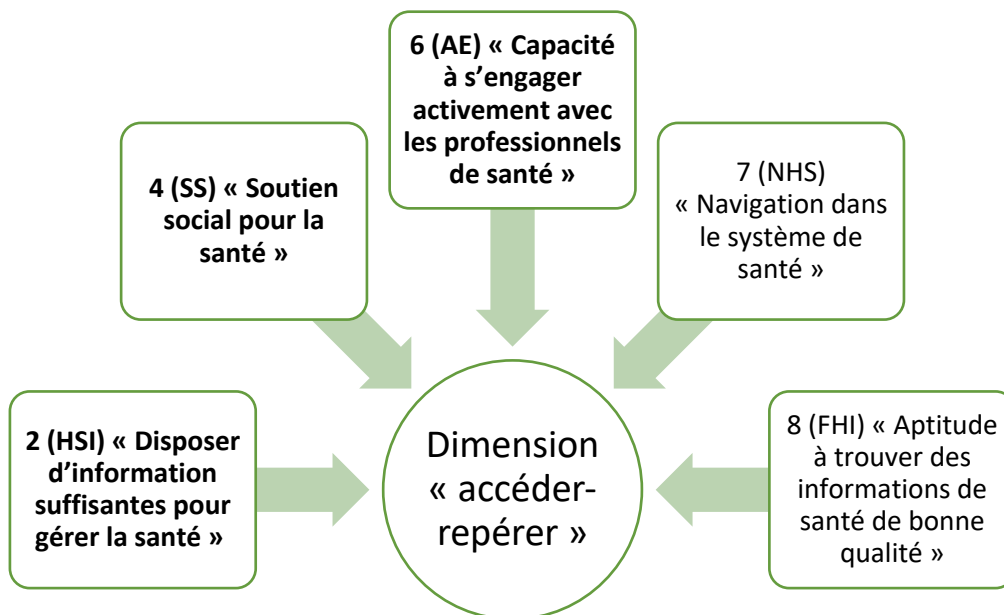
À l'inverse, les compétences interactives, induisant des compétences cognitives et sociales pour participer aux différentes formes de communication et appliquer des informations nouvelles, et les compétences critiques, mettant en œuvre des compétences cognitives et sociales plus avancées, appliquées à une analyse critique des informations et à leur utilisation sont les compétences sous-jacentes les plus corrélées aux principales variables sociodémographiques des élèves.

<sup>75</sup> Les échelles du HLQ les plus corrélées aux variables sociodémographiques apparaissent en gras dans les schémas.

### 3.5.2. Les dimensions : « accéder-repérer », « comprendre », « évaluer », et « appliquer-utiliser »

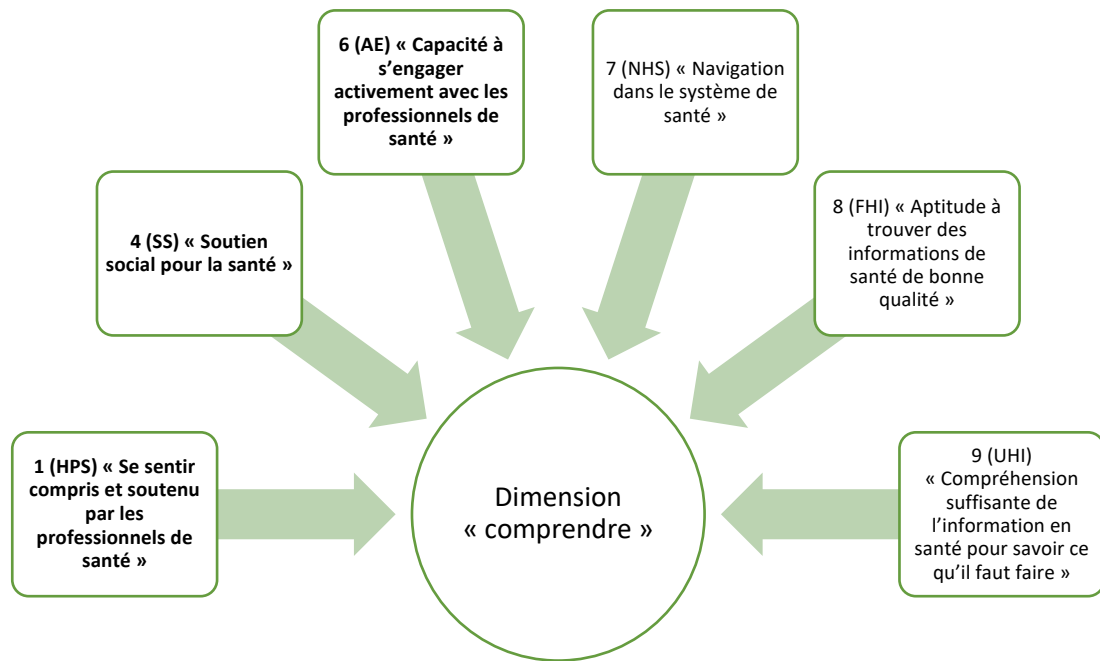
Comme pour les types de rapport à la littératie en santé, nous distinguons dans les échelles du HLQ, des dimensions de littératie en santé sous-jacentes. Nous pouvons ainsi classer les échelles dans les quatre dimensions de la LES : « accéder-repérer », « comprendre », « évaluer », et « appliquer-utiliser » des informations sur la santé pour maintenir ou améliorer la qualité de la vie telles que définies par Van Den Broucke et Renwart (2014, p. 4).

Nous distinguons alors la dimension « accéder-repérer » à travers les échelles : 2 (HSI), 4 (SS), 6 (AE), 7 (NHS), et 8 (FHI) (cf. figure 73).



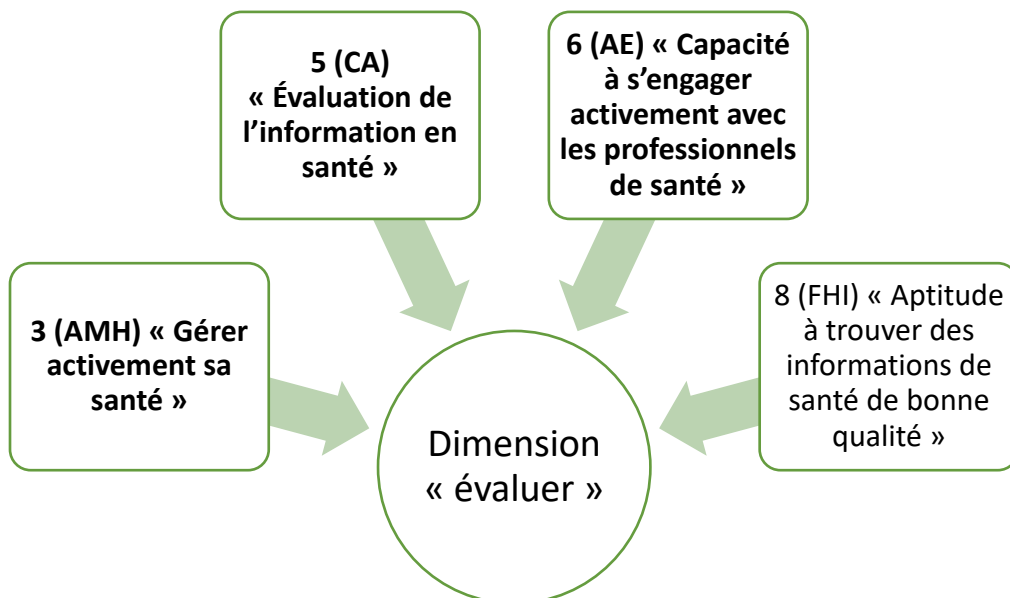
**Figure 73.** Dimension « accéder-repérer » de la LES sous-jacente dans les échelles du HLQ.

Nous remarquons aussi la présence sous-jacente de la dimension « comprendre », avec les échelles : 1 (HPS), 4 (SS), 6 (AE), 7 (NHS), 8 (FHI), et 9 (UHI) (cf. figure 74).



**Figure 74.** Dimension « comprendre » de la LES sous-jacente dans les échelles du HLQ.

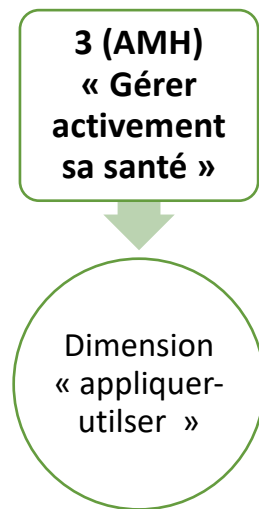
Nous percevons aussi la dimension « évaluer », avec les échelles : 3 (AMH), 5 (CA), 6 (AE), et 8 (FHI) (cf. figure 75).



**Figure 75.** Dimension « évaluer » de la LES sous-jacente dans les échelles du HLQ.

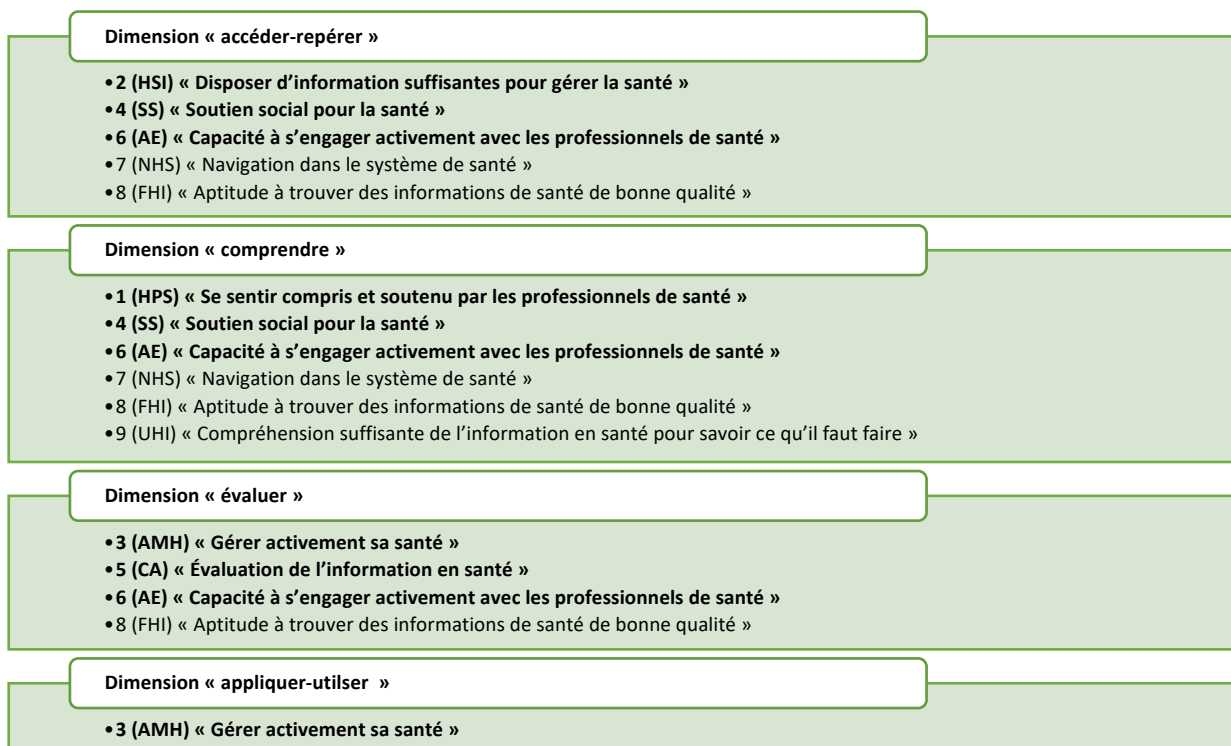


Enfin, nous repérons également la dimension « appliquer-utiliser », avec l'échelle 3 (AMH) (cf. figure 76).



**Figure 76.** Dimension « appliquer-utiliser » de la LES sous-jacente dans les échelles du HLQ.

Nous pourrions ici aussi regrouper les échelles de littératie en santé du HLQ selon les dimensions de la façon suivante (cf. figure 77) :



**Figure 77.** Synthèse des dimensions de LES sous-jacentes dans les échelles du HLQ.

De la même façon, nous observons que les échelles du HLQ les plus corrélées aux variables sociodémographiques (2 -HSI, 4 -SS, 6 -AE, 1 -HPS, 3 -AMH, et 5 -CA)<sup>76</sup> sont relativement bien réparties entre les dimensions « accéder-repérer » (rapport de 0,6), « comprendre » (rapport de 0,5), et « évaluer » (rapport de 0,45) mais pour la dimension « appliquer-utiliser » dans laquelle s'inscrit l'échelle 3 (AMH), la corrélation avec les variables est totale (rapport de 1). Autrement dit, les dimensions de littératie en santé relatives à l'accès, à la compréhension, et à l'évaluation sont modérément liées aux principales variables sociodémographiques (la langue parlée à la maison, la nationalité du père, la nationalité de la mère et le sexe de l'élève), alors que la dimension « appliquer-utiliser » est entièrement corrélée aux variables sociodémographiques en l'occurrence dans notre étude, il s'agit du sexe, de la nationalité du père, et du département ou territoire de scolarisation.

Ainsi les échelles du HLQ les plus corrélées aux variables sociodémographiques (2 - HSI, 4 -SS, 6 -AE, 1 -HPS, 3 -AMH, et 5 -CA) sont les plus liées à des rapports interactifs et critiques de littératie en santé, et la dimension « appliquer-utiliser » pour les élèves reposent essentiellement sur leurs caractéristiques sociodémographiques.

Ces différentes compétences pourraient s'expliquer à travers le cadre théorique proposé par Coulet (2010, p. 52).

---

<sup>76</sup> Les échelles du HLQ les plus corrélées aux variables sociodémographiques apparaissent en gras dans les schémas.

## **Pour résumer**

Les compétences fonctionnelles de littératie en santé en lien avec des tâches du quotidien et sans regard critique, sont les moins corrélées aux principales variables sociodémographiques, alors que les compétences interactives pour participer aux différentes formes de communication et appliquer des informations nouvelles, et les compétences critiques, appliquées à une analyse critique des informations et à leur utilisation sont les plus corrélées aux principales variables sociodémographiques des élèves.

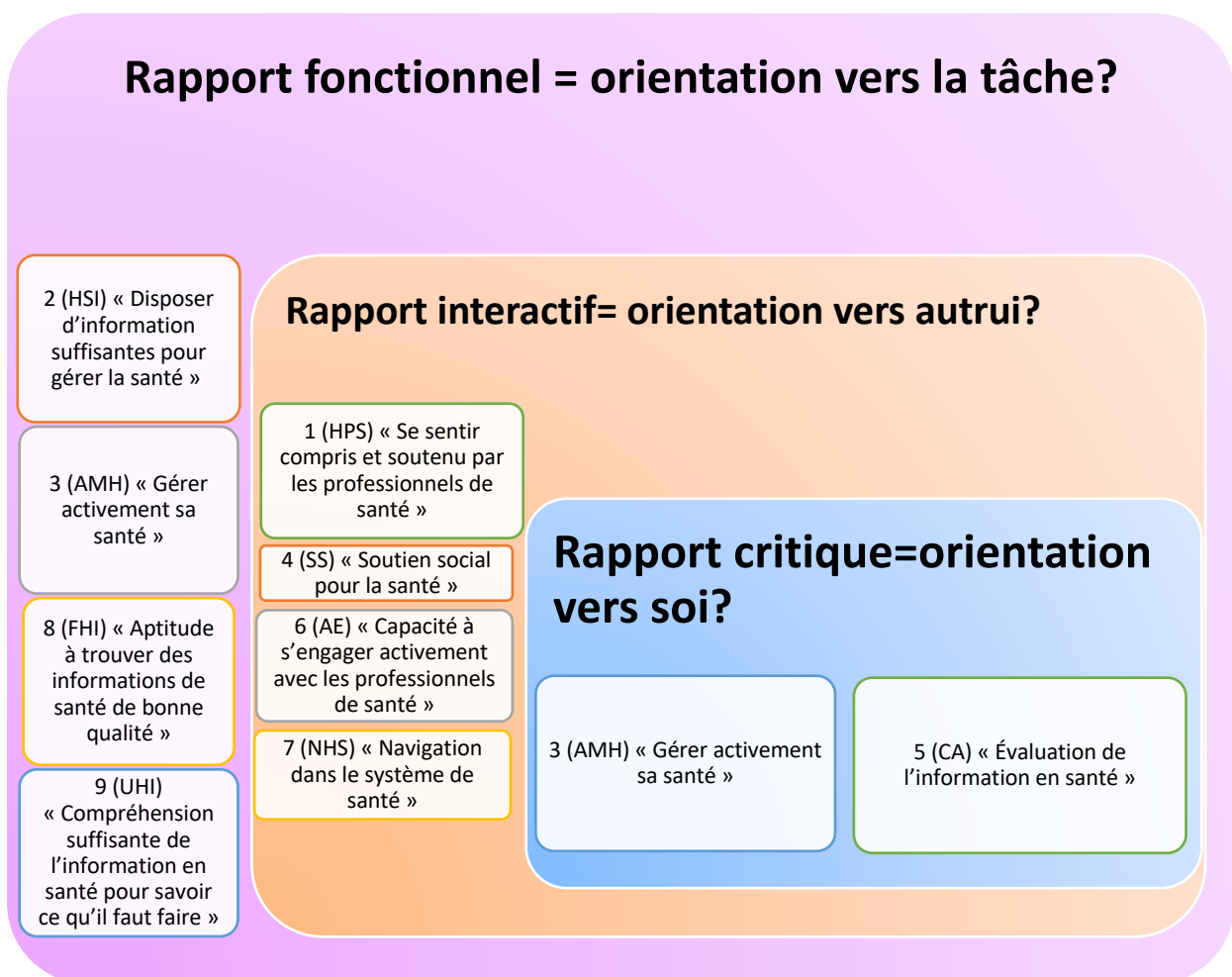
La dimension « appliquer-utiliser » quant à elle, est entièrement corrélée aux variables sociodémographiques que sont : le sexe, la nationalité du père, et le département de scolarisation, contrairement aux autres dimensions « accéder-repérer », « comprendre », et « évaluer ».

Le cadre théorique proposé par Coulet (2010, p. 52), nous permet de concevoir les éléments susceptibles de participer à la mise en œuvre de ces compétences dans un contexte déterminé qui serait pour nous celui des départements de scolarisation. Les schèmes comportent quatre éléments constitutifs que sont : les « invariants opératoires », les « inférences », les « règles d'action », et les « anticipations ». Nous pourrions transposer les éléments constitutifs des schèmes aux quatre dimensions de littératie en santé : « invariants opératoires » pour l'accès aux connaissances, aux valeurs, aux principes, aux croyances, aux concepts... (dimension « accéder-repérer »), « inférences » pour la compréhension permettant les ajustements selon les circonstances (dimension « comprendre »), « règles d'action » pour produire des résultats, traiter des tâches dans des situations données (dimension « évaluer »), et « anticipations », pour les résultats attendus et leur qualité lors d'une mise en œuvre (dimension « appliquer-utiliser »).

L'ensemble de ces éléments regroupant des dimensions différentes de littératie en santé peut à son tour représenter l'aspect fonctionnel des compétences de la littératie en santé.

Par ailleurs, dans le cadre d'une activité constructive, une régulation en boucle courte se limite plutôt à une régulation au niveau des règles d'action, alors qu'une régulation en boucle longue émane plutôt d'une compréhension des raisons de la réussite ou de l'échec, c'est pourquoi, de meilleures compétences (liées à l'expertise) reposent sur l'analyse des résultats, alors que des compétences moins adaptées sont corrélées à la volonté de réussir.

Enfin, toute activité se met en œuvre sur trois plans distincts : l'orientation vers l'objet de l'activité, l'orientation vers autrui, l'orientation vers soi. Là encore nous proposons de transposer ces trois plans aux trois types de rapports à la santé : le rapport fonctionnel pour l'orientation vers la tâche (analyse de la situation, mise en œuvre...), le rapport interactif pour l'orientation vers autrui (respect des normes, communication avec les pairs, les institutions...), et enfin, le rapport critique pour l'orientation vers soi (évaluation de ses propres activités, capitalisation de l'expérience, actualisation des compétences...) (cf. figure 78).



**Figure 78.** Catégorisation des types de rapport sous-jacents de LES des échelles du HLQ selon l'orientation de la compétence.

## Conclusion

La littératie en santé (LES) englobe « les capacités des individus à lire et à comprendre des informations relatives à la santé, leur aptitude à communiquer en matière de santé, ainsi que leur capacité à évaluer et critiquer les informations liées à la santé. L'ensemble est pensé dans une perspective d'autonomisation et de meilleure gestion de sa propre santé ainsi que de celle de la collectivité dans des environnements sociaux, économiques et culturels variés » (Balcou-Debussche, 2016, p. 91).

La première partie de nos travaux de recherche repose essentiellement sur le focus group mené en lycée professionnel. La deuxième partie de nos travaux est basée sur notre questionnaire reliant les caractéristiques sociodémographiques des élèves de lycées professionnels et les neuf échelles du HLQ proposées par le Pr Osborne. Nos travaux sont conduits de telles sortes à pouvoir apporter des éléments de réponse à notre hypothèse générale affirmant que le niveau de littératie en santé des élèves de LP est faible et qu'elle ne permet pas d'atténuer l'effet négatif d'un faible niveau d'études (Vancorenland et al., 2015, p. 4).

Pour cela nous avons une première hypothèse spécifique qui est que ces élèves de LP rencontrent des difficultés en littératie en santé, sur le plan fonctionnel, interactif et critique. Notre première étape montre la présence de ces inégalités sociales dans les discours des élèves et que celles-ci pourraient avoir un impact sur leur niveau de littératie en santé dans le sens où les conséquences de ces inégalités sur leur quotidien ne leur permettent pas de prendre de la distance et d'avoir un regard critique pour développer des compétences en santé aussi bien sur le plan fonctionnel, qu'interactif, que critique.

Notre deuxième hypothèse présupposait que ces difficultés de littératie en santé étaient présentes dans les quatre dimensions de la LES : « accéder-repérer », « comprendre », « évaluer », et « appliquer-utiliser » des informations sur la santé pour maintenir ou améliorer la qualité de la vie telles que définies par Van Den Broucke et Renwart (2014, p. 4).

Nos analyses du discours montrent que les dimensions les plus fréquentes dans les discours sont celles de la compréhension de l'évaluation et que pour chacune des dimensions les compétences restent très fonctionnelles ou interactives mais peu critiques.

Cependant, ces premiers résultats de nos travaux ne permettaient pas de valider nos hypothèses, ils nécessitaient d'être complétés par la deuxième partie de notre étude basée sur un questionnaire comportant le HLQ - Health Literacy Questionnaire- proposé par le Pr Osborne, dont la version française a été initiée par Maryvette Balcou-Debusse et Xavier Debusse, et une deuxième partie du questionnaire explorant les caractéristiques sociodémographiques des élèves.

Concernant notre première hypothèse spécifique supposant que les élèves de LP rencontrent des difficultés en littératie en santé, sur le plan fonctionnel, interactif et critique. Notre deuxième étape dévoile, comme la première étape, la présence des inégalités sociales de santé des élèves puisque nous observons que certaines échelles du HLQ sont très corrélées aux variables sociodémographiques et qu'elles sont proportionnellement davantage liées à des rapports interactifs et critiques de littératie en santé.

Les compétences de littératie en santé pour lesquelles les élèves rencontrent le moins de difficultés sont les compétences fonctionnelles de littératie en santé, c'est à dire en lien avec les tâches de situations du quotidien et sans regard critique ; elles apparaissent comme les moins corrélées aux principales variables sociodémographiques alors que, les compétences interactives et les compétences critiques, sont les plus corrélées aux principales variables sociodémographiques des élèves et donc les plus soumises aux inégalités sociales de santé. À nouveau, nous pouvons considérer que celles-ci pourraient avoir un effet sur leur niveau de littératie en santé dans le sens où les conséquences de ces inégalités sur leur quotidien ne leur permettent pas de prendre de la distance et d'avoir un regard critique pour développer des compétences en santé aussi bien sur le plan fonctionnel, qu'interactif, que critique.

Notre deuxième hypothèse présupposait que ces difficultés de littératie en santé étaient présentes dans les quatre dimensions de la LES : « accéder-repérer », « comprendre », « évaluer », et « appliquer-utiliser » des informations sur la santé pour maintenir ou améliorer la qualité de la vie telles que définies par Van Den Broucke et Renwart (2014, p. 4). Nous remarquons que les échelles du HLQ les plus corrélées aux variables sociodémographiques sont assez bien réparties entre les quatre dimensions de LES mais que pour la dimension « appliquer-utiliser » dans laquelle s'inscrit l'échelle 3 (AMH), la corrélation avec les variables est complète. Nous pouvons ainsi estimer que ces difficultés liées aux inégalités sociales de santé sont bien présentes dans les quatre dimensions de LES.

Ainsi nos résultats pourraient valider nos deux hypothèses, à savoir que les élèves de LP rencontrent des difficultés en littératie en santé, sur le plan fonctionnel, interactif et critique et que ces difficultés de littératie en santé seraient présentes dans les quatre dimensions de la LES : « accéder-repérer », « comprendre », « évaluer », et « appliquer-utiliser » des informations sur la santé.

Des biais subsistent cependant ; ils sont liés à notre méthodologie de recherche, aux choix que nous avons faits mais aussi au peu de maîtrise que nous avons ensuite sur les établissements, sur leurs filières, leur zone géographique..., puisque nous étions soumis à l'acceptation des chefs d'établissement, des professeurs, des parents, et des élèves. Aussi, notre échantillon comportait plus de filles que de garçons alors que les garçons sont plus nombreux en LP. Néanmoins pour ce qui est des origines sociales, notre échantillon reste représentatif des catégories socioprofessionnelles des parents.

Ainsi ce travail nous laisse estimer que pour développer des compétences de littératie en santé, il est nécessaire d'aller au-delà des compétences fonctionnelles chez les élèves en favorisant des activités constructives visant des régulations en boucles longues, c'est-à-dire en travaillant sur la compréhension et l'analyse des résultats pour éviter d'avoir pour seul objectif la performance et induisant alors un manque de discernement et limitant l'étendue de la compétence. Cela permettrait d'étayer les rapports interactif et critique en santé puisqu'ils sont les plus fragiles face aux inégalités sociales de santé.

En effet, la LES n'est pas un déterminant de la santé ordinaire, il est important de développer ces compétences en santé, pour ne pas accentuer les inégalités sociales de santé en Lycées professionnels. La LES pourrait alors jouer un rôle de médiation entre les inégalités sociales et les inégalités de santé qui leur sont liées.

D'ailleurs, la stratégie nationale de santé (SNS 2018-2022) vise à développer dès le plus jeune âge l'éducation pour la santé et les compétences psychosociales<sup>77</sup>. Elle constate que les comportements des individus, leurs modes de vie et les inégalités de santé sont en partie

---

<sup>77</sup> Stratégie nationale de santé (SNS 2018-2022).  
[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_sns\\_2017\\_vdef.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf)

déterminés par la littératie en santé (SNS 2018-2022, p. 79). Selon la SNS, ces compétences doivent se développer dès le plus jeune âge, et tout au long de la vie, notamment grâce à l'éducation à la santé. L'Éducation nationale participe en effet déjà à cette stratégie notamment avec la mise en œuvre du parcours éducatif de santé. La SNS souligne ainsi qu'il sera nécessaire d'intégrer la littératie en santé et l'éducation pour la santé dans tous les programmes d'enseignement et garantir la mise en œuvre effective du parcours éducatif de santé de la maternelle au lycée (SNS 2018-2022, p. 79).

Les usages de la langue entre pairs et dans la famille pour mettre en mots le travail cognitif ont une place importante dans le développement de la littératie en santé. Comme les pratiques langagières diffèrent selon les classes sociales, nous pouvons envisager, pour rompre avec cette chaîne de processus inégalitaires, de développer ces compétences chez élèves, leur permettant ainsi de développer leurs compétences en santé. Pour cela, il est nécessaire d'agir sur les trois mécanismes à l'origine de ces inégalités.

Concernant la ségrégation, il est possible d'agir dès l'école maternelle sur les pratiques langagières. Cela passe par la formation des enseignants qui doivent comme les élèves prendre conscience des enjeux langagiers et cognitifs des situations scolaires en rendant explicites les apprentissages par un cadrage fort (Bernstein, 2007).

Pour ce qui est de l'offre de formation, il est important de valoriser la formation professionnelle pour renforcer l'estime que les élèves ont d'eux-mêmes et ainsi leur permettre de développer des compétences psychosociales. Cela passe à la fois par un travail de communication au niveau des établissements scolaires mais aussi auprès des enseignants, des parents, des professionnels... Cela est rendu possible aussi bien par le travail des professeurs de lycées professionnels qui mettent en place des situations d'apprentissage valorisant leurs élèves en leur permettant de réussir par des apprentissages explicites, par une approche par compétences liée aux référentiels de formation, et par des réussites des temps de formation en milieux professionnels.

Pour ce qui est de la pédagogie invisible (Bernstein, 2007), il est indispensable de continuer à développer les pratiques favorables au développement de compétences en littératie en santé des élèves. Les cadres explicites formalisés dans l'approche par compétences et pensés par les professeurs de lycées professionnels pourraient aller dans ce sens. Il faudrait les rendre



visibles aussi bien aux élèves qu'aux enseignants, c'est-à-dire que chacun prenne conscience des enjeux langagiers et cognitifs des situations scolaires.

Par ailleurs nous pourrions envisager de renforcer les compétences en santé et la littératie en santé particulièrement chez les élèves de lycées professionnels puisqu'ils travaillent plus tôt que les élèves de la voie technologique ou générale. En effet, ces élèves de LP sont confrontés au monde professionnel plus tôt, que ce soit lors des PFMP ou lors de leur entrée dans la vie active. Ils sont ainsi face aux inégalités sociales de santé plus précocement. Pour une plus grande équité face à l'accès aux soins et pour réduire ces ISS, il est possible d'utiliser plusieurs leviers développant la littératie en santé :

- L'enseignement de la PSE inscrit dans le parcours professionnel de l'élève de façon plus visible et individualisée, et qui viserait un renforcement des compétences en santé,
- Un parcours santé faisant parti de la formation professionnelle de tous les élèves avec un partenariat plus fort avec les acteurs de santé dans le cadre du monde professionnel,
- Des CESC favorisant ce développement de compétences en santé chez tous les élèves et réunissant les acteurs de la communauté éducative, le monde professionnel et les acteurs de santé.
- Une utilisation des référentiels de formation privilégiant lors des activités des régulations en boucles longues permettant une compréhension des raisons de la réussite ou de l'échec, et développant ainsi des compétences reposant sur l'analyse des résultats.

Ainsi plusieurs pistes peuvent être envisagées et exploitées dans le cadre de la formation des élèves de lycées professionnels qui viseraient à la fois le développement de compétences en santé, une meilleure qualité de soin possible, une équité face à l'accès aux soins, ... et surtout une réduction des inégalités sociales de santé persistantes.

## Références bibliographiques

### 1. Articles de revue

- Abdallah-Preteuille, M. (2004). Quelle anthropologie pour l'éducation et la formation ?  
*Pratiques de formation : analyses*. pp. 174-175
- Alamargot, D., Lambert, E., & Chanquoy, L. (2005). La production écrite et ses relations avec la mémoire. *Approche Neuropsychologique des Acquisitions de l'Enfant*. 17, 41-46.
- Apolinario, D., Mansur, L. L., Carthery-Goulart, M. T., Brucki, S. M. D., & Nitrini, R. (2015). Cognitive predictors of limited health literacy in adults with heterogeneous socioeconomic backgrounds. *Journal of Health Psychology*, 20(12), 1613-1625.  
<https://doi.org/10.1177/1359105313520337>
- Baudier, F., Destaing, L., & Michaud, C. (2013). L'éducation pour la santé dans les Agences régionales de santé en 2012 : Constats et analyses. *Santé Publique*, S2(HS2), 101.  
<https://doi.org/10.3917/spub.133.0101>
- Bautier, E. (2006). Le rôle des pratiques des maîtres dans les difficultés scolaires des élèves : Une analyse de pratiques intégrant la dimension des difficultés socialement différenciées. *Recherche & formation*, 51, 105-118.  
<https://doi.org/10.4000/rechercheformation.497>
- Bautier, É. (2009). Quand le discours pédagogique entrave la construction des usages littéraciés du langage. *Pratiques*, 143-144, 11-26.  
<https://doi.org/10.4000/pratiques.1378>
- Bautier, É. (2016). Et si l'oral pouvait permettre de réduire les inégalités ? *Les dossiers des sciences de l'éducation*, 36, 109-129. <https://doi.org/10.4000/dse.1397>

- Bautier, É., Crinon, J., Delarue-Breton, C., & Marin, B. (2012). Les textes composites : Des exigences de travail peu enseignées ? *Repères*, (45), 63-79.  
<https://doi.org/10.4000/reperes.136>
- Ben-Arieh, A., & Frønes, I. (2007). Indicators of Children's Well being : What should be Measured and Why? *Social Indicators Research*, 84(3), 249-250.  
<https://doi.org/10.1007/s11205-007-9183-6>
- Berchet, C., & Jusot, F. (2009). Inégalités de santé liées à l'immigration et capital social : Une analyse en décomposition. *Économie publique/Public economics*, 24-25, 73-100.
- Berchet, C., & Jusot, F. (2010). L'état de santé des migrants de première et de seconde génération en France : Une analyse selon le genre et l'origine. *Revue économique*, 61(6), 1075. <https://doi.org/10.3917/reco.616.1075>
- Berchet, C., & Jusot, F. (2012). État de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français. *Questions d'Économie de la Santé*, Irdes, 172. En ligne : <http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes172.pdf>
- Berger, D. & Jourdan, J. (2005). De l'utilité de clarifier les référents théoriques de l'éducation pour la santé. *La santé de l'homme* (377).
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low Health Literacy and Health Outcomes : An Updated Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>
- Bernard, P.-Y., & Troger, V. (2012). La réforme du baccalauréat professionnel en trois ans ou l'appropriation d'une politique éducative par les familles populaires ? *Éducation et sociétés*, 30(2), 131. <https://doi.org/10.3917/es.030.0131>
- Bernardin, J. (2011). L'entrée dans le monde de l'écrit. *Le français aujourd'hui*, 174(3), 27.  
<https://doi.org/10.3917/lfa.174.0027>

- Borgonovi, F., & Pokropek, A. (2016). Education and Self-Reported Health : Evidence from 23 Countries on the Role of Years of Schooling, Cognitive Skills and Social Capital. *PLOS ONE*, 11(2), e0149716. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0149716>
- Bourdieu, P. (1966). L'école conservatrice : Les inégalités devant l'école et devant la culture. *Revue Française de Sociologie*, 7(3), 325. <https://doi.org/10.2307/3319132>
- Bricard, D., Jusot, F., & Tubeuf, S. (2010). Les modes de vie : un canal de transmission des inégalités de santé ? Questions d'Économie de la Santé, Irdes, 154. En ligne : <http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes154.pdf>
- Brinbaum, Y. (2019). Trajectoires scolaires des enfants d'immigrés jusqu'au baccalauréat : rôle de l'origine et du genre- résultats récents. *Éducation & formations*, 100, 73-104.
- Cambois, E., Laborde, C., & Robine, J.-M. (2008). La « double peine » des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte. *Population & Sociétés*, 441.
- Carde, E. (2007). Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. *Santé Publique*, 19(2), 99. <https://doi.org/10.3917/spub.072.0099>
- Coulet, J.-C. (2010). La « référentialisation » des compétences à l'école, conceptions et mises en œuvre : Des attendus aux malentendus. *Recherche & formation*, 64, 47-62. <https://doi.org/10.4000/rechercheformation.199>
- Coulet, J.-C. (2011). La notion de compétence : Un modèle pour décrire, évaluer et développer les compétences. *Le travail humain*, 74(1), 1. <https://doi.org/10.3917/th.741.0001>
- Coulet, J.-C. (2016). Les notions de compétence et de compétences clés : L'éclairage d'un modèle théorique fondé sur l'analyse de l'activité. *Activités*, 13(1). <https://doi.org/10.4000/activites.2745>
- Daniels, N. (2009). L'extension de la justice comme équité à la santé et aux soins de santé. *Raisons politiques*, 34(2), 9. <https://doi.org/10.3917/rai.034.0009>

- Desjardins, R. (2008). Editorial : European Journal of Education. *European Journal of Education*, 43(1), 7-9. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3435.2007.00339.x>
- Devaux, M., Jusot, F., Trannoy A., & Tubeuf S. (2007). Inégalités des chances en santé : influence de la profession et de l'état de santé des parents. *Questions d'Économie de la Santé* (Irdes), (118) : 1-6. En ligne : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes118.pdf>
- Dieguez, S., & Hemmerle, S. (2014). Le bilinguisme au-delà du langage : La thèse de la double personnalité. *Revue de neuropsychologie*, 6(3), 182. <https://doi.org/10.3917/rne.063.0182>
- Dinisman, T., Montserrat, C., & Casas, F. (2012). The subjective well-being of Spanish adolescents : Variations according to different living arrangements. *Children and Youth Services Review*, 34(12), 2374-2380. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.09.005>
- Dubet, F. (2020). Peut-on produire des inégalités justes dans un monde de promotion de l'égalité? : Conférence inaugurale du colloque Egalisup 5 mars 2020. *Éducation et socialisation*, 58. <https://doi.org/10.4000/edso.12892>
- Duée, M. (2006). Chômage parental de longue durée et échec scolaire des enfants. Données sociales : la Société française, Insee : 157-161.
- Easton, P., Entwistle, V. A., & Williams, B. (2010). Health in the « hidden population » of people with low literacy. A systematic review of the literature. *BMC Public Health*, 10(1), 459. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-459>
- Ehlinger, V., Spilka, S., & Godeau, E. (2016). Présentation de l'enquête HBSC sur la santé et les comportements de santé des collégiens de France en 2014. *Agora débats/jeunesses*, Horsséri(4), 7. <https://doi.org/10.3917/agora.hs01.0007>
- Etienne, B. (2011). Présentation. « L'écriture aggrave la pensée ». *Le français aujourd'hui*, 174(3), 3. <https://doi.org/10.3917/lfa.174.0003>

- Faure, M.-F. (2011). Littératie : Statut et fonctions de l'écrit. *Le français aujourd'hui*, 174(3), 19. <https://doi.org/10.3917/lfa.174.0019>
- Felouzis, G. (2003). La ségrégation ethnique au collège et ses conséquences. *Revue française de sociologie*, 44(3), 413. <https://doi.org/10.3917/rfs.443.0413>
- Ferron, C., & Tessier, S. (2005). Les fondements théoriques des actions d'éducation pour la santé : un enjeu pour leur développement. *La santé de l'homme* (377).
- Girard, A., & Bastide, H. (1963). La stratification sociale et la démocratisation de l'enseignement. *Population (French Edition)*, 18(3), 435. <https://doi.org/10.2307/1526719>
- Goux, D., & Maurin, É. (2000). La persistance du lien entre pauvreté et échec scolaire. *Portrait social*. Insee, 87-98.
- Goux, D., & Maurin, É. (2002). Surpeuplement du logement et retard scolaire des enfants. *Données sociales : la société française. Insee Références*, 455-478.
- Guével, M.-R., & Pommier, J. (2012). Recherche par les méthodes mixtes en santé publique : Enjeux et illustration. *Santé Publique*, 24(1), 23. <https://doi.org/10.3917/spub.121.0023>
- Guy, C. (2017). La littératie s'invite à l'école. *La santé en action*, 440. Santé publique France.
- (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European, Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health : A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Ichou, M. (2015). Origine migratoire et inégalités scolaires : Étude longitudinale des résultats scolaires des descendants d'immigrés en France et en Angleterre. *Revue française de pédagogie*, 191, 29-46. <https://doi.org/10.4000/rfp.4742>

- Jellab, A. (2005). Les enseignants de lycée professionnel et leurs pratiques pédagogiques : Entre lutte contre l'échec scolaire et mobilisation des élèves. *Revue française de sociologie*, 46(2), 295. <https://doi.org/10.3917/rfs.462.0295>
- Joigneaux, C. (2009). La construction de l'inégalité scolaire dès l'école maternelle. *Revue française de pédagogie*, 169, 17-28. <https://doi.org/10.4000/rfp.1301>
- Joigneaux, C. (2013). Littératie, forme et inégalités scolaires : Le cas de la « scolarisation » de l'école maternelle. *Le français aujourd'hui*, 183(4), 41. <https://doi.org/10.3917/lfa.183.0041>
- Laparra, M., & Margolinas, C. (2010). Milieu, connaissance, savoir. Des concepts pour l'analyse de situations d'enseignement. *Pratiques*, 145-146, 141-160. <https://doi.org/10.4000/pratiques.1534>
- Laparra, M., & Margolinas, C. (2011). Des savoirs transparents dans le travail des professeurs à l'école primaire. Rochex, J.-Y. & Crinon, J. La construction des inégalités scolaires, Presses Universitaires de Rennes : 19-32.
- Laparra, M., & Margolinas, C. (2012). Oralité, littératie et production des inégalités scolaires. *Le français aujourd'hui*, 177 (L'attention aux différences), 55-64.
- Lechevalier, A. (2001). Les enjeux d'une société juste. La société française. *Alternatives Économiques*. Hors-série 49.
- Leclere, F. B., Jensen, L., & Biddlecom, A. E. (1994). Health Care Utilization, Family Context, and Adaptation Among Immigrants to the United States. *Journal of Health and Social Behavior*, 35(4), 370. <https://doi.org/10.2307/2137215>
- Luis, É., Lamboy, B. (2015). Les compétences psychosociales : définition et état des connaissances. *La santé en action*, (431) : 12-16.

- Marmot, M. G., Rose, G., Shipley, M., & Hamilton, P. J. (1978). Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 32(4), 244-249. <https://doi.org/10.1136/jech.32.4.244>
- Marmot, M. G. (2006). Status Syndrome: A Challenge to Medicine. *JAMA*, 295(11), 1304. <https://doi.org/10.1001/jama.295.11.1304>
- Massé, R. (2012). Stigmatisation sociale et santé publique : les enjeux éthiques. *La santé de l'homme* (419)
- Merle, P. (2002). Démocratisation ou accroissement des inégalités scolaires ? : L'exemple de l'évolution de la durée des études en France (1988-1998). *Population*, 57(4), 633. <https://doi.org/10.3917/popu.204.0633>
- Moquet, M.J. (2008). Comment réduire les inégalités sociales de santé ? *La santé de l'homme* (397).
- Moreau, A., Dedienne, M-C., Letrilliart, L., Le Goaziou, M-F., Labarère, J. & Terra, J-L (2004). S'appropriier la méthode du focus group. *La Revue du Praticien Médecine Générale* ; 18 (645) : 382-384.
- Murat, F. (2009). Le retard scolaire en fonction du milieu parental : L'influence des compétences des parents. *Économie et statistique*, 424(1), 103-124. <https://doi.org/10.3406/estat.2009.8033>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Osborne, R., Batterham, R.W., Elsworth, G.R., Hawkins, M. et Buchbinder, R. (2013). The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*, 13(658).



- Pelikan, J. M., Ganahl, K., & Roethlin, F. (2018). Health literacy as a determinant, mediator and/or moderator of health : Empirical models using the European Health Literacy Survey dataset. *Global Health Promotion*, 25(4), 57-66. <https://doi.org/10.1177/1757975918788300>
- Pirus, C. (2011). Les conditions d'habitat des enfants : poids des structures familiales et de la taille de la fratrie. *Insee Références*, Insee, 173-190.
- Rebih, L. (2018). Approches en éducation à la santé en lycée professionnel. *Revue Éducation, Santé, Sociétés*, Vol. 4, No. 1.
- Reuter, Y. (2001). La « prise en compte » des pratiques extrascolaires de lecture et d'écriture : Problèmes et enjeux. *Repères*, 23(1), 9-31. <https://doi.org/10.3406/reper.2001.2354>
- Rootman, I., & Ronson, B. (2005). Literacy and health research in Canada : Where have we been and where should we go? *Canadian Journal of Public Health = Revue Canadienne De Santé Publique*, 96 Suppl 2, S62-77.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J. M., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., ... Brand, H. (2013). Measuring health literacy in populations: Illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*, 13(1), 948. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-948>
- Spilka, S., Godeau, E., Le Nézet O., Ehlinger V., Janssen, E., Brissot, A., Philippon, A., Chyderiotis, S., (2019). Usages d'alcool, de tabac et de cannabis chez les adolescents du secondaire en 2018. *Tendances, OFDT (132)*. <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxssz6.pdf>
- Stormacq, C., Van den Broucke, S., & Wosinski, J. (2019). Does health literacy mediate the relationship between socioeconomic status and health disparities? Integrative review. *Health Promotion International*, 34(5), e1-e17. <https://doi.org/10.1093/heapro/day062>

- Thélot, C., & Vallet, L.-A. (2000). La réduction des inégalités sociales devant l'école depuis le début du siècle. *Économie et statistique*, 334(1), 3-32. <https://doi.org/10.3406/estat.2000.7526>
- Tondeur, L., & Baudier, B. (1996). Le développement de l'éducation pour la santé en France : aperçu historique, actualité et dossier en santé publique. *ADSP*. 16 : 3-6.
- Touré, E.H. (2010). Réflexion épistémologique sur l'usage des focus groups : fondements scientifiques et problèmes de scientificité. Entretiens de groupe : concepts, usages et ancrages. *Recherches qualitatives-vol. 29*. pp. 5-27. En ligne : <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/revue.html>
- Vancorenland, S. & al. (2015). Bilan des connaissances des Belges en matière de santé. *Éducation Santé*. 315 : 2-5.  
En ligne : [http://educationsante.be/media/filer\\_public/f0/1f/f01f93c0-bd87-4443-b588-99a49566fe18/es\\_315\\_oct15\\_lr.pdf](http://educationsante.be/media/filer_public/f0/1f/f01f93c0-bd87-4443-b588-99a49566fe18/es_315_oct15_lr.pdf)
- Van Den Broucke, S. (2014). Health literacy : A critical concept for public health. *Archives of Public Health*, 72(1), 10, 2049-3258-72-10. <https://doi.org/10.1186/2049-3258-72-10>
- Van Den Broucke, S., & Renwart, A. (2014). *La littératie en santé en Belgique : un médiateur des inégalités sociales et des comportements de santé*. Louvain-la-Neuve : Université catholique de Louvain, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Institut de recherche en sciences psychologiques. En ligne : <https://alfresco.uclouvain.be/alfresco/service/guest/streamDownload/workspace/SpaceSStore/b6374a8a-76d3-44b5-b888->
- Vergniaud, G. (1990). La théorie des champs conceptuels. *Recherches en Didactique des Mathématiques*. Vol.10: 133-170.
- Zambrana, R. E., Ell, K., Dorrington, C., Wachsman, L., & Hodge, D. (1994). The Relationship between Psychosocial Status of Immigrant Latino mothers and Use of Emergency Pediatric Services. *Health & Social Work*, 19(2), 93-102. <https://doi.org/10.1093/hsw/19.2.93>

## 2. Livres

Abdallah-Preteceille, M. (1999). *L'éducation interculturelle*. PUF.

Alin, C. (1996). *Être formateur : Quand dire c'est écouter*. Harmattan.

Balcou-Debussche, M. (2016). *De l'éducation thérapeutique du patient à la littératie en santé : Problématisation socio-anthropologique d'objets didactiques contextualisés*.

Bautier, É., Rochex, J.-Y. (2007). Apprendre : des malentendus qui font la différence. In Deauvieu J., Terrail J.-P. (éd.). *Les Sociologues, l'école et la transmission des savoirs*. La Dispute : 227-241.

Bentolila, A. (2008). *Le verbe contre la barbarie : Apprendre à nos enfants à vivre ensemble*.

Bernstein, B. (2007). *Pédagogie, contrôle symbolique et identité*. Presses de l'université Laval.

Boudon, R. (1973). *L'inégalité des chances*. Armand Colin.

Boutin, G. (2018). *L'entretien de recherche qualitatif : Théorie et pratique* (2e édition). Presses de l'Université du Québec.

Crinon, J. (2017). Écriture (apprentissage de l'). In Van Zanten Agnès & Rayou Patrick (dir.), *Dictionnaire de l'éducation* [2e éd.]. PUF, 261-265.

Cuche, D. (1996). *La notion de culture dans les sciences sociales*. La découverte.

Dasen, P. R. (2002). Approches interculturelles : Acquis et controverses. In P. R. Dasen & C. Perregaux, *Pourquoi des approches interculturelles en sciences de l'éducation* (p. 7). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.dasen.2002.01.0007>

Davezies, L. (2012). *La crise qui vient : La nouvelle fracture territoriale*. Éditions Seuil.

- Doquet-Lacoste, C. (2011). *L'écriture débutante pratiques scripturales à l'école élémentaire*. Presses universitaires de Rennes.
- Duru-Bellat, M. (2002). *Les inégalités sociales à l'école*. Presses Universitaires de France.  
<https://doi.org/10.3917/puf.duru.2002.01>
- Duru-Bellat, M. (2009). Chapitre 2. Le mérite au prisme du mérite scolaire. Dans : M. Duru-Bellat, *Le mérite contre la justice* (47-79). Presses de Sciences Po.
- Fijalkow, J. (1996). *Entrer dans l'écrit*. Magnard.
- Fijalkow, J. (1996). *L'entrée dans l'écrit*. Presses universitaires du Mirail.
- Fischer, G.-N., & Tarquinio, C. (2014). Chapitre 3. Les méthodes en psychologie de la santé. Dans : Fischer, G.-N., & Tarquinio, C. *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé* (pp. 55-87). Dunod.
- Fortin, J. (2004). Du profane au professionnel en éducation à la santé : modèles et valeurs dans La formation en éducation à la santé. In : Jourdan D. coord. La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire. Éditions universitaires du Sud, coll. École et santé : 51-65.
- Goï, C. (2015). Langues et rencontre interculturelle en éducation : loyautés, conflits, autorisations. In Diana-Lee Simon, Chantal Domp martin-Norman et al. (dir.), *Accueillir l'enfant et ses langues : rencontres pluridisciplinaires sur le terrain de l'école*. Riveneuve Éditions : 95-117.
- Goody, J., Bazin, J., & Bensa, A. (1979). *La Raison graphique : La domestication de la pensée sauvage*. Les Éditions de Minuit.
- Haschar-Noé, N., & Lang, T. (2017). *Réduire les inégalités sociales de santé : Une approche interdisciplinaire de l'évaluation*.

- Jellab, A. (2017). *Enseigner et étudier en lycée professionnel aujourd'hui : Éclairage sociologique pour une pédagogie réussie*.
- Jencks, C. (1979). *L'inégalité : Influence de la famille et de l'école en Amérique*. Presses Universitaires de France.
- Lahire, B. (2008). *La raison scolaire : École et pratiques d'écriture, entre savoir et pouvoir*. Presses universitaires de Rennes.
- Le Boterf, G. (1994). *De la compétence. Essai sur un attracteur étrange*. Les Éditions d'organisation (pp. 16-18).
- Lemercier, C. & Zalc, C. (2008). Introduction. Dans : Claire Lemercier éd., *Méthodes quantitatives pour l'historien* (pp. 3-7). La Découverte.
- Massé, R. (2003). *Éthique et santé publique : Enjeux, valeurs et normativité*. Presses de l'Université Laval.
- Maurin, L. (2018). *Comprendre les inégalités*.
- Meirieu, P. (2005). *Le choix d'éduquer : Éthique et pédagogie*.
- Paillé, P., Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.paill.2012.01>
- Perrenoud, Ph. (2001). Construire un référentiel de compétences pour guider une formation professionnelle, Université de Genève, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation.
- Potvin, L., Jones, C. M., Moquet, M.-J., & Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. (2012). *Réduire les inégalités sociales en santé*. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

Prost, A. (2013). *Du changement dans l'école : Les réformes de l'éducation de 1936 à nos jours*. Éditions du Seuil.

Rabardel, P. (1995). *Les hommes et les technologies : Approche cognitive des instruments contemporains*. Colin.

Robert, B. (2009). *Les politiques d'éducation prioritaire*. Presses Universitaires de France.  
<https://doi.org/10.3917/puf.berna.2009.01>

Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement*, Chenelière éducation (p. 26-35).

Tardif, J. (2017). Chapitre 1. Des repères conceptuels à propos de la notion de compétence, de son développement et de son évaluation. Dans : Marianne Poumay éd., *Organiser la formation à partir des compétences : Un pari gagnant pour l'apprentissage dans le supérieur* (pp. 15-37). Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.

VanCampenhoudt, L., & Quivy, R. (2017). *Manuel de recherche en sciences sociales* (5e éd.). Dunod.

Vygotskij, L. S., & Sève, F. (1985). *Pensée et langage*. Messidor, Éd. Sociales.

### **3. Rapports et documents de travail gouvernementaux**

Agence Nationale de lutte contre l'illettrisme (2018). *L'évolution de l'illettrisme en France*. ANLCI.

Blanpain, N. (2016). *L'espérance de vie par catégorie sociale et par diplôme - Méthode et principaux résultats*. Document de travail de la DSDS F 1602, Insee.

Blanpain, N. (2018). *L'espérance de vie par catégorie sociale et par diplôme - Méthode et principaux résultats*. Document de travail de la DSDS 1801, Insee.

- Boissinot, A. (1999). La Place de l'oral dans les enseignements : de l'école primaire au lycée. Paris : Ministère de l'Éducation nationale.
- Boudesseul, G., Caro, P., Grelet, Y., Vivent, C., Minassian, L., Monso, O., & Centre d'études et de recherches sur les qualifications (France). (2016). *Atlas des risques sociaux d'échec scolaire : L'exemple du décrochage, France métropolitaine et DOM*. Céreq.
- Chardon, O., Guignon, N., Guthmann, J.-P. et Fonteneau, L. (2013). La santé des élèves de CM2 en 2007-2008 : une situation contrastée selon l'origine sociale. *Études Et Résultats (Drees)(853)*: 6. <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-sante-des-eleves-de-cm2-en-2007-2008,11196.html>
- Cnesco (2016 a). *Rapport scientifique. Inégalités sociales et migratoires : comment l'école amplifie-t-elle les inégalités ?* En ligne : <http://www.cnesco.fr/wp-content/uploads/2016/09/160926-Inegalites-scolaires.pdf>
- Cnesco (2016 b). De vraies solutions pour l'enseignement professionnel. Dossier de synthèse. <https://www.cnesco.fr/fr/dossier-enseignement-professionnel/>
- Cnesco-Ciep (2016). Rapport scientifique. Orientation, formations, insertion : quel avenir pour l'enseignement professionnel ? »
- Cnesco (2018). Écrire et rédiger : comment guider les élèves dans leurs apprentissages. Dossier de synthèse. <https://www.cnesco.fr/fr/ecrire-et-rediger/>
- Di Paola, V., Jellab, A. Moullet, S., Olympio, N., & Verdier, E. (2016). L'évolution de l'enseignement professionnel : des segmentations éducatives et sociales renouvelées ? Contribution dans le cadre du rapport du Cnesco sur les inégalités scolaires d'origine sociale et ethnoculturelle, 2016.
- Duée, M. (2004). L'impact du chômage des parents sur le devenir scolaire des enfants. document de travail, n° G2004-06, Insee.

*Éducation thérapeutique du patient : Modèles, pratiques et évaluation.* (2010). INPES.

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1302.pdf>

Felouzis, G., B. Fouquet-Chauprade, S. Charmillot, et L. Imperiale-Arfaine, (2016). Inégalités scolaires et politiques d'éducation. Contribution au rapport du Cnesco : Les inégalités scolaires d'origines sociales et ethnoculturelle. Paris. Cnesco.

Florin, A., & Guimard, P. (2017). La qualité de vie à l'école. Paris. Cnesco.

France, Ministère des affaires sociales et de la santé (2016-....), Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, & Santé publique France. (2017). *L'état de santé de la population en France : Rapport 2017.*

France, Ministère de l'éducation nationale (2007-....), & Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance. (2019). *Repères et références statistiques : Sur les enseignements, la formation et la recherche : RERS 2019.*

Godeau, E., & Pacoricona Alfaro, D. L (, 2016). La santé des collégiens en France/2014.

Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Comparaisons entre les données nationales et internationales de l'enquête. Saint-Maurice : Santé publique France : 6 p.

Guignon, N. (2017). La santé des élèves de CM2 en 2015 : un bilan contrasté selon l'origine sociale. *Études Et Résultats (Drees)(993).*

Haut Comité de la Santé Publique (1994). La santé en France. Rapport général.

Haut Conseil de la santé publique (2009). Les inégalités sociales de santé. Rapport.

En ligne : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=113>

Haut Conseil de la santé publique (2017). Stratégie Nationale de Santé. Contribution du Haut Conseil de la santé publique. Rapport du groupe de travail : Stratégie Nationale de Santé – Indicateurs. En ligne : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapports>



- Insee, Borrel, C., & Lhommeau, B. (2010). Être né en France d'un parent immigré. Cellule Statistiques et Études sur l'immigration. *Insee première*, 1287.
- Insee & Brutel, C. (2017). Être né en France d'un parent immigré : Une population diverse reflétant l'histoire des flux migratoires. Cellule Statistiques et Études sur l'immigration. *Insee première*, 1634.
- Insee (2012). Les immigrés récemment arrivés en France : Une immigration de plus en plus européenne, *Insee Première*, 1524. En ligne : [www.insee.fr/collections-nationales](http://www.insee.fr/collections-nationales)
- Inspection générale des affaires sociales [IGAS]. (2011). *Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action*. Rapport N°RM2011-061P.
- Jacquot, A. (2007). L'occupation du parc HLM : éclairage à partir des enquêtes Logement de l'Insee. Document de travail, n° F0708, Insee.
- Joubaire, C. (2018). *(Ré)écrire à l'école, pour penser et apprendre*. Dossier de veille de l'IFÉ, n°123, mars. Lyon : ENS de Lyon. En ligne : <http://ife.ens-lyon.fr/vst/DA/detailsDossier.php?parent=accueil&dossier=123&lang=fr>
- Lang, T., Ulrich, V., France, Ministère de l'emploi et de la solidarité, & Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2017). *Les inégalités sociales de santé : Actes du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016*.
- Ravez, C. (2019). *L'interculturel à l'école : quels cadres de référence ?* Dossier de veille de l'IFÉ, n° 129, mars. Lyon : ENS de Lyon. En ligne : <http://ife.ens-lyon.fr/vst/DA/detailsDossier.php?parent=accueil&dossier=129&lang=fr>
- Rocher, T. (2015). Évolution des inégalités sociales de compétences : une synthèse. Contribution au rapport du Cnesco : comment l'école amplifie les inégalités sociales et migratoires ? Paris. Cnesco.

Verdier, É., Di Paola, V., Jellab, A., Moullet, S., Olympio, N. (2016). *L'évolution de l'enseignement professionnel : des segmentations éducatives et sociales renouvelées ?*. [Rapport de recherche] CNESCO (Conseil national d'évaluation du système scolaire).

#### 4. Rapports et documents de travail d'une organisation

Campbell, D. (2006). What Is Education's Impact on Civic and Social Engagement ? In: *Measuring the Effects of Education on Health and Civic Engagement: Proceedings of the Copenhagen Symposium*, OECD, Paris, 25-126.

Canadian Council on Learning. (2008). *La littératie en santé au Canada une question de bien-être, 2008*.

<http://ra.ocls.ca/ra/login.aspx?inst=centennial&url=https://www.deslibris.ca/ID/251863>

Cultures & Santé (2016). *Littératie en santé Bruxelles*. Dossier thématique ; n° 8. 32 p. En ligne: <http://www.cultures-sante.be/component/phocadownload/category/6dossiersthematiques.html?download=48:litteratie-en-sante>

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies. En ligne: <https://www.iffs.se/media/1326/20080109110739filmZ8UVQv2wQFShMRF6cuT.pdf>

Ferron, C. (2017). *La littératie en santé - synthèse bibliographique*. Paris : FNES, En ligne : [http://www.fnes.fr/wp-content/uploads/2018/01/Litt%C3%A9ratie-en-sant%C3%A9-Synth-biblio-Fnes\\_VDEF2.pdf](http://www.fnes.fr/wp-content/uploads/2018/01/Litt%C3%A9ratie-en-sant%C3%A9-Synth-biblio-Fnes_VDEF2.pdf)

Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F., Tsouros, A. D., & World Health Organization. (2013). *Health literacy: The solid facts*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. En ligne: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/190655/e96854.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf)

Observatoire des inégalités (Organization), Brunner, A., Maurin, L. (Journalist), & Leandri, N. (Éd.). (2019). *Rapport sur les inégalités en France* (Édition 2019). Tours : Observatoire des inégalités.

<http://public.ebookcentral.proquest.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=3026646>

Organisation de coopération et de développement économiques. (2007). *Comprendre l'impact social de l'éducation*. OECD. <https://doi.org/10.1787/9789264034204-fr>

Organisation de coopération et de développement économiques. (2009). *Assurer le bien-être des enfants*. OCDE.

OCDE. (2010). *L'éducation, un levier pour améliorer la santé et la cohésion sociale*. OECD. <https://doi.org/10.1787/9789264086333-fr>

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2013), *Perspectives de l'OCDE sur les compétences 2013 : Premiers résultats de l'Évaluation des compétences des adultes*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264204096-fr>.

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2014). *Résultats du PISA 2012 : Savoirs et savoir-faire des élèves (Volume I) : Performance des élèves en mathématiques, en compréhension de l'écrit et en sciences*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264208827-fr>

*The effects of vocational education on adult skills and wages : What can we learn from PIAAC?* (OECD Social, Employment and Migration Working Papers N° 168; OECD Social, Employment and Migration Working Papers, Vol. 168). (2015). <https://doi.org/10.1787/5jrxfmjvw9bt-en>

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2016), *L'importance des Compétences : Nouveaux résultats de l'évaluation des compétences des adultes*, Études de l'OCDE sur les compétences, Éditions OCDE. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264259492-fr>.

*Quelle relation entre l'éducation, les compétences en littératie et l'état de santé perçu ? (Les compétences des adultes à la loupe N° 4).* (2016).

<https://doi.org/10.1787/5j1qz979pbmq-fr>

*Association between literacy and self-rated poor health in 33 high-and upper-middle-income countries* (OECD Education Working Papers N° 165; OECD Education Working Papers, Vol. 165). (2018). <https://doi.org/10.1787/7aaec27-en>

Organisation mondiale de la santé. (1973). *Formation supérieure en Santé publique. Série de Rapports techniques n° 533. Rapport d'un comité d'experts de l'OMS*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la santé, & Bureau régional de l'Europe. (1998). *Santé21 introduction à la politique-cadre de la Santé pour tous pour la région européenne de l'OMS*. Copenhague : Organisation mondiale de la santé.

Organisation mondiale de la santé. (2009). *Comblé le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final*. En ligne : [https://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/fr/](https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/)

Penney, G. (2014). *Exemples de mise en application de la littératie en santé*. Ottawa : Association canadienne de santé publique. En ligne : [https://www.cpha.ca/sites/default/files/uploads/resources/healthlit/examples\\_f.pdf](https://www.cpha.ca/sites/default/files/uploads/resources/healthlit/examples_f.pdf)

Statistics Canada, Special Surveys Division, Organisation for Economic Co-operation and Development, Canada, Industry Canada, & OLISnet. (2000). *La littératie à l'ère de l'information : Rapport final de l'Enquête internationale sur la littératie des adultes*. Statistique Canada. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264281769-fr>

Unesco (2006). *L'alphabétisation, un enjeu vital éducation pour tous*. Éd. Unesco.

Unicef (2013). *Le bien-être des enfants dans les pays riches. Vue d'ensemble comparative*. Innocenti 11. Florence, Centre de recherche Innocenti de l'Unicef.

Unicef-France (2016). *Consultation nationale des 6/18 ans « Écoutons ce que les enfants ont à nous dire - Le lieu de vie comme marqueur social »*. [www.unicef.fr/article/resultats-de-la-3e-consultation-nationale-de-l-unicef-france](http://www.unicef.fr/article/resultats-de-la-3e-consultation-nationale-de-l-unicef-france)

World Health Organization (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, 1986.

World Health Organization. Division of Mental Health. (1994). *Life skills education for children and adolescents in schools*. Pt. 1, Introduction to life skills for psychosocial competence. Pt. 2, Guidelines to facilitate the development and implementation of life skills programmes, 2nd rev. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63552>

World Health Organization. Division of Health Promotion, Education, and Communication. (1998). *Glossaire de la promotion de la santé*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.

*Documents Fondamentaux*. (2015). World Health Organization.

## **5. Articles magazines ou revue en ligne ou forum**

Giroux, MT. Cité dans Dupuis, P. (2015). *La littératie en santé : comprendre l'incompréhension*. *Éducation Santé*. En ligne : <http://educationsante.be/article/la-litteratie-en-sante-comprendre-lincomprehension/>

Van Den Brouck, S. cité dans Dupuis, P. (2015). *La littératie en santé : comprendre l'incompréhension*. *Éducation Santé*. 309 : 8-10. En ligne : <http://educationsante.be/article/la-litteratie-en-sante-comprendre-lincomprehension/>

## **6. Logiciels, applications mobiles et bases de données**

IRaMuTeQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires).

SPSS : Statistical Package for Social Sciences.

## **7. Sites et pages Internet**

<http://www.anlci.gouv.fr/Actualites/Agir-ensemble-contre-l-illettrisme/Decouvrez-la-campagne-2018-des-journees-nationales-d-action-contre-l-illettrisme>

## **8. Textes de lois**

Préambule de la Constitution française de 1946, à l'alinéa 11.

Préambule de la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de 1946 (*Documents Fondamentaux.*, 2015, p. 1)

Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 (article 25).

Constitution française de 1958.

Circulaire n°73 299 du 23 juillet 1973 (Circulaire Fontanet)

Loi n°75-620 du 11 juillet 1975 relative à l'éducation : Loi Haby.

Loi de santé publique de 2004.

Charte de l'environnement de 2004.

L'article L. 121-1-4 du Code de l'éducation fixant au système éducatif l'objectif d'une politique éducative de santé pour tous les élèves.

L'article L. 541-1 créant le parcours éducatif de santé.

Le Code de l'éducation - articles R 421-46 et R 421-47 relatifs au comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC),

- La Circulaire n°2006-197 du 30 novembre 2006 relative au comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC).

La circulaire n° 2011-216 du 2 décembre 2011

La circulaire n° 2015-117 du 10 novembre 2015

La circulaire n° 2016-008 du 28 janvier 2016

La circulaire n° 2016-114 du 10 août 2016

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Note d'information n° 21. Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP)- Ministère de l'Éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche- Juillet 2016

Stratégie nationale de santé (SNS 2018-2022). [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_sns\\_2017\\_vdef.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf)

La loi n°2019-791 du 26 juillet 2019 pour une école de la confiance

Le référentiel des compétences professionnelles et des métiers du professorat et de l'éducation : Bulletin officiel du 25 juillet 2013- Arrêté du 1er juillet 2013, Journal officiel du 18 juillet 2013.

## Les figures

**Figure 1.** Les principaux déterminants de la santé (Whitehead et Dahlgren, 1991, p. 11)

**Figure 2.** Cadre conceptuel de la commission des déterminants sociaux de la (IGAS, Rapport N°RM2011-061P. 2011, p. 13)

**Figure 3.** Les zones à risques d'échec scolaire en France (Boudesseul et al., 2016, p. 16).

**Figure 4.** La part des non diplômés parmi les 15-24 ans non scolarisés en France (Boudesseul et al., 2016, p. 17).

**Figure 5.** Répartition des types de contrats parmi les lycéens en emploi au 1<sup>er</sup> février 2019, selon la classe de sortie (en %) (Note d'information n° 20.02 de janvier 2020).

**Figure 6.** Taux d'emploi au 1<sup>er</sup> février 2019 selon le domaine de spécialité et la classe de sortie, et poids des spécialités (en %) (Note d'information n° 20.02 de janvier 2020).

**Figure 7.** Usages d'alcool, de tabac et de cannabis selon le niveau scolaire en 2018 (en %) (Spilka et al., 2019, p. 1).

**Figure 8.** Modèle de la compétence MADDEC (Modèle D'analyse Dynamique pour la description et l'évaluation des compétences) (Coulet, 2011, p. 18).

**Figure 9.** Propriétés des compétences : rapport et hiérarchisation des compétences (Coulet, 2016, p. 18)

**Figure 10.** Graphique représentant l'illettrisme selon les tranches d'âges en France e (ANLCI, 2018 : <http://www.anlci.gouv.fr/Illettrisme/Les-chiffres/Niveau-national>).

**Figure 11.** Représentation des compétences face à l'écrit (Insee, 2012).

**Figure 12.** Proportion d'illettrisme selon les groupes d'âges à partir des données extraites de l'ANLCI (2018).

**Figure 13.** Graphique représentant la proportion de personnes en difficulté à l'écrit selon l'intensité de celle-ci et l'âge (Insee, 2012).

**Figure 14.** Proportion de l'illettrisme selon les territoires à partir des données extraites de l'ANLCI (2018)

**Figure 15.** Proportion de l'illettrisme en fonction de l'emploi à partir des données extraites de l'ANLCI (2018).

**Figure 16.** Proportion d'illettrisme selon la langue maternelle à partir des données extraites de l'ANLCI (2018)

**Figure 17.** Représentation du nombre de phonèmes et de graphèmes dans les langues et particularité du français (Cnesco, 2018).



**Figure 18.** Corrélation entre la difficulté des items et les compétences des adultes sur les échelles de compétences en littératie, en numératie et en résolution de problèmes dans les environnements à forte composante technologique (OCDE, 2013, p. 65)

**Figure 19.** Pourcentage de répondants empruntant différents parcours dans l'évaluation des compétences des adultes (PIAAC) (OCDE, 2013 p. 67)

**Figure 20.** Synthèse des différences de score en littératie, selon les caractéristiques sociodémographiques (OCDE, 2013 p. 112).

**Figure 21.** Synthèse de la performance en littératie, en numératie et en résolution de problèmes (OCDE, 2016, p. 7)

**Figure 22.** Graphique représentant l'évolution des effectifs par degré d'enseignement, base 100 en 1995 (France et al., 2019, p. 12).

**Figure 23.** Graphique représentant la répartition des filles et des garçons de 14 et 17 ans en 2017-2018 (France et al., 2019, p. 19).

**Figure 24.** Graphique représentant la part des lycéens inscrits en formation professionnelle dans l'ensemble des formations en lycées (%) (France et al., 2019, p. 91).

**Figure 25.** Graphique représentant les effectifs d'élèves des secteurs public et privé à la rentrée 2018, en milliers (France et al., 2019, p. 93).

**Figure 26.** Graphique représentant l'évolution des effectifs depuis 1995 selon le diplôme préparé, base 100 en 1995 (France et al., 2019, p. 90).

**Figure 27.** Graphique représentant l'évolution de la répartition des effectifs d'élèves de formations professionnelles en lycée selon le secteur de formation, en % (France et al., 2019, p. 91).

**Figure 28.** Graphique représentant l'évolution de la part des élèves de 15 ans et moins dans les entrants en formation professionnelle (France et al., 2019, p. 92).

**Figure 29.** Graphique représentant l'évolution des taux de réussite au baccalauréat selon la filière, en % (France et al., 2019, p. 226).

**Figure 30.** Graphique représentant l'évolution de la proportion de bacheliers dans une génération selon la voie, en % (France et al., 2019, p. 230).

**Figure 31.** Graphique représentant l'évolution de l'âge moyen à l'obtention du baccalauréat, depuis 1997 (France et al., 2019, p. 228).

**Figure 32.** Integrated model of health literacy ((HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European & al., 2012, p.9).

**Figure 33.** Graphique représentant la distribution des âges des élèves participant à l'étude et leur nombre.

**Figure 34.** Graphique représentant la part des filles et des garçons participant à l'étude.

**Figure 35.** Graphique représentant les lieux de naissance des élèves participant à l'étude.

**Figure 36.** Graphique représentant la nationalité des élèves participant à l'étude.

**Figure 37.** Graphique représentant la nationalité des parents ou tuteurs des élèves participant à l'étude.

**Figure 38.** Graphique représentant la part des élèves participant à l'étude parlant français à leur domicile.

**Figure 39.** Graphique représentant le nombre de personnes vivant dans le même foyer que les élèves participant à l'étude.

**Figure 40.** Graphique représentant les lieux de vie des élèves participant à l'étude.

**Figure 41.** Graphique représentant la formation professionnelle suivie par les élèves participant à l'étude.

**Figure 42.** Graphique représentant les filières professionnelles de formation des élèves participant à l'étude.

**Figure 43.** Graphique représentant les départements et territoires de scolarisation des élèves participant à l'étude.

**Figure 44.** Graphique représentant les situations professionnelles des parents ou tuteurs des élèves participant à l'étude.

**Figure 45.** Graphique représentant les écarts types des scores des élèves participant à l'étude selon les échelles du HLQ.

**Figure 46.** Graphique représentant la formation suivie par les élèves participant à l'étude selon le sexe.

**Figure 47.** Graphique représentant la filière de formation des élèves participant à l'étude selon le sexe.

**Figure 48.** Graphique représentant la nationalité des élèves participant à l'étude selon le lieu de naissance.

**Figure 49.** Graphique représentant la formation suivie par les élèves participant à l'étude selon la nationalité du père.

**Figure 50.** Graphique représentant la formation suivie par les élèves participant à l'étude selon l'usage du français à la maison.

**Figure 51.** Graphique représentant le nombre de personnes vivant au même domicile que les élèves participant à l'étude.

**Figure 52.** Graphique représentant les âges des élèves participant à l'étude selon les départements ou territoires.

**Figure 53.** Graphique présentant le sexe des élèves participant à l'étude selon les départements ou territoires.

**Figure 54.** Graphique présentant les filières des élèves participant à l'étude selon leur nationalité.

**Figure 55.** Représentation de l'intensité des corrélations des échelles 4 et 9 avec les autres échelles.

**Figure 56.** Représentation des corrélations entre les variables langue française parlée ou non à la maison et le département ou territoire de scolarisation, et les échelles du HLQ.

**Figure 57.** Graphique présentant les scores moyens des élèves selon les échelles liées positivement à la langue et selon l'usage ou non du français à la maison.

**Figure 58.** Graphique présentant les scores moyens des élèves selon les échelles liées positivement aux départements ou territoire de scolarisation.

**Figure 59.** Représentation des corrélations des principales variables sociodémographiques (nationalité du père, nationalité de la mère, sexe de l'élève, et nationalité de l'élève) fortement liées aux échelles du HLQ.

**Figure 60.** Graphique présentant les scores moyens des élèves selon les échelles liées négativement à la nationalité de l'élève.

**Figure 61.** Graphique présentant les scores moyens des élèves selon les échelles liées négativement au sexe de l'élève.

**Figure 62.** Graphique présentant les scores moyens des élèves selon les échelles liées négativement à la nationalité du père de l'élève.

**Figure 63.** Graphique présentant les scores moyens des élèves selon les échelles liées négativement à la nationalité de la mère de l'élève.

**Figure 64.** Graphique présentant les scores moyens des élèves à l'échelle 6 liée négativement au lieu de naissance de l'élève.

**Figure 65.** Graphique présentant les scores moyens des élèves à l'échelle 9 liée négativement au lieu de vie de l'élève.

**Figure 66.** Graphique présentant les scores moyens des élèves à l'échelle 1 liée négativement au nombre de personnes au domicile de l'élève.

**Figure 67.** Représentation des échelles du HLQ les plus corrélées aux variables sociodémographiques positivement ou négativement.

**Figure 68.** Représentation des principales variables sociodémographiques (langue parlée à la maison, nationalité du père, nationalité de la mère et sexe de l'élève) fortement liées aux échelles du HLQ.

**Figure 69.** Compétences fonctionnelles sous-jacentes dans les échelles du HLQ.

**Figure 70.** Compétences interactives sous-jacentes dans les échelles du HLQ.

**Figure 71.** Compétences critiques sous-jacentes dans les échelles du HLQ.

**Figure 72.** Synthèse des types de rapport sous-jacents en littératie en santé des échelles du HLQ.

**Figure 73.** Dimension « accéder-repérer » de la LES sous-jacente dans les échelles du HLQ.

**Figure 74.** Dimension « comprendre » de la LES sous-jacente dans les échelles du HLQ.

**Figure 75.** Dimension « évaluer » de la LES sous-jacente dans les échelles du HLQ.

**Figure 76.** Dimension « appliquer-utiliser » de la LES sous-jacente dans les échelles du HLQ.

**Figure 77.** Synthèse des dimensions de LES sous-jacentes dans les échelles du HLQ.

**Figure 78.** Catégorisation des types de rapport sous-jacents de LES des échelles du HLQ selon l'orientation de la compétence.

## Les tableaux

**Tableau 1.** Les performances en lecture, production de mots et compréhension d'un texte simple (Insee première N° 1426 - décembre 2012 : [www.insee.fr](http://www.insee.fr)).

**Tableau 2.** Les performances en calcul et compréhension orale (Insee, 2012).

**Tableau 3.** Difficultés à l'écrit, en calcul et en compréhension orale selon les caractéristiques individuelles (Insee, 2012).

**Tableau 4.** Résultats en calcul et en compréhension orale selon le sexe (ANLCl, 2018).

**Tableau 5.** Résultats détaillés à l'écrit des personnes en difficulté selon le sexe (ANLCl, 2018).

**Tableau 6.** Les profils de lecteurs, en %, JDC 2018 (RERS, MENJ-MESRI-DE, 2019).

**Tableau 7.** Répartition de chaque profil de lecteurs selon le sexe, en %, JDC 2018 (RERS, MENJ-MESRI-DE, 2019).

**Tableau 8.** Répartition des lecteurs selon l'académie et la région en %, JDC 2018 (RERS, MENJ-MESRI-DE, 2019).

**Tableau 9.** *Comparaison du nombre de phonèmes et de graphèmes selon les langues (Cnesco, 2018).*

**Tableau 10.** Part des élèves (%) entrant dans l'enseignement professionnel selon le sexe et l'origine nationale à partir de leurs situations en 2000 (panel 1995) et 2012 (panel 2007) (Cnesco, 2018).

**Tableau 11.** Répartition des jeunes entre les voies professionnelle et générale-technologique, et le collège, cinq années après leur entrée au collège, en 1995 et 2007, par PCS (Cnesco, 2018).

**Tableau 12.** Souhait d'une orientation en seconde générale et technologique selon la profession de la personne de référence de la famille et les notes obtenues au contrôle continu du brevet (en %) (Cnesco, 2018).

**Tableau 13.** Orientations subies vers l'enseignement professionnel par catégories sociales (en %) (Cnesco, 2018).

**Tableau 14.** Résumé de la maîtrise des compétences clés en traitement de l'information (OCDE, 2013 p. 103).

**Tableau 15.** Scolarisation des élèves allophones par région et par académie en 2016-2017 (France et al., 2019, p. 23)

**Tableau 16.** Répartition des délais avant prise en charge des élèves allophones scolarisés en 2016-17 selon le degré, en % (France et al., 2019, p. 23).

**Tableau 17.** Répartition des élèves de formations professionnelles au lycée par âge et par sexe à la rentrée 2018 (France et al., 2019, p. 93).

**Tableau 18.** Réussite au diplôme national du brevet selon le sexe, session 2018 (France et al., 2019, p. 225).

**Tableau 19.** Réussite au diplôme national du brevet selon l'origine sociale, session 2018 (France et al., 2019, p. 225).

**Tableau 20.** Réussite au baccalauréat selon l'origine sociale, session 2018 (France et al., 2019, p. 229).

**Tableau 21.** Definitions of Health Literacy ((HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European & al., 2012, p. 4)

**Tableau 22.** The matrix with four dimensions of Health Literacy applied to three health domains ((HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European & al., 2012, p. 10)

**Tableau 23.** Le codage des données du lieu de naissance des élèves de notre étude.

**Tableau 24.** Le codage des données des filières professionnelles des élèves de notre étude.

**Tableau 25.** Le codage des données départements et territoires des lycées des élèves de notre étude.

**Tableau 26.** Le codage des données concernant la situation professionnelle des parents ou tuteurs des élèves de notre étude.

**Tableau 27.** Part des élèves (%) entrant dans l'enseignement professionnel selon le sexe et l'origine nationale à partir de leurs situations en 2000 (panel 1995) et 2012 (panel 2007) (Di Paola et al., 2016, p. 14).

**Tableau 28 :** Extrait du Tableau. Caractéristiques des familles des élèves entrés en sixième en 2007 (Brinbaum, 2019, p. 98) (annexe M).

**Tableau 29.** Profil moyen de la littératie en santé de la population étudiée selon les échelles du HLQ (n=351)

**Tableau 30a.** Moyenne et écart type des scores des élèves participant à l'étude à l'échelle 1 du HLQ.

**Tableau 30b.** Moyenne et écart type des scores des élèves participant à l'étude à l'échelle 2 du HLQ.

**Tableau 30c.** Moyenne et écart type des scores des élèves participant à l'étude à l'échelle 3 du HLQ.

**Tableau 30d.** Moyenne et écart type des scores des élèves participant à l'étude à l'échelle 4 du HLQ.

**Tableau 30e.** Moyenne et écart type des scores des élèves participant à l'étude à l'échelle 5 du HLQ.

**Tableau 30f.** Moyenne et écart type des scores des élèves participant à l'étude à l'échelle 6 du HLQ.

**Tableau 30g.** Moyenne et écart type des scores des élèves participant à l'étude à l'échelle 7 du HLQ.

**Tableau 30h.** Moyenne et écart type des scores des élèves participant à l'étude à l'échelle 8 du HLQ.

**Tableau 30i.** Moyenne et écart type des scores des élèves participant à l'étude à l'échelle 9 du HLQ.

## Annexes

**Annexes A : Exemples d'items de littératie, de numératie et de résolution de problème dans le domaine de la résolution de problèmes dans des environnements à forte composante technologique (OCDE, 2013 p. 70).**

### Exemples d'items de littératie

Les items illustrant les caractéristiques pertinentes des niveaux de compétence dans le domaine de la littératie sont décrits ci-dessous (OCDE, 2013).

**Inférieur au niveau 1 : résultats aux élections** (ID d'item : C302BC02) **Stratégies cognitives** : situer et identifier  
**format du texte** : mixte

**Support** : papier

**Contexte** : société et collectivité **degré de difficulté** : 162

Le stimulus se compose d'un rapport succinct sur les résultats d'élections syndicales contenant plusieurs courts paragraphes et un tableau simple indiquant le nom des trois candidats à l'élection et le nombre de voix recueillies par chacun d'entre eux. Il est demandé au répondant de trouver quel candidat a reçu le moins de votes. Il doit comparer le nombre de votes reçus par les trois candidats et trouver le nom de celui qui en a recueilli le moins. Le mot « vote » apparaît à la fois dans la question et dans le tableau, mais nulle part ailleurs dans le texte.

**Niveau 1 : médicaments génériques** (ID d'item : C309A321) **Stratégies cognitives** : intégrer et interpréter  
**format du texte** : mixte

**Support** : papier

**Contexte** : personnel (santé et sécurité) **degré de difficulté** : 219

Le stimulus est un bref article de journal intitulé « Médicaments génériques : les Suisses sont réticents ». Il se compose de deux paragraphes séparés par un tableau indiquant la part de marché des médicaments génériques dans 14 pays européens et aux États-Unis. Le répondant doit trouver le nombre de pays où le marché des médicaments génériques représente 10 % ou plus des ventes totales de médicaments. Il doit donc compter le nombre de pays où la part de marché des génériques est supérieure à 10 %. Les pourcentages sont classés par ordre décroissant pour faciliter la recherche. Toutefois, le terme « ventes de médicaments » ne figurant pas dans le texte, le répondant doit comprendre que le terme « part de marché » est un synonyme de « ventes de médicaments » pour pouvoir répondre à la question.

**Niveau 2 : course caritative de lakeside** (ID d'item : C322P002) **Stratégies cognitives** : évaluer et réfléchir  
**format du texte** : mixte

**Support** : numérique

**Contexte** : personnel (loisirs) **degré de difficulté** : 240

Le stimulus est la simulation d'un site web contenant des renseignements sur la course/marche caritative annuelle organisée par le club socio-culturel de Lakeside. Le répondant est d'abord dirigé vers une page contenant plusieurs liens, dont « Contact » et « FAQ ». Il doit ensuite trouver le lien où figure le numéro de téléphone des organisateurs de l'événement. Pour trouver la bonne réponse à cet item, il doit cliquer sur le lien « Contact ». Il faut donc parcourir le texte numérique et connaître les conventions d'Internet. Si cette tâche peut être relativement simple pour les répondants connaissant bien les textes sur Internet, ceux pour qui ces textes sont moins familiers doivent effectuer des inférences pour trouver le bon lien.

**Niveau 3 : recherche en bibliothèque** (ID d'item : C323P003) **Stratégies cognitives** : situer et identifier  
**format du texte** : multiple

**Support** : numérique

**Contexte** : éducation et formation **degré de difficulté** : 289



Le stimulus affiche les résultats d'une recherche bibliographique effectuée sur le site web fictif d'une bibliothèque. Le répondant doit trouver le nom de l'auteur d'un ouvrage intitulé *Mythes économiques*. Pour donner la bonne réponse, il faut parcourir une liste de notices bibliographiques et trouver le nom de l'auteur indiqué sous le titre de l'ouvrage. Le répondant doit non seulement savoir faire défiler la page, mais aussi accéder à la seconde page, où figure l'ouvrage *Mythes économiques*, en cliquant sur le numéro de page (2) ou sur le mot « Suivant ». Chaque notice comprend un nombre considérable d'informations inutiles pour cette tâche, ce qui en augmente la complexité.

**Niveau 4 : recherche en bibliothèque** (ID d'item : C323P002) **Stratégies cognitives** : intégrer et interpréter  
**format du texte** : multiple

**Support** : numérique

**Contexte** : éducation et formation **degré de difficulté** : 348

Cette tâche utilise le même stimulus que dans l'exemple précédent. Il s'agit ici de trouver un ouvrage laissant entendre que tant les arguments pour ou contre les aliments génétiquement modifiés sont sujets à caution. Le répondant doit lire le titre et la description de chaque ouvrage dans chacune des entrées indiquant les résultats de la recherche bibliographique afin de trouver le bon ouvrage. De nombreux distracteurs sont présents. L'information selon laquelle le livre à trouver laisse entendre que les arguments en faveur et contre les aliments génétiquement modifiés sont sujets à caution doit être déduite de l'énoncé indiquant que l'auteur « décrit de quelle manière les deux camps de ce débat houleux ont orchestré une propagande visant à tromper le public et... [fin du texte] ».

## Niveaux de compétences en littératie

### Compétences au niveau 5 (scores égaux ou supérieurs à 376 points)

Le niveau 5 est le niveau le plus élevé sur l'échelle de compétence en littératie. Les adultes atteignant ce niveau sont en mesure de rechercher des informations dans plusieurs textes denses et de les intégrer, de synthétiser des idées semblables ou contraires, ou d'évaluer des arguments et des preuves. Ils peuvent appliquer et évaluer des modèles logiques et conceptuels, et analyser la fiabilité des sources d'information ainsi que sélectionner les informations clés. Ils reconnaissent les marqueurs rhétoriques subtils et effectuent des inférences de haut niveau ou recourent à des connaissances spécifiques.

Moins de 1 % (0.7 %) des adultes atteignent le niveau 5 dans la totalité des pays participants. La Finlande présente la plus grande proportion d'adultes parvenant à ce niveau (2.2 %), suivie de l'Australie et des Pays-Bas (tous deux à 1.3 %), et du Japon et de la Suède (tous deux à 1.2%).

### Compétences au niveau 4 (scores allant de 326 points à moins de 376 points)

Au niveau 4, les adultes sont en mesure de réaliser des opérations composées de plusieurs étapes afin d'intégrer, d'interpréter ou de synthétiser des informations provenant de textes continus, non continus, mixtes ou multiples, qui peuvent être complexes ou longs, tout en comprenant des informations conditionnelles ou contradictoires. Ils sont capables de réaliser des inférences complexes, d'utiliser leurs connaissances de façon appropriée, et d'interpréter ou d'évaluer des affirmations et des arguments subtils.

En moyenne, 11.1 % des adultes atteignent le niveau 4 et 11.8 % atteignent ou dépassent le niveau 4. Le Japon (21.4 %) et la Finlande (20.0 %) ont la proportion la plus élevée d'adultes atteignant ce niveau, et d'adultes atteignant ou dépassant ce niveau. À l'autre extrémité de l'échelle, moins de la moitié du pourcentage moyen d'adultes atteint ce niveau en Italie (3.3 %) et en Espagne (4.6 %). C'est également dans ces pays que l'on trouve la proportion la plus faible d'adultes atteignant ou dépassant le niveau 4.

### Compétences au niveau 3 (scores allant de 276 points à moins de 326 points)

Au niveau 3, les adultes sont en mesure de comprendre et de répondre correctement à des textes denses ou longs, continus, non continus, mixtes ou comptant des pages multiples. Ils comprennent la structure des textes et les procédés rhétoriques, et peuvent identifier, interpréter ou évaluer une ou plusieurs informations, et réaliser des inférences correctes. Ils peuvent également réaliser des opérations comprenant plusieurs étapes et sélectionner des données dans des énoncés contradictoires afin de trouver et de formuler les réponses.

Dans l'ensemble des pays, 38.2 % des adultes, en moyenne, atteignent le niveau 3. C'est d'ailleurs le niveau atteint par le plus grand nombre d'adultes dans la plupart des pays. Font exception à ce constat l'Espagne, la France, l'Irlande, l'Italie et la Pologne, où la plupart des adultes atteignent le niveau 2. C'est au Japon (48.6 %), en République slovaque (44.4 %) et en Corée (41.7 %) que le pourcentage d'adultes atteignant le niveau 3 est le plus élevé, et en Italie (26.4 %), ainsi qu'en Espagne (27.8 %), qu'il est le plus faible.

Toutefois, en moyenne 50 % des adultes atteignent ou dépassent le niveau 3 dans l'ensemble des pays. Plus de 60 % des adultes atteignent ou dépassent ce niveau au Japon (71.1 %) et en Finlande (62.9 %), alors qu'ils sont moins de 40 % en Italie (29.7 %) et en Espagne (32.6 %).

#### **Compétences au niveau 2 (scores allant de 226 points à moins de 276 points)**

Au niveau 2, les adultes sont en mesure d'intégrer au moins deux informations en fonction de critères, de les comparer, de les mettre en opposition ou d'engager une réflexion à leur sujet, et d'effectuer des inférences de faible niveau. Ils sont capables de parcourir des textes numériques pour localiser et repérer les informations dans différentes parties d'un document.

Un tiers des adultes (33.3 %) atteint le niveau 2, en moyenne. Les pourcentages les plus élevés d'adultes atteignant ce niveau s'observent en Italie (42.0 %) et en Espagne (39.1 %), mais l'Irlande (37.6 %), la République tchèque (37.5 %), l'Autriche (37.2 %) et la Corée (37.0 %) comptent également un nombre particulièrement important d'adultes à ce niveau. En revanche, le Japon (22.8 %), les Pays-Bas (26.4 %) et la Finlande (26.5 %) enregistrent les pourcentages les plus faibles d'adultes à ce niveau.

Dans l'ensemble des pays participants, 83.3 % des adultes atteignent au moins le niveau 2. Les pays où le pourcentage d'adultes atteignant au moins ce niveau est le plus élevé sont le Japon (93.9 %), la Finlande (89.4 %), la République slovaque (88.1 %) et la République tchèque (87.6 %). C'est en Italie (71.7 %), en Espagne (71.7 %) et aux États-Unis (78.3 %) que ce pourcentage est le plus faible.

#### **Compétences au niveau 1 (scores allant de 176 points à moins de 226 points)**

Au niveau 1, les adultes sont en mesure de lire des textes numériques ou imprimés continus, non continus ou mixtes relativement courts afin de trouver une information identique ou synonyme à l'information donnée dans la question ou la consigne. Les textes comprennent peu d'informations contradictoires. Les adultes atteignant ce niveau peuvent remplir des formulaires simples, comprennent le vocabulaire de base, saisissent le sens des phrases et lisent des textes continus avec une certaine aisance.

Dans l'ensemble des pays, 12.2 % des adultes, en moyenne, se situent au niveau 1. Un peu plus d'un adulte sur cinq atteint ce niveau en Italie (22.2 %) et en Espagne (20.3 %), contre un sur vingt-cinq au Japon (4.3 %). Le pourcentage d'adultes se situant à ce niveau est également faible en Finlande (8.0 %), aux Pays-Bas (9.1 %), en Norvège (9.3 %), en Australie (9.4 %), en Suède (9.6 %) et en République slovaque (9.7 %).

Les pays où le pourcentage d'adultes dont le score est inférieur ou égal au niveau 1 est le plus élevé sont l'Italie (27.7 %), l'Espagne (27.5 %) et la France (21.6 %). À l'inverse, le Japon (4.9 %), la Finlande (10.6 %), la République slovaque (11.6 %) et les Pays-Bas (11.7 %) comptent la proportion la plus basse d'adultes de ce niveau.

#### **Compétences en deçà du niveau 1 (scores inférieurs à 176 points)**

Les individus se situant à ce niveau sont capables de lire des textes succincts sur des sujets familiers et de localiser une information unique de forme identique à la question ou à la consigne. Seul un vocabulaire de base est requis et le lecteur n'a pas besoin de comprendre la structure des phrases ou des paragraphes. Les tâches inférieures au niveau 1 ne font appel à aucune caractéristique propre aux textes numériques.

En moyenne, 3.3 % des adultes ont un niveau inférieur au niveau 1. C'est en Espagne que l'on trouve le pourcentage le plus élevé d'adultes dont le score est inférieur au niveau 1 (7.2 %), suivie de l'Italie (5.5 %), de la France (5.3 %) et de l'Irlande (4.3 %). Encore une fois, le Japon compte la proportion la plus faible d'adultes se situant à ce niveau (0.6 %), suivi de la République tchèque (1.5 %), de la République slovaque (1.9 %) et de l'Estonie (2.0 %). L'évaluation des composantes de lecture fournit des informations plus détaillées sur les aptitudes des lecteurs dont le niveau de compétence est très faible (voir l'encadré 2.5).

## Exemples d'items de numératie

Les items illustrant les caractéristiques pertinentes des niveaux de compétence dans le domaine de la numératie sont décrits ci-dessous (OCDE, 2013).

**Inférieur au niveau 1 : étiquette de prix** (ID d'item : C602A501) **contenu** : quantité et nombre  
**Stratégies cognitives** : agir sur et utiliser

**Contexte** : personnel

**Degré de difficulté** : 168

Le stimulus de cet item se compose de quatre étiquettes de prix de supermarché. Elles identifient le produit, le prix au kilogramme, le poids net, la date d'emballage et le prix total. Le répondant doit indiquer le produit qui a été emballé en premier par une simple comparaison des dates sur les étiquettes de prix.

**Niveau 1 : bougies** (ID d'item : C615A602) **contenu** : dimension et forme

**Stratégies cognitives** : interpréter, évaluer **contexte** : éducation et formation

**Degré de difficulté** : 221

Le stimulus de cet item se compose d'une photo d'une boîte contenant des bougies chauffe-plats. L'emballage identifie le produit (des bougies chauffe-plats), le nombre de bougies dans la boîte (105) et son poids. Bien que l'emballage recouvre en partie la couche supérieure des bougies, on peut voir qu'elles sont rangées en cinq rangées de sept bougies. La consigne indique au répondant qu'une boîte contient 105 bougies et lui demande de calculer le nombre de couches de bougies chauffe-plats dans la boîte.

**Niveau 2 : Journal de bord** (ID d'item : C613A520) **contenu** : structures, rapports et changements **Stratégies cognitives** : agir sur et utiliser **contexte** : professionnel

**Degré de difficulté** : 250

Le stimulus de cet item se compose d'une page provenant du journal de bord d'un véhicule comprenant plusieurs colonnes : la date du voyage (début et fin), l'objectif du voyage, le relevé du compteur kilométrique (début et fin), la distance parcourue, la date de saisie, et le nom et la signature du conducteur. La colonne de la distance parcourue est remplie pour la première date de voyage (5 juin). La consigne indique au répondant qu'un « représentant commercial conduit sa propre voiture et doit consigner les kilomètres parcourus dans un Journal de bord du véhicule. Quand il se déplace, son employeur lui rembourse 0.35 euro par kilomètre, ainsi que 40.00 euros par jour pour ses frais divers, comme ses frais de repas. » Le répondant doit calculer le montant qui lui sera remboursé pour le déplacement du 5 juin. (Remarque : les unités de distance et la devise sont adaptées en fonction des unités utilisées dans chaque pays.)

**Niveau 3 : emballage** (ID d'item : C657P001) **contenu** : dimension et forme

**Stratégies cognitives** : interpréter, évaluer **contexte** : professionnel

**Degré de difficulté** : 315

Le stimulus de cet item se compose de l'illustration d'une boîte fabriquée en feuilles de carton pliées. Les dimensions du carton sont indiquées. Le répondant doit trouver quel plan correspond le mieux à la boîte parmi les quatre plans présentés dans le stimulus.

**Niveau 4 : niveau de formation** (ID d'item : C632P001) **contenu** : données et probabilités

**Stratégies cognitives** : interpréter, évaluer

**Contexte** : société et collectivité

**Degré de difficulté** : 354

Le stimulus de cet item se compose de deux histogrammes empilés présentant la répartition de la population mexicaine par années de scolarisation, séparément pour les femmes et les hommes. L'ordonnée de chaque graphique s'intitule « pourcentage » et comprend 6 points : « 0 % », « 20 % », « 40 % », « 60 % », « 80 % » et « 100 % ». L'abscisse s'intitule « année » et comprend les points correspondant aux années 1960, 1970, 1990, 2000 et 2005. La légende indique trois catégories de scolarisation : « plus de 6 années de scolarisation », « jusqu'à 6 années de scolarisation » et « pas de scolarisation ». Le répondant doit trouver le pourcentage approximatif, en 1970, d'hommes au Mexique qui ont été scolarisés pendant plus de 6 années à partir d'un menu déroulant proposant 10 pages de réponses : « 0-10 % », « 10-20 % », etc.

## Niveaux de compétence en numératie

### Compétences au niveau 5 (scores égaux ou supérieurs à 376 points)

Les adultes parvenant au niveau 5 sur l'échelle de compétence en numératie peuvent comprendre des représentations complexes, ainsi que des concepts abstraits, statistiques ou mathématiques classiques, parfois enfouis dans des textes complexes. Ils sont à même : d'intégrer plusieurs types d'informations demandant un travail de traduction ou d'interprétation considérable ; de réaliser des inférences ; de développer ou d'utiliser des arguments ou des modèles mathématiques ; et de justifier, d'évaluer ou de réfléchir de façon critique sur leurs solutions ou leurs choix.

Seul 1.1 % des adultes atteint le niveau 5, en moyenne. La Finlande (2.2 %) compte le pourcentage le plus élevé d'adultes à ce niveau, suivie de la Suède (1.9 %), de la Norvège (1.7 %), du Danemark (1.7 %) et de la Flandre (Belgique) (1.6 %).

### Compétences au niveau 4 (scores allant de 326 points à moins de 376 points)

Au niveau 4, les adultes comprennent un large éventail d'informations mathématiques parfois complexes, abstraites ou intégrées dans des contextes inconnus. Ils sont en mesure de mener à bien des tâches en plusieurs étapes, et de sélectionner les stratégies et processus de résolution de problèmes appropriés. Ils peuvent effectuer des analyses ou des raisonnements plus complexes au sujet de quantités et de données, de statistiques et de probabilités, de rapports spatiaux, ainsi que sur des changements, des proportions et des formules. Enfin, ils sont capables de comprendre des arguments et d'expliquer de façon argumentée leurs choix et leurs réponses.

En moyenne, 11.4 % des adultes atteignent le niveau 4. Le Japon (17.3 %) et la Finlande (17.2 %) ont la proportion la plus élevée d'adultes atteignant ce niveau, ainsi que la proportion la plus élevée d'adultes atteignant ou dépassant ce niveau. À l'autre extrémité de l'échelle, en Espagne (4.0 %) et en Italie (4.3 %), moins de la moitié du pourcentage moyen d'adultes atteint ce niveau. C'est également dans ces pays que l'on trouve la proportion la plus faible d'adultes atteignant ou dépassant le niveau 4.

### Compétences au niveau 3 (scores allant de 276 points à moins de 326 points)

Au niveau 3, les adultes parviennent à effectuer des tâches nécessitant de comprendre des informations mathématiques moins explicites, enfouies dans des contextes parfois non familiers et représentées de façon plus complexe. Ils peuvent réaliser des tâches en plusieurs étapes et pouvant nécessiter de choisir des stratégies de résolution de problèmes et des processus adaptés. Ils disposent d'un bon sens des nombres et de l'espace, sont à même de reconnaître et d'utiliser les rapports, structures et proportions mathématiques exprimées de façon verbale ou numérique, et d'interpréter et analyser de façon sommaire les données et statistiques de textes, tableaux et graphiques.

Environ 34.4 % des adultes parviennent au niveau 3. Le Japon compte le pourcentage le plus élevé d'adultes atteignant ce niveau (43.7 %), suivi de la République slovaque (41.1 %), de la République tchèque (40.4 %) et des Pays-Bas (39.4 %). En revanche, l'Italie compte le pourcentage le plus faible d'adultes parvenant au niveau 3 (24.4 %), suivie de l'Espagne (24.5 %) et des États-Unis (25.9 %).

En moyenne, 46.8 % des adultes atteignent ou dépassent le niveau 3. Plus de 55 % des adultes atteignent ou dépassent ce niveau au Japon (62.6 %), en Finlande (57.9 %), en Suède (56.6 %) et aux Pays-Bas (56.4 %), contre moins de 35 % des adultes en Espagne (28.5 %), en Italie (28.9 %) et aux États-Unis (34.4 %).

### Compétences au niveau 2 (scores allant de 226 points à moins de 276 points)

Au niveau 2, les adultes sont en mesure de reconnaître et d'agir sur des informations et des concepts mathématiques se trouvant dans différents contextes courants dont le contenu mathématique est assez explicite ou visuel, avec relativement peu de distracteurs. Les tâches peuvent demander de procéder en deux étapes ou plus, et par exemple d'effectuer des calculs avec des nombres entiers et des nombres décimaux, des pourcentages et des fractions, des mesures et des représentations spatiales simples, des estimations, et d'interpréter des données et des statistiques relativement simples dans des textes, des tableaux et des graphiques.

En moyenne, un adulte sur trois (33.0 %) se situe au niveau 2. L'Espagne (40.1 %) compte le pourcentage le plus élevé d'adultes à ce niveau, suivie de la Corée (39.4 %) et de l'Italie (38.8 %), alors que la Flandre (Belgique) (27.7 %), le Japon (28.1 %) et les Pays-Bas (28.2 %) comptent le pourcentage le plus faible d'adultes au niveau 2.

Environ 79.8 % des adultes parviennent au moins au niveau 2. Les pays où la proportion d'adultes atteignant au moins le niveau 2 est la plus élevée sont le Japon (90.6 %), la Finlande (87.2 %), la République tchèque (86.5 %) et la République slovaque (86 %). Par contraste, c'est aux États-Unis (67.1 %), en Italie (67.7 %) et en Espagne (68.6 %) que la proportion d'adultes atteignant au moins le niveau 2 est la plus faible.

**Compétences au niveau 1 (scores allant de 176 points à moins de 226 points)**

Au niveau 1, les adultes sont à même d'effectuer des opérations mathématiques de base dans des contextes courants et concrets présentant un contenu mathématique explicite avec peu de textes et un nombre limité de distracteurs. Ils réussissent à mener à bien des processus simples ou en une étape demandant de compter, de classer, d'effectuer des opérations arithmétiques de base, de comprendre des pourcentages simples, et de localiser et de reconnaître des éléments de représentations graphiques ou spatiales simples ou courantes.

Environ 14 % des adultes se situent au niveau 1. C'est au Japon (7.0 %) que la proportion d'adultes atteignant ce niveau est la plus basse, suivi des Pays-Bas (9.7 %), de la Finlande (9.7 %), de la République slovaque et de la Suède (toutes deux à 10.3 %). En revanche, l'Italie compte le pourcentage le plus élevé d'adultes se situant au niveau 1 (23.7 %), suivie de l'Espagne (21.1 %) et des États-Unis (19.6 %).

Les pays où la proportion d'adultes se situant au niveau 1 ou à un niveau inférieur est la plus élevée sont l'Italie (31.7 %), l'Espagne (30.6 %) et les États-Unis (28.7 %). En revanche, le Japon (8.1 %), la Finlande (12.8 %), la République tchèque (12.9 %) et les Pays-Bas (13.2 %) comptent la proportion la plus faible d'adultes atteignant le niveau 1 ou un niveau inférieur.

**Compétences en deçà du niveau 1 (scores inférieurs à 176 points)**

À ce niveau, les adultes ne sont à même que d'effectuer des opérations très simples, dans des contextes concrets et familiers où le contenu mathématique est explicite et demande de réaliser des processus simples comme compter, classer, exécuter des calculs arithmétiques de base avec des nombres entiers ou de l'argent, ou encore reconnaître des représentations spatiales courantes. Les adultes qui obtiennent un score inférieur à 176 points ont un niveau inférieur au niveau 1.

En moyenne, 5 % des adultes ont atteint un niveau inférieur au niveau 1. La proportion la plus élevée d'adultes dont le niveau est inférieur au niveau 1 s'observe en Espagne (9.5 %), en France (9.1 %) et aux États-Unis (9.1 %), avec des pourcentages presque deux fois plus élevés que la proportion moyenne. La proportion la plus faible d'adultes de ce niveau s'observe au Japon (1.2 %), suivi de la République tchèque (1.7 %), de l'Estonie (2.4 %), de la Flandre (Belgique) (3.0 %) et de la Finlande (3.1 %).

## Exemples d'items de résolution de problèmes dans des environnements à forte composante technologique

Les items illustrant les caractéristiques pertinentes des niveaux de compétence dans le domaine de la résolution de problèmes dans des environnements à forte composante technologique sont décrits ci-dessous (voir également le tableau 4.4 dans le *Manuel à l'usage des lecteurs* accompagnant le présent rapport [OCDE, 2013]).

**Niveau 1 : invitations à un événement** (ID d'item : U01A) **Stratégies cognitives** : planifier et utiliser des informations **technologie** : messagerie électronique

**Contexte** : personnel

**Degré de difficulté** : 286

Cette tâche demande de classer des courriers électroniques dans des dossiers préexistants. Une interface de messagerie contenant cinq courriers électroniques dans une boîte de réception est affichée. Ces courriers électroniques sont des réponses à une invitation à un événement. Le répondant doit les placer dans un dossier préexistant afin de répertorier les personnes qui assisteront à l'événement et celles qui n'y assisteront pas. L'élément requiert que le répondant « classe un petit nombre de messages dans une application de messagerie électronique dans des dossiers préexistants selon un critère unique ». La tâche s'effectue dans un seul environnement familier et l'objectif est clairement énoncé en termes opérationnels. La résolution du problème comprend un nombre relativement peu élevé d'étapes et l'utilisation d'une quantité réduite d'opérateurs. Elle n'exige pas un niveau de contrôle significatif pour un grand nombre d'actions.

**Niveau 2 : adhésion à un club** (ID d'item : U19b)

**Stratégies cognitives** : établir des objectifs et suivre les progrès accomplis, planifier, acquérir et évaluer des informations, et utiliser des informations

**technologie** : feuille de calcul, messagerie électronique

**Contexte** : société et collectivité

**Degré de difficulté** : 296

Cette tâche demande de répondre à une demande de renseignements. Pour ce faire, le répondant doit localiser les informations dans une feuille de calcul et les envoyer ensuite par courrier électronique à la personne qui a effectué la demande. Un document de traitement de texte demandant d'identifier les membres d'un club de cyclisme qui répondent à deux critères et une feuille de calcul avec 200 entrées contenant les informations pertinentes sont soumis au répondant. Le répondant doit extraire ces informations en utilisant une fonction de tri. Cet élément requiert que le répondant « organise une grande quantité d'informations dans une feuille de calcul à plusieurs colonnes en utilisant plusieurs critères explicites, puis localise et indique les entrées pertinentes ». La tâche nécessite de permuter entre deux applications différentes et inclut de multiples étapes et opérateurs. Elle exige également un certain niveau de contrôle. L'utilisation des outils disponibles facilite grandement l'identification des entrées appropriées.

**Niveau 3 : Salles de réunion** (ID d'item : U02)

**Stratégies cognitives** : établir des objectifs et suivre les progrès accomplis, planifier, acquérir et évaluer des informations, et utiliser des informations

**Technologie** : messagerie électronique, Internet

**Contexte** : professionnel

**Degré de difficulté** : 346

Cette tâche implique de gérer plusieurs demandes de réservation d'une salle de réunions pour une date donnée à l'aide d'un système de réservation. Après s'être aperçu qu'il était impossible de donner suite à une des demandes, le répondant doit informer la personne à l'origine de cette demande par courrier électronique. Pour réussir cette tâche, il devra tenir compte de plusieurs contraintes (il peut s'agir, par exemple, du nombre de salles disponibles et des réservations préalablement effectuées). Il existe des impasses, car les contraintes initiales créent un conflit (une des demandes de réservation ne peut être satisfaite). L'impasse doit être résolue en créant un nouveau sous-objectif, c'est-à-dire envoyer un message standard répondant négativement à l'une des demandes. L'environnement compte deux applications : d'une part, une interface de messagerie contenant un certain nombre de courriers électroniques ayant pour objet plusieurs demandes de réservation d'une salle de réunion, et d'autre part, une application web de réservation qui permet à l'utilisateur d'affecter des salles pour des réunions à des plages horaires données

Cet item demande que le répondant « utilise les informations provenant d'une application web inconnue et de plusieurs courriers électroniques, qu'il établisse et applique des critères pour résoudre le problème de planification qui présente une impasse à laquelle il faut trouver une solution, et qu'il en communique les résultats ». La tâche implique plusieurs applications, un grand nombre d'étapes, une impasse, ainsi que la découverte et l'utilisation des commandes adéquates dans un environnement nouveau. Le répondant doit établir un plan d'action et en superviser la mise en œuvre afin de minimiser le nombre de conflits. En outre, il doit transférer les informations d'une application (la messagerie électronique) à une autre (l'outil de réservation de salles).

## **Niveau de compétences résolution de problèmes dans des environnements à forte composante technologique**

### **Compétences au niveau 3 (scores égaux ou supérieurs à 341 points)**

Au niveau 3, les adultes peuvent effectuer des tâches impliquant plusieurs applications, un grand nombre d'étapes, des impasses, ainsi que la découverte et l'utilisation de commandes adaptées aux circonstances dans un environnement nouveau. Ils sont en mesure d'établir un plan d'action qui permettra d'aboutir à une solution et de superviser sa mise en œuvre tout en faisant face à des imprévus et à des impasses.

Environ 5.8 % des adultes parviennent au niveau 3. La Suède (8.8 %), la Finlande (8.4 %) et le Japon (8.3 %) sont les pays où la proportion d'adultes atteignant le niveau 3 est la plus élevée. Viennent ensuite les Pays-Bas (7.3 %), le Canada (7.1 %) et l'Allemagne (6.8 %).

### **Compétences au niveau 2 (scores allant de 291 points à moins de 341 points)**

Au niveau 2, les adultes peuvent résoudre des problèmes présentant des critères de réussite explicites, un nombre limité d'applications, et plusieurs étapes et opérateurs. Ils sont en mesure de contrôler leur progression vers la solution et de faire face à des événements imprévus ou à des impasses.

En moyenne, 28.2 % des adultes atteignent le niveau 2. Plus de 30 % des adultes en Suède (35.2 %), en Norvège (34.9 %), aux Pays-Bas (34.3 %), en Finlande (33.2 %), au Danemark (32.3 %) et en Australie (31.8 %) atteignent ce niveau, tandis que ce pourcentage est inférieur à 25 % en Pologne (15.4 %), en Irlande (22.1 %), en République slovaque (22.8 %) et en Estonie (23.2 %). En moyenne, 34.0 % des adultes atteignent ou dépassent le niveau 2. Cela signifie qu'un peu plus d'un adulte sur trois, en moyenne, est capable de réussir des items tels que l'item *Adhésion à un club* décrit dans l'encadré 2.9. Plus de 40 % des adultes en Suède (44 %), en Finlande (41.6 %), aux Pays-Bas (41.5 %) et en Norvège (41 %) atteignent ce niveau ou un niveau supérieur. La Pologne est le pays où la proportion d'adultes atteignant le niveau 2 ou un niveau supérieur est la plus faible (19.2 %). Elle est suivie de l'Irlande (25.3 %) et de la République slovaque (25.6 %).

### **Compétences au niveau 1 (scores allant de 241 points à moins de 291 points)**

Au niveau 1, les adultes peuvent effectuer des tâches dont l'objectif est clairement énoncé et pour lesquelles les opérations nécessaires sont réalisées dans une seule application qui leur est familière. Ils sont en mesure de résoudre des problèmes dans des environnements à forte composante technologique qui impliquent un nombre réduit d'étapes, l'utilisation d'un nombre restreint d'opérateurs et un niveau de contrôle limité pour un grand nombre d'actions afin d'aboutir à la solution.

Environ 29.4 % des adultes parviennent au niveau 1. L'Angleterre/Irlande du Nord (Royaume-Uni) (33.9 %), les États-Unis (33.1 %) et le Danemark (32.9 %) sont les pays où la proportion d'adultes se situant à ce niveau est la plus élevée.

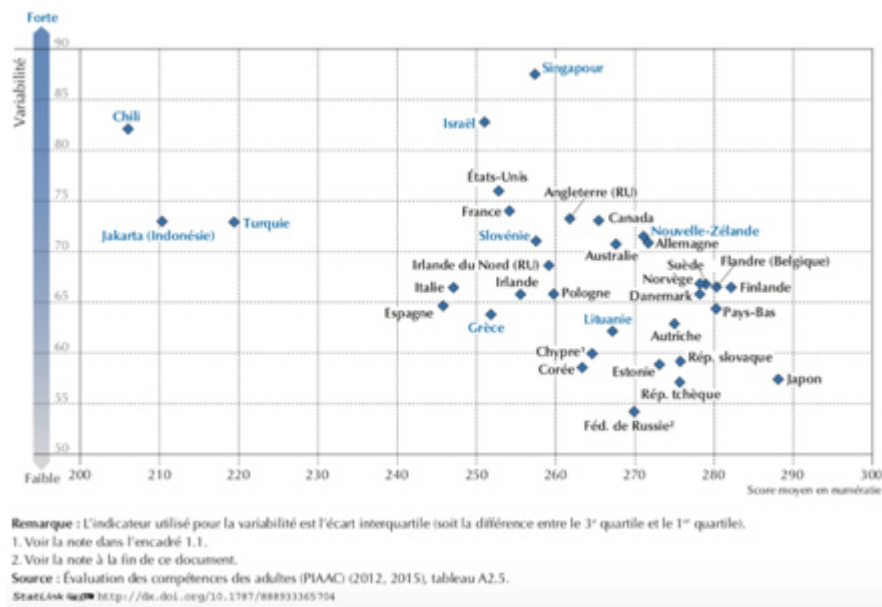
### **Compétences en deçà du niveau 1 (scores inférieurs à 241 points)**

En deçà du niveau 1, les adultes peuvent effectuer des tâches dont l'objectif est clairement énoncé et pour lesquelles les opérations nécessaires sont réalisées dans une seule application qui leur est familière. Ils parviennent à résoudre des problèmes qui impliquent un nombre réduit d'étapes, l'utilisation d'un nombre restreint d'opérateurs et un niveau de contrôle limité pour un grand nombre d'actions.

Environ 12.3 % des adultes ont un niveau inférieur au niveau 1. C'est aux États-Unis (15.8 %), en Angleterre/Irlande du Nord (Royaume-Uni) (15.1 %), en Flandre (Belgique) (14.8 %) et au Canada (14.8 %) que l'on observe la plus forte proportion d'adultes se situant en deçà du niveau 1.

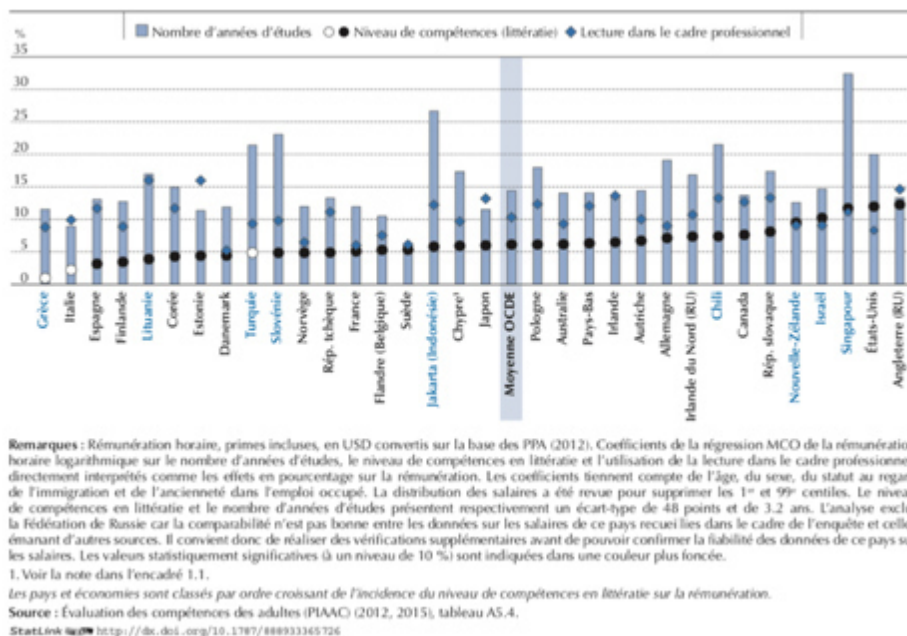
**Annexes B : Résultats extraits du programme PIAAC (OCDE, 2016).**

**Annexe B.1 : Scores en numératie : moyenne et variabilité selon les pays.**



**Figure.** Graphique représentant les scores en numératie : moyenne et variabilité (OCDE, 2016, p. 8).

**Annexe B.2 : Incidence du nombre d’années d’études, du niveau de compétences en littératie et de l’utilisation de la lecture dans le cadre professionnel sur la rémunération, selon les pays.**



**Figure.** Graphique représentant l'incidence du nombre d'années d'études, du niveau de compétences en littératie et de l'utilisation de la lecture dans le cadre professionnel sur la rémunération (OCDE, 2016, p. 11).



Annexe B.3 : Niveau de compétences en littératie, selon le niveau de formation, selon les pays.



Remarques : Toutes les différences sont statistiquement significatives. Par « inférieur au deuxième cycle du secondaire », on entend les niveaux CITE 1, 2 et 3C court. Par « deuxième cycle du secondaire », on entend les niveaux CITE 3A, 3B, 3C long et 4. Par « tertiaire », on entend les niveaux CITE 5A, 5B et 6. Dans la mesure du possible, les diplômes étrangers sont inclus au niveau correspondant le plus proche dans les systèmes d'éducation nationaux respectifs.

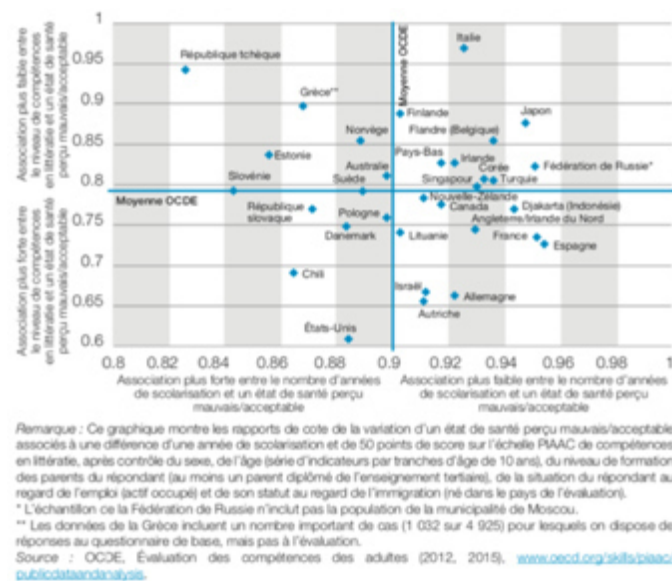
1. Voir la note dans l'encadré 1.1.  
 2. Voir la note à la fin de ce document.

Les pays et économies sont classés par ordre décroissant du score moyen en littératie des adultes âgés de 25 à 65 ans diplômés de l'enseignement tertiaire.

Source : Évaluation des compétences des adultes (PIAAC) (2012, 2015), tableau A3.2 (L).

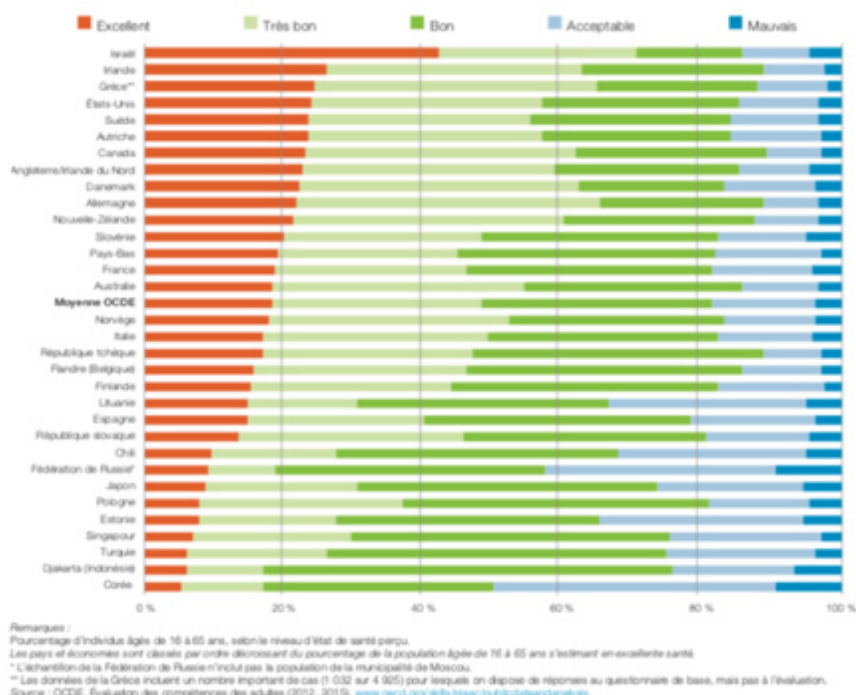
Figure. Graphique représentant le niveau de compétences en littératie, selon le niveau de formation (OCDE, 2016, p. 10).

Annexe B.4 : Variation entre les pays des gradients relatifs au nombre d'années de scolarisation et au niveau de compétences en littératie dans l'état de santé perçu.



**Figure.** Graphique représentant la variation entre les pays des gradients relatifs au nombre d'années de scolarisation et au niveau de compétences en littératie dans l'état de santé perçu (Borgonovi & Pokropek, 2016, p. 11 ; OCDE, 2016, p. 4).

Annexe B.5 : État de santé perçu dans les pays participant à l'Évaluation des compétences des adultes.



**Figure.** Graphique représentant l'état de santé perçu dans les pays participant à l'Évaluation des compétences des adultes (Borgonovi & Pokropek, 2016, p. 11 ; OCDE, 2016, p. 2).

**Annexes C** : Le questionnaire de notre étude (partie 1 : HLQ ; partie 2 : questions socio-démographiques)

Annexe C 1 : Extrait de la Version française du HLQ (health literacy questionnaire, Osborne, 2013).



French (France)

Code d'anonymisation \_\_\_\_\_

### Comprendre la santé et les services de santé

Merci de prendre le temps nécessaire pour remplir le présent questionnaire.

Votre participation nous aidera à améliorer nos services dans les domaines de la santé et des soins.

Dans ce questionnaire, l'expression "professionnels de santé" fait référence aux médecins, aux infirmières, aux kinésithérapeutes, aux diététiciens et à tous les autres professionnels qui travaillent dans le domaine de la santé.

The Health Literacy Questionnaire (HLQ) © Copyright 2014 Deakin University. Authors: Richard Osborne, Rachelle Boothby, Kay Richardson, Gerald B. Edwards. No part of the HLQ can be reproduced, copied, altered or translated without the permission of the authors. Further information: HLQ.info@deakin.edu.au

**Informations et consignes pour remplir ce questionnaire**  
Ce questionnaire comprend deux parties.  
Dans la 1<sup>ère</sup> Partie, vous devez indiquer à quel degré vous êtes d'accord ou non avec chacune des affirmations.  
Dans la 2<sup>ème</sup> Partie, vous devez préciser à quel point il vous est facile ou difficile de faire ce qui vous est indiqué dans chacune des affirmations.  
Pour chaque affirmation, veuillez cocher la case qui correspond le mieux à votre situation en ce moment.

**Exemple**

Pas du tout d'accord  
 Pas d'accord  
 D'accord  
 Tout à fait d'accord

1. La Terre est plate

Madame X a indiqué qu'elle n'est pas du tout d'accord avec cette affirmation.

**Début de la 1<sup>ère</sup> partie du questionnaire**  
Veuillez indiquer à quel degré vous êtes d'accord ou pas d'accord avec chacune des affirmations ci-dessous. Cochez une seule case pour chaque affirmation.

Pour cocher la case, faites une croix comme indiqué:

Pas du tout d'accord  
 Pas d'accord  
 D'accord  
 Tout à fait d'accord

1	Je pense avoir de bonnes informations sur la santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	J'ai au moins un professionnel de santé qui me conseille bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Je peux trouver plusieurs personnes autour de moi qui me comprennent et me soutiennent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Je compare les informations sur la santé qui viennent de différentes sources	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Lorsque je ne me sens pas bien, les personnes autour de moi comprennent vraiment ce qui m'arrive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Je passe vraiment du temps à prendre soin de ma santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Quand je découvre une nouvelle information sur la santé, je vérifie si elle est vraie ou non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

The Health Literacy Questionnaire (HLQ) © Copyright 2014 Deakin University. Authors: Richard Osborne, Rachelle Boothby, Kay Richardson, Gerald B. Edwards. No part of the HLQ can be reproduced, copied, altered or translated without the permission of the authors. Further information: HLQ.info@deakin.edu.au

Annexe C 2 : Les dimensions du HLQ.



The Health Literacy Questionnaire (HLQ) Scales and Items

Not for distribution

**Scales 1 to 5:** How strongly do you disagree or agree with the following statements  
(Strongly disagree/Disagree/Agree/Strongly agree)

**1. Feeling understood and supported by healthcare providers**

**High:** Has an established relationship with at least one healthcare provider who knows them well and who they trust to provide useful advice and information and to assist them to understand information and make decisions about their health.

**Low:** People who are low on this domain are unable to engage with doctors and other healthcare providers. They don't have a regular healthcare provider and/or have difficulty seeing healthcare providers as a source of information and/or advice.

I have at least one healthcare provider ..... 8

I have at least one healthcare provider I can rely on ..... 17

I have the healthcare providers I need to help me ..... 22

I can rely on at least one healthcare provider

**2. Having sufficient information to manage my health**

**High:** Feels confident that they have all the information that they need to live with and manage their condition and to make decisions

**Low:** Feels that there are many gaps in their knowledge and that they don't have the information they need to live with and manage their health concerns

I feel I have sufficient information ..... 3

I have enough information to ..... 30

I am sure I have all the information I need to ..... 34

I have all the information I need to look after my health ..... 23

**3. Actively managing my health**

**High:** Recognise the importance of and are able to take responsibility for their own health. They proactively engage in their own care and make their own decisions about their health.

**Low:** People with low levels don't see their health as their responsibility, they are not engaged in their healthcare and regard healthcare as something that is done to them.

I spend quite a lot of time ..... 6

I make plans for what I need to do to be healthy ..... 9

Despite other things in my life ..... 13

I set my own goals about ..... 18

There are things that I do regularly to ..... 25

The Health Literacy Questionnaire (HLQ) © Copyright 2014 Deakin University. Authors: Richard Osborne, Rachelle Boothby, Kay Richardson, Gerald B. Edwards. No part of the HLQ can be reproduced, copied, altered or translated without the permission of the authors. Further information: HLQ.info@deakin.edu.au

Updated June 2013

## Annexe C 3 : Questions sociodémographiques du questionnaire.

### 3è partie : Aspect généraux

3è partie : Aspects généraux

Aligner à gauche

\* Quel est votre age ?  
Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez choisir ...

- ✓ Veillez choisir ...
- 13 ans
- 14 ans
- 15 ans
- 16 ans
- 17 ans
- 18 ans
- 19 ans
- 20 ans
- 21 ans
- 22 ans
- 23 ans
- 24 ans

\* Quel est votre sexe ?

Féminin  Masculin

Quelle est votre lieu de naissance ?  
Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez choisir ...

- ✓ Veillez choisir ...
- France
- Europe
- Afrique
- Asie
- Amérique du Nord
- Amérique du Sud
- Autre

\* Quelle est votre nationalité?  
Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Française  
 Autre :

\* Combien êtes-vous à la maison en vous comptant ?  
Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

1  
 2  
 3  
 4  
 5  
 Plus

\* Quelle est la nationalité de votre mère ou tuteur 1 ?  
Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Française  
 Autre :

\* Quelle est la nationalité de votre père ou tuteur 2 ?  
Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Française  
 Autre :

**\* Parlez-vous français à la maison ?**  
 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Oui  
 Non  
 Un peu

**Vous vivez**  
 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

En ville  
 A la campagne  
 Sans réponse

**\* Quelle formation suivez-vous ?**  
 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

un CAP  
 un Bac Pro

**\* Dans quel département est situé votre établissement ?**  
 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

AIN (01)  
 LOIRE (42)  
 RHONE (69)  
 ISERE (38)  
 La Martinique, la Guadeloupe, la Guyane, la Réunion Mayotte (DROM)  
 La Polynésie, la Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna (COM)  
 BOUCHES DU RHONE (13)  
 VAUCLUSE (84)  
 ALPES DE HAUTES PROVENCE (04)  
 HAUTES ALPES (05)  
 PAS DE CALAIS (62)  
 NORD (59)  
 SEINE ET MARNE (77)  
 Option 14SEINE ST DENIS (93)  
 VAL DE MARNE (94)  
 Autre :

**\* Quelle est votre filière professionnelle ?**  
 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- ✓ Veuillez choisir ...
- Administration, gestion et commerce
  - Secteur automobile
  - Secteur beauté
  - Secteur BTP
  - Secteur commerce
  - Secteur communication / multimédia / informatique
  - Secteur hygiène / environnement
  - Secteur secteur industrie
  - Secteur logistique / transport / électronique / maintenance
  - Secteur mode / textile
  - Secteur sécurité / défense
  - Secteur service à la personne
  - Secteur tourisme / hôtellerie / restauration

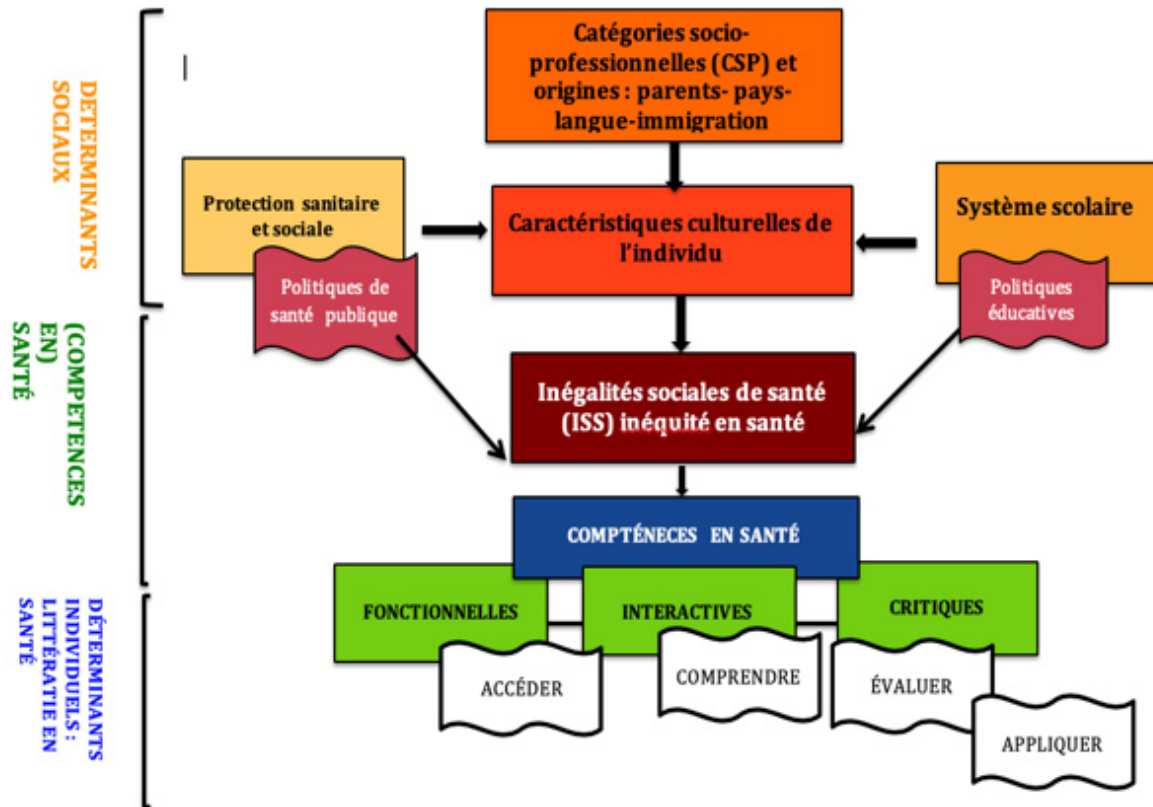
**\* Quelle est la situation professionnelle de votre mère ou tuteur 1 ?**  
 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- ✓ Veuillez choisir ...
- Agriculteur
  - Artisan, commerçant, chef d'entreprise
  - Cadre profession intermédiaire
  - Ouvrier, employé
  - Autre (sans emploi, non retraité)

**Quelle est la situation professionnelle de votre père ou tuteur 2 ?**  
 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- ✓ Veuillez choisir ...
- Agriculteur
  - Artisan, commerçant, chef d'entreprise
  - Cadre profession intermédiaire
  - Ouvrier, employé
  - Autre (sans emploi, non retraité)

**Annexe D** : Carte conceptuelle des éléments de l'étude littératie en santé et ISS en LP



**Annexe E** : Tableau des catégories de questions du focus group littératie en santé et LP

Catégories	Questions qui apparaissent en lien avec l'objet d'étude
<b>1. Données de contexte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- habitation : milieu rural ou urbain, grande ville</li> <li>- scolarisation : type de lycée, filière (industrielle, tertiaire), choix dans l'orientation, choix dans la scolarisation, niveau (1 CAP, 2CAP, 1 BAC Pro...), nombre d'élèves par classe, , climat scolaire dan le LP, sentiment de réussite ou pas, parcours scolaire et scolarisation récente, assiduité</li> <li>- protection sociale et sanitaire : visite médicale, nbre de visites par an, professionnel le plus vu (infirmière scolaire, médecin, AS, autre), aide d'une tierce personne, suivi particulier (éducation ou médical), autonomie,</li> </ul>
<b>2. Données relatives à l'individu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- individu : âge, sexe, fratrie, famille, langue, lieu de naissance lecture, bien être santé, culture, maitrise de la langue</li> <li>- parents : origine, travail, CSP, immigration et type (économique, politique, sanitaire, familiale), couple ou séparé, recomposée</li> </ul>
<b>3. Données de littératie en santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le niveau 1, celui des compétences très faibles. À ce niveau, une personne n'est pas capable de déterminer correctement une dose de médicament à administrer à un enfant comme indiqué sur l'emballage.</li> <li>- Le niveau 2, celui de la lecture de textes simples, explicites, correspondant à des taches peu complexes. À ce niveau, une personne peut avoir acquis des compétences pour répondre aux exigences de la vie quotidienne, mais il lui est difficile de mettre en œuvre de nouvelles exigences comme l'assimilation de compétences professionnelles.</li> <li>- Le niveau 3, celui du minimum convenable pour composer avec les exigences de la vie quotidienne et du travail dans une société complexe et évoluée. Ce niveau correspond au niveau de compétences nécessaire pour obtenir un diplôme d'études secondaires et accéder aux études postsecondaires.</li> <li>- Les niveaux 4 et 5, ceux des compétences supérieures. À ces niveaux, une personne peut traiter de l'information beaucoup plus complexe.</li> </ul>
<b>4. données relatives à l'état de santé</b>	État de santé physique, mentale et sociale
<b>5. données relatives à l'accès à la santé</b>	<i>Perception de la santé</i>

**Annexe F** : les cartes d'entretien littératie en santé et LP

CATEGORIES POSSIBLES CARTES ENTRETIEN

EDUCATION A LA SANTE ET  
INTERCULTURALITÉ

1  
CONTEXTE CULTUREL

2  
INDIVIDU

3  
LITTERATIE EN SANTÉ

4  
ETAT DE SANTÉ

5  
ACCÈS À L'ASANTÉ



## Annexe G : verbatim du Focus group.

-\*L\_C

vous voyez je n'ai pas de question à vous poser e réalité puisque en fait, j'ai préparé des petites cartes et en fait par rapport à ces cartes qui reprennent certaines thématiques en fait j'aimerais que vous vous exprimiez les uns et les autres librement. ça serre à rien de vous forcer, c'est à dire que j'attends pas de bonnes réponses ni de mauvaises réponses en fait, j'attends juste des discussions en fait des échanges, ça vous va ?

-\*L\_E3

c'est plutôt dans le genre débat ou

-\*L\_C

ça peut être alors par exemple quelqu'un va pouvoir dire quelque chose sur une thématique par rapport à une carte et puis i l'autre il n'est pas d'accord, ben non moi je vois ça comme ça, je ne sus pas d'accord avec toi, etc. y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, voilà c'est vraiment une discussion libre. Ce que je voudrais vous dire par contre c'est que tout ce qui se dit ici bien je vous ai dit non seulement il y aura l'anonymat et puis ça ne sortira pas d'ici

-\*L\_E3

ça sortira sur France ou France 2 moi je vous donne mon accord

-\*L\_C

non, non, là ce n'est pas le cas

-\*L\_E3

surtout si c'est à but lucratif

-\*L\_C

non, ce n'est pas à but lucratif

voilà donc respect de l'anonymat et respect des opinions de tout le monde

je vous laisse prendre des cartes chacun, il y en a 5, et puis après chacun parle comme il veut

-\*L\_E2

il n'y en a pas assez

-\*L\_C

non mais c'est pas grave, que vous les regardiez et puis s'il y en a un qui veut commencer à parler il peut parler

-\*L\_E3

liberté, égalité, fraternité, c'est de grands mots  
qui veut parler ?

-\*L\_C

pourquoi de grands mots ?

-\*L\_E3

y a pas tant d'égalité que ça, enfin si y a de l'égalité, la liberté, heu entre guillemet et la fraternité c'est vague comme sujet, j'ose par en parler plus appondis mais on se comprend

-\*L\_C

pourquoi vous dites ça ?

-\*L\_E3

ben dans le domaine du professionnel ça ne marche pas comme ça, c'est déjà chacun pour sa peau donc l'égalité elle n'est pas à mesure égale, fraternité comme je vous l'ai dit c'est chacun pour sa peau et liberté c'est sûr qu'on est libre de faire ce qu'on veut si on veut arrêter, on arrête, si on veut continuer on continue donc voilà

-\*L\_C

et par rapport à la santé ?

-\*L\_E3

la santé, on se met tous en danger, c'est ça même le peintre il se met en danger parce qu'il y a des chantiers donc y a des risque de partout  
voilà, parlez les frères

-\*L\_C

vous êtes dans le bâtiment vous ?

-\*L\_E3

dans l'électricité moi

-\*L\_C  
d'accord

-\*L\_E3  
un des domaines les plus dangereux du bâtiment après menuisier avec les doigts  
c'est la vérité

-\*L\_E2  
le gros œuvre c'est plus dangereux, c'est là où il y a le plus d'accidents

-\*L\_E3  
y a plus d'accidents mais moins de cas de mortalité

-\*L\_E2  
2,5 par jour de morts

-\*L\_E3  
je sais que dans l'électricité y a plus de risque que dans les métiers comme ça enfin

-\*L\_E2  
ouai après c'est possible

-\*L\_E3  
parce que voilà tu n'auras pas une seconde chance alors que dans le bâtiment tu peux te casser la jambe à la limite

-\*L\_E8  
là il médite, ces cartes elles nous disent ce qu'il fait faire

-\*L\_C  
non il faut parler librement

-\*L\_E1  
là c'est quoi ce sigle OMS , ça veut dire quoi ?

-\*L\_C  
c'est l'Organisation mondiale de la santé, il me demande ce que ça veut dire l'OMS

-\*L\_E8  
après moi je suis en bac pro et pourtant, j'ai pas de risque de santé

-\*L\_C  
oui parce que vous faites quoi ?

-\*L\_E8  
TB2E

-\*L\_C  
c'est quoi ?

-\*L\_E8  
Technicien d'études du bâtiment études et économie donc à part me couper avec une feuille y a pas beaucoup de risque

-\*L\_C  
vous estimez que vous êtes en bonne santé ?

-\*L\_E8  
ouai je suis en bonne santé

-\*L\_C  
d'accord, est-ce que vous prenez soin de votre santé, vous faites du sport etc ?

-\*L\_E6  
non, j'ai pas le temps

-\*L\_C  
tous vous faites du sport, vous faites attention à ce que vous mangez ?

-\*L\_E7  
non

-\*L\_C

vous ne faites pas de sport, vous faites attention à ce que vous mangez ?

-\*L\_E7

vite fait, ben je fais à l'internat

-\*L\_E3

moi le sport j'ai décroché un peu je vais m'y remettre, j'a la flemme avec l'école et puis voilà, il faut juste de la motivation

-\*L\_C

là vous êtes dans quel type d'établissement ?

-\*L\_E3

A. C.

-\*L\_C

vous le caractériseriez comment cet établissement ?

-\*L\_E7

je dirais sympathique

-\*L\_C

sympa ?

-\*L\_E7

ouai,

-\*L\_E3

comme un prestigieux lycée connu depuis des siècles, pour son travail, ses efforts et surtout ses élèves

-\*L\_C

c'est à dire ?

-\*L\_E3

ben disons que C. ça fait plus d'un siècle qu'il existe ce lycée donc ça plus d'un siècle que c'est la même chose et que ça va pas changer. Bon après si tu sors diplômé de C. t'as plus de chance de trouver du travail parce qu'ils savent que c'est difficile de l'avoir ce diplôme, c'est dur de rester concentrer tout en continuant la filière choisie, ben voilà c'est une question de motivation

-\*L\_C

pourquoi c'est plus difficile ici de l'avoir?

-\*L\_E3

je sais pas si vous avez remarqué, y a 60% un peu plus, des élèves qui soit arrêtent les études avant le bac soit ils arrêtent tout court ou sinon ils passent le bac, ils le ratent, ils le repassent plus, enfin ils arrêtent tous. c'est plus difficile à C. que dans un autre lycée

-\*L\_C

pourquoi c'est plus difficile ici ?

-\*L\_E3

on est plus isolé. Vous allez dans les autres lycées par exemple j'étais à D. avant y a d'autres lycées à côté, ça bouge, y a de la vie. On est que entre nous à côté y a une résidence, y a Auchan là bas, entre la police et le directeur, on est bloqué quoi

-\*L\_E4

y a pas de filles

-\*L\_E1

je savais que ça allait tomber sur ça

-\*L\_E2

ça c'est sûr, de toute façon dans n'importe quel lycée du bâtiment y a pas trop de filles

-\*L\_E3

oui dans les lycées du bâtiment mais si tu regardes dans les lycée professionnelles mais franchement F. X. Y je t'en donne moi, tu vas là bas t'es content, ton bac tu l'as juste par ce qu'elles sont là en vrai. T'y vas tous les jours, t'es à l'heure, bien habillé. Là à C. on vient tous en dégainé y 'en a pas un qui vient bien habillé. On se lève le matin on ne pense même pas à ça. après c'est l'avantage de C. on est naturel comme on dit

-\*L\_C

et vous venez d'où ici , de quelle zone géographique, les uns et les autres ?

-\*L\_E3  
pourquoi vous n'êtes pas villeL ?

-\*L\_C  
moi non

-\*L\_E3  
donc vous ne connaissez pas très bien villeL.

-\*L\_C  
si je connais bien maintenant ça fait longtemps que j'y suis installée mais à l'origine non je ne suis pas de villeL

-\*L\_E3  
vous êtes d'où si c'est pas indiscret ?

-\*L\_C  
VilleBJ

-\*L\_E3  
ouai c'est à côté

-\*L\_E2  
moi je viens de VilleLs.

-\*L\_C  
bien vous venez de loin.

-\*L\_E7  
VilleLs. T'es en internat alors ?

-\*L\_E2  
non, j'habite à villeV.

-\*L\_E3  
Ah, t'es originaire de là bas

-\*L\_E2  
non mais je suis né là bas.  
j'habite à villeV, je suis apprentis, voilà

-\*L\_C  
d'accord. Ça fait longtemps que vous êtes villeV.

-\*L\_E2  
oui depuis que j'ai 3 ans donc ça fait 15 ans.

-\*L\_C  
d'accord. Et les autres ?

-\*L\_E3  
ben moi personnellement je suis issu de l'arrondissementCR. pour être plus précis

-\*L\_E4  
pareil arrondissementCR.

-\*L\_E5  
moi j'habite à côté

-\*L\_E6  
moi VilleR

-\*L\_E7  
moi VilleG

-\*L\_E8  
moi aussi VilleR.

-\*L\_C  
et vous ?

-\*L\_E1  
pareil aussi villeL.

-\*L\_C  
donc vous êtes tous à peu près de villeL en fait, de villeL et les alentours, en réalité, d'accord ?  
si vous deviez parler de vous, de votre histoire, de votre famille de votre histoire, qu'est ce que vous diriez ?

-\*L\_E3  
niveau quoi des origines, de notre passé d'où on vient ? Qu'est ce que vous voulez savoir ?

-\*L\_C  
ouai tout. Je veux savoir ce que vous vous diriez pour vous caractériser.

-\*L\_E3  
me caractériser. Ben moi c'est simple, je suis arrivé en France, enfin je suis né en France et je suis parti en Tunisie apprendre le langage enfin dans le pays. Après je suis venu vers l'âge de mes 5 ans 6 ans et jusqu'à maintenant je suis ici.  
J'ai suivi un cursus scolaire pas comme les autres parce qu'en 5<sup>ème</sup> j'étais en famille d'accueil donc j'ai un peu décroché l'école.  
On m'a reconnu comme niveau général, enfin tout est relatif, mais en gros, on m'a dit que j'aurais pu aller e général, ce qui est vrai, mais vu que j'ai pas beaucoup travaillé durant le collège, ben c'est fini, professionnel. Après c'est pas si mal, je connais beaucoup de gens qui ont été en général et qui ont rien fait de leur vie et qui ont bac+5, bac+6, qui maintenant sont chômeurs. Je connais aussi des gens qui ont un CAP et qui ont ouverts leur boite, qui sont auto-entrepreneurs, qui ont avancé dans la vie, après voilà.

-\*L\_C  
bien sûr. Qui veut parler d'où il vient ?

-\*L\_E8  
ben moi je suis né en Algérie, je suis arrivé ici à 5 ans, puis j'ai fait que des conneries jusqu'au collège et puis voilà je suis en pro.

-\*L\_C  
ça que 5 ans que vous êtes en France ?

-\*L\_E8  
non, je suis arrivé quand j'avais 5 ans. Ça fait 12 ans.

-\*L\_C  
ah d'accord parce que j'allais vous dire vous parlez bien français.

-\*L\_E8  
non, ça fait 12 ans et j'ai appris à parler quand même ! puis voilà, puis après je me suis retrouvé à A. C.

-\*L\_C  
ok.

-\*L\_E1  
moi je viens du Congo, ça fait maintenant presque 4 ans que je suis ici en France. Ça fait maintenant 3 ans que je suis dans ce lycée. J'ai fait mon première CAP, puis deuxième, j'ai décroché mon diplôme du CAP, la maintenant je poursuis mon bac pro en alternance. Voilà c'est tout.

-\*L\_C  
d'accord.  
Par rapport à la santé, je vais vous poser des questions par rapport à ça du coup, c'est à dire que si vous êtes malade, comment ça se passe ? Vous vous débrouillez tout seul ? vous avez vos parents qui vous aident ?

-\*L\_E1  
comme moi je n'ai personne comme parents et j'ai la CMU, assurance

-\*L\_C  
la couverture maladie universelle

-\*L\_E1  
la couverture maladie universelle, ouai, c'est que quand je suis malade

-\*L\_C  
et si vous avez à prendre des médicaments vous faites comment ?

-\*L\_E1  
je suis majeur, je le fais tout seul.

-\*L\_C  
et vous débrouillez tout seul, vous arrivez à lire les notices etc, vous avez pas de problème avec ça?

-\*L\_E1

non

-\*L\_E2

ben moi c'est un peu pareil, je suis autonome, j'ai ma mutuel, tout est remboursé, voilà. Même si c'est un dentiste ou.

-\*L\_C

et quand vous avez un souci de santé, vous avez tendance à aller voir sur internet ou pas ?

-\*L\_E2

heu, oui, j'hésite pas à aller voir sur internet avant d'aller voir un médecin, pour savoir

-\*L\_C

vous allez avant d'aller voir un médecin sur internet ?

-\*L\_E2

ben si ça arrive dans les 5 minutes, oui, après le temps que je prenne le RDV, donc voilà, sinon, après voilà je me débrouille moi-même pour le médicament, voilà.

-\*L\_C

vous avez pas de problème avec les notices ? ça vous embrouille pas ?

-\*L\_E2

non, pas du tout, je trouve qu'elles sont plutôt bien expliquées

-\*L\_E3

non, moi personnellement je ne suis pas du tout autonome, toujours chez mes parents,

-\*L\_E2

moi aussi je suis toujours chez mes parents, mais pour les médicaments

-\*L\_E3

ah en terme de médicaments, personnellement moi je les prends pas les médicaments. Enfin comment vous expliquer, la carte vitale, normalement vous pouvez la prendre à l'âge de 16 ans et après vous renoncez à la mutuelle de vos parents, avec les assurances de vos parents ce qui fait que moi j'ai encore la mutuelle de mes parents, normalement jusqu'à vos 25 ans vous avez droit de garder le nom de vos parents, le nom de la carte vitale. Donc jusqu'à ce que je finisse mes études, je pense, après.

-\*L\_E2

moi voilà, j'étais obligé, parce que vu que je travaille, je suis en alternance,

-\*L\_E3

ben oui, moi je travaille pas

-\*L\_E2

la carte vitale je suis obligé

-\*L\_E5

il est en alternance ?

-\*L\_E3

oui, toi aussi E1 tu es en alternance ?

-\*L\_E1

oui, et ça paye

-\*L\_E2

oui et ça paye, voilà

-\*L\_C

ils sont salariés en fait quand ils sont en apprentissage

-\*L\_E5

c'est mieux

-\*L\_E2

c'est mieux mais si vous galérez en continue, ça vaut pas le coup d'aller en alternance parce que sur tout ce qui est en stage donc l'école, nous on appelle les stages, c'est l'école, c'est vraiment beaucoup plus dur parce qu'on a 1 mois pour faire ce que vous vous faites en 2 mois. On rentre on fait 8h 17h, on rentre n fait les devoirs, on se couche il est peut être 23h minuit voir 1h ou 2h du matin.

-\*L\_E3

c'est pour ça que moi j'ai pas voulu faire de l'alternance

-\*L\_E1

tu rentres y a même pas de temps de pause rien du tout. Tu manges 10 minutes, ça prend du temps

-\*L\_E2

des fois même qu'en on est au chantier, on est obligé de travailler, donc tu rentres t'es fatigué et t'as envi de dormir et t'es obligé de travailler quand même. Mais après voilà, après on dit le salaire il vient avec

-\*L\_E3

après moi j'aurais plus opté pour travailler le weekend end, avoir le même salaire, puisque tu prends, à notre âge on peut aller jusqu'à 800 euros pour pas que nos parents perdent les allocations, tout ça, donc faire en sorte qu'ils puissent payer leur loyer récupérer lalala mais au moins travailler le weekend end récupérer pareil qu'eux en alternance au lieu de faire l'alternance

-\*L\_E2

tu veux dire au black

-\*L\_E3

non pas au black, par exemple moi je suis majeur, ma sœur qu'à eu son bac, elle, elle travaille au MacDo. C'est ça après vous pouvez travailler le weekend et c'est plus rentable. C'est mieux, y a moins de fatigue, vous avez peut-être pas vos weekend mais d'un côté on travaille à la maison

-\*L\_E2

c'est pas 800 euros qu'on touche, c'est quand même un petit peu plus, moi je toume vers les 1000, 1200

-\*L\_E3

t'as quel âge ?

-\*L\_E2

j'ai 18 ans

-\*L\_E3

c'est pour ça, mais si t'aurais eu 17 ans. A 17 ans t'aurais pas eu ça.

-\*L\_E1

Medhi a 16 ans il touche 800 euros

-\*L\_E3

je connaissais quelqu'un il avait 16 ans, il touchais même pas 400 euros.

Normalement c'est 17 ans , 16 ans c'est 400 euros, 18 ans 800 et après à partir de 19 ? 21 ans 900 et quelques. 90% du smic c'est ça ?

-\*L\_E2

tout est pris en charge

-\*L\_E3

mais même dans nos boulot, tu travailles le weekend et tu essayes de travailler un peu au back dans la semaine mais pas tous les jours, on va dire , un jour ou deux, tu prends tes 50 euros par jour

-\*L\_E2

là j'ai pas le choix, je vais pas le cacher des fois ça m'arrive de faire du black

-\*L\_E3

ça paye le black avec les taxes qu'il y a, disons que le black c'est plus rentable que n'importe quoi. Après le problème du black, c'est que tu perds tes avantages. Tu te blesses, pas d'arrêt maladie

-\*L\_E2

oui, c'est ça. Faut faire attention

-\*L\_E3

t'as pas de retraite. Donc en réalité le black c'est pas une bonne chose

-\*L\_E8

c'est pas concluant

-\*L\_E2

après on est jeune, il faut pas le faire en continue je pense. C'est fonction de événements

-\*L\_E3

après moi je pense que la France c'est bien pour les études, faut finir ses études et ensuite faut partir dans un autre pays. Parce que là les taxes ne font qu'augmenter.

Tu sais que si par exemple ton patron il te donne 100 euros, là maintenant ton patron, il peut te donner 100 euros, pour que ça arrive en net plus les impôts qu'ils te demandent à la fin de l'année plus

-\*L\_E5

43%

-\*L\_E3

non pas 43%, 39%

plus les impôts et tout ça, il te reste 39 euros sur les 100 euros qu'il t'a donnés. L'État t'ont pris le reste. Tu vois ?

-\*L\_E2

ouai

-\*L\_E3

c'est énorme. Au final tu prends même pas la moitié de ce qu'il voulait te donner

-\*L\_E2

c'est vrai. Mais après peut-être que ces choses elles servent pas à rien quand on regarde dans la rénovation par exemple les dents, l'assurance maladie, carte vitale quoi, tous les services publics, la police, les pompiers,

-\*L\_E3

l'assurance de la vie

-\*L\_E2

ça c'est plus dans le privé je crois, c'est pas l'État qui paye

-\*L\_E3

ben non ça c'est toi qui paye.

Mais après, dans le domaine dans lequel t'es le black est plus lucratif. Tu construis des bâtiments au black c'est bien mieux

-\*L\_E2

non mais tu sais on construit pas des bâtiments dans le black

-\*L\_E3

tu peux, non mais par exemple moi je vais te donner, enfin moi c'est ce que j'aurais fait à ta place si j'aurais été dans la maçonnerie.

J'achète des terrains, je construis des maisons ou des immeubles ou quelque chose comme ça et après je revends à la pièce

-\*L\_E2

c'est pas si facile que ça.

-\*L\_E3

faut des papiers, je sais, faut le permis de construire tout ça je connais mais après ben c'est faisable et c'est quelque chose qui rapporte. C'est mieux que le travail au black ou d'aller faire ça.

Mais après comme on dit pour commencer à avoir de l'argent faut une base d'argent, l'argent appelle l'argent. Acheter le terrain, etc. ça fait qu'il faut travailler 3, 4 ans essayer d'économiser, mettre à plat

-\*L\_E4

après moi je dis, faut percer dans le foot, regarde Christiano il prend combien de milles euros.

-\*L\_C

parce que ça vous fait rêver le foot ?

-\*L\_E4

ben oui

-\*L\_E3

pour moi, on est pas comme des grands investisseurs au foot

-\*L\_E2

moi je trouve que le foot c'était beaucoup mieux avant quand on regarde maintenant, ça commence à arriver même dans le rugby

-\*L\_E3

regarde des Mark Zuckerberg, des Steve Jobs, des Bill Gates, ils sont 100 fois plus riche que Christiano, et pourtant eux c'est pas à cause de leur talent, c'est juste parce que eux ils ont voulu des investisseurs, ils ont eu l'idée, enfin voilà. Ils ont eu des partenariats aussi, ils ont eu des développeurs et tout ça et après ils ont fait leur truc. Dans la vie tu veux réussir c'est

-\*L\_E6

oui mais t'as pas de jeunesse quand même

-\*L\_C



c'est quoi le cuivre ?

-\*L\_E5  
ce qui rapporte le cuivre

-\*L\_E3  
3 à 4 euros le kilo

-\*L\_E6  
3 le kilo

-\*L\_E2  
si ça rapporte énormément

-\*L\_E5  
oui mais faut que tu accumules

-\*L\_E2  
oui faut que tu accumules, les électriciens c'est ceux qui en profitent le plus. C'est protégé sous caméra et tout. Y a des nouveaux métiers qui apparaissent grâce à ça sur les chantiers, les maitres chiens, les trucs comme ça sur les chantiers.

-\*L\_E3  
ah ben oui

-\*L\_E2  
les gens qui surveillent les chantiers la nuit contre le vol, parce que y a des vol sur les chantiers la nuit, on sait ce que c'est.

-\*L\_C  
vous aviez quoi comme carte dans la main ?

-\*L\_E7  
moi, j'ai l'école et le lycée professionnel et la zone géographique.

-\*L\_C  
donc on en a bien parlé de ça, oui ?

-\*L\_E7  
oui

-\*L\_C  
vous aviez quoi comme carte?

-\*L\_E8  
moi, j'avais la carte vitale

-\*L\_C  
ça vous inspire quelque chose ?

-\*L\_E8  
non, moi, j'ai pas de carte vitale, je suis pas majeure

-\*L\_C  
d'accord.  
vous aviez quoi comme carte dans votre main ?

-\*L\_E2  
et bien j'en ai 2, j'ai famille et histoire parcours. C'est qu'on parle de notre histoire de notre parcours.

-\*L\_C  
oui

-\*L\_E2  
la famille et quel âge on a. après j'ai celle-ci c'est un peu, ça reprend peut-être un peu nous, les maladies, comment ça se passe, je pense être plus zen et notre santé physique. Voilà. C'est ça ?

-\*L\_C  
oui, c'était à ça que je voulais effectivement vous faire parler.

-\*L\_E2

ben si je devrais parler, ce serait plus santé physique, moi avant bien j'étais un peu gros, obèse, je faisais 81, 85 kilos et maintenant j'en fait 65 kilos, 70. En même pas 2 ans j'ai fait ça.

-\*L\_E3  
t'as abusé là.

-\*L\_E4  
t'as abusé.

-\*L\_E2  
oui. Et voilà après

-\*L\_E3  
moi c'est l'inverse, j'essaye de grossir mais je n'y arrive pas. Les 10, 20 kilos, j'aurais bien aimé les prendre, être un peu trapu là.

-\*L\_E2  
simplement il faut faire moins de sport et plus manger.

-\*L\_E3  
moi le problème tu sais quoi, c'est que je suis hyperactif. Ce qui fait que je bouge beaucoup, je reste pas en place. Je mange beaucoup je trouve mais les calories.

-\*L\_E4  
moi je mange beaucoup et je grossis pas.

-\*L\_C  
oui.

-\*L\_E3  
c'est comme-ci je mangeais à perte, je prends oualou. Y a des gens y mangent un tout petit peu y grossissent direct.

-\*L\_E4  
en fait je mange et rien.

-\*L\_E3  
moi je me gave, je me gave

-\*L\_C  
et qu'est-ce qui a fait que vous avez perdu autant de kilos ?

-\*L\_E2  
ben, tout simplement un matin j'ai regardé la balance t je me suis dis je vais me bouger. Euh, honnêtement, j'ai pas trop été quelqu'un qui a, je me suis pas trop bougé pour faire des activités physiques à la salle ou autre, j'ai juste un peu couru, j'ai mangé un repas sur trois, des fois, des fois je mangeais même pas et voilà par exemple ça m'arrivais 3 jours je mangeais pas comme ça, voilà. Je jeunais tout simplement. Et voilà.

-\*L\_E3  
c'est mauvais ça.

-\*L\_E2  
oui, euh non, c'est bon pour la santé si bien contrôlé.

-\*L\_E3  
oui jeûner c'est bien je dis pas le contraire, mais ne pas manger pendant 3 jours, par exemple jeuner la journée et manger un peu le soir, c'est conseillé, mais 3 jours ne rien manger

-\*L\_E2  
3 jours c'est un maximum. faut boire par contre.

-\*L\_E3  
faut boire par contre, bien oui c'est sûr. Mais après c'est difficile.

-\*L\_C  
vous vous étiez suivi ?

-\*L\_E2  
non, par moi-même.

-\*L\_C  
vous avez fait ça tout seul ?

-\*L\_E2

j'ai regardé sur internet, voilà comme je le disais, je regarde sur internet et puis voilà.

-\*L\_E3

je connais des gens qui ont beaucoup maigri aussi et sans sauter de repas, sans, juste en fumant. J'en connais vraiment beaucoup, les gens ils étaient obèses et aujourd'hui ils sont plus maigres que moi.

-\*L\_C

il y en a beaucoup qui fument ici, dans l'établissement?

-\*L\_E3

ouai

-\*L\_C

y a beaucoup de fumeurs ?

-\*L\_E2

honnêtement ce lycée, je trouve y a beaucoup moins de fumeurs que dans mon ancien lycée HTG, c'était l'entrée, c'était un nuage de fumée mais

-\*L\_E3

mais parce qu'ici, ils fument pas la clope, c'est tourné vers le cannabis, ben voilà vous voyez c'est mal

-\*L\_E2

moi j'ai jamais touché à la cigarette ou autre chose, on m'a proposé et jamais et voilà.

-\*L\_E3

t'as fumé

-\*L\_E2

non.

-\*L\_C

il a jamais fumé, il a dit.

Là ceux qui fument donc c'est plus cigarette ou cannabis vous disiez mais est-ce qu'il y a beaucoup de cigarettes électroniques ou c'est pas un truc ?

-\*L\_E4

non, y en 2 ou 3.

-\*L\_E3

non, j'en voit une depuis le début de l'année.

-\*L\_E6

non, pas trop.

-\*L\_C

y en a pas beaucoup ici ?

-\*L\_E1

j'en ai vu 2 je crois depuis 3 ans.

-\*L\_E3

y en a pas beaucoup. Par contre des fumeurs de cannabis, dans la salle j'en compte 5. L déjà.

-\*L\_E4

j'ai jamais fumé de ma vie.

-\*L\_E3

non je rigole, il fume pas lui.

-\*L\_E6

ne dis même pas mon prénom parce que j'ai jamais touché ça de ma vie.

-\*L\_E3

tu veux que j balance ton secret . balance ton porc.

-\*L\_E6

t'es fou. toi

-\*L\_E3

non, moi je ne fume pas, je suis quelqu'un de sportif.

-\*L\_E6

il a dit toute à l'heure qu'il a arrêté le sport.

-\*L\_E4

t'as déjà fumé ?

-\*L\_E3

ça m'a déjà arrivé, j'ai essayé.

-\*L\_E4

faut faire quoi pour grossir ?

-\*L\_C

faut manger, non ?

-\*L\_E4

je mange toujours mais ça fait rien.

-\*L\_C

vous aurez le temps de grossir en vieillissant, en vieillissant on grossit.

-\*L\_E4

au mariage.

-\*L\_E3

mais on va pas attendre 40 ans pour grossir. Dans 3, 4 ans tu vas me voir un peu plus massif. Je vais commencer à pendre des prods

-\*L\_E3

cette carte est basée sur le sport, la maladie, la santé, le yoga. Rythme cardiaque.

-\*L\_C

ça vous inspire rien ?

-\*L\_E3

la sérénité, comme je vois un crapaud en train de faire du yoga. 2 patients dans un hôpital avec une croix en rouge.

-\*L\_C

oui.

Vous avez quoi vous dans votre main ?

-\*L\_E4

famille, histoire, parcours.

-\*L\_C

oui.

-\*L\_E4

y a la langue aussi

-\*L\_C

oui, la langue. Est-ce qu'il y en a parmi vous qui parle plusieurs langues ?

-\*L\_E3

moi.

-\*L\_E4

oui.

-\*L\_E3

lui aussi, c'est du français mais c'est dévié un peu.

-\*L\_C

vous parlez quoi comme langue ?

-\*L\_E8

moi, je parle arabe.

-\*L\_C

arabe. Arabe littéraire ou arabe ?

-\*L\_E8

non un dialecte.

-\*L\_C  
un dialecte.

-\*L\_E7  
français.

-\*L\_E6  
français.

-\*L\_E5  
français, arabe.

-\*L\_C  
Arabe littéraire ou un dialecte ?

-\*L\_E5  
les deux

-\*L\_C  
ah oui, vous l'avez appris où?

-\*L\_E5  
en Algérie.

-\*L\_C  
d'accord, parce que ça fait combien de temps que vous êtes là ?

-\*L\_E5  
6

-\*L\_C  
d'accord. Ça fait § ans que vous êtes ne France ?

-\*L\_E5  
oui.

-\*L\_C  
d'accord, donc vous parlez les deux en fait. Ça vous fait 3 langues presque.

-\*L\_E4  
moi aussi pareil.

-\*L\_C  
pareil ? parce que ça fait combien de temps que vous êtes là ?

-\*L\_E4  
3 ans.

-\*L\_C  
3 ans ! ah bon ?

-\*L\_E4  
ben oui.

-\*L\_C  
donc vous parlez l'arabe littéraire, le dialecte et le français.

-\*L\_E3  
non, on parle pas l'arabe littéraire, on le comprend parce qu'en Tunisie on se rapproche le plus de l'arabe littéraire mais ça .

-\*L\_C  
non mais lui il le parle puisqu'il est allé à l'école

-\*L\_E3  
il est tunisien comme moi

-\*L\_C  
ben du coup, à l'école en Tunisie vous apprenez l'arabe littéraire ?

-\*L\_E3  
oui mais déjà la base, le tunisien ça se rapproche plus l'arabe littéraire en lui-même

-\*L\_C  
oui.

-\*L\_E3  
après, on comprend pas tout tout tout, mais on comprend.

-\*L\_C  
d'accord.

-\*L\_E2  
moi je parle le français uniquement et un tout petit peu l'anglais mais voilà c'est tout, on le comprend un peu à l'école quoi.

-\*L\_E1  
ben moi je parle 2 langues, 3 langues même. Donc je parle un peu français, un peu lingala, et swahili. Je comprends un peu l'arabe j'ai fait presque un et demi en Tunisie. Je connais un peu l'arabe.

-\*L\_C  
donc vous ça vous fait beaucoup de langues ?

-\*L\_E1  
oui.

-\*L\_C  
mais votre langue maternelle, c'est ?

-\*L\_E1  
c'est le lingala.

-\*L\_C  
ok.

-\*L\_E1  
parce que je suis du Congo.

-\*L\_C  
ok.

-\*L\_E3  
là on est en supériorité numérique.

-\*L\_C  
est-ce que le fait d'avoir une autre langue maternelle ça peut poser des difficultés à l'école ?

-\*L\_E3  
non, au contraire c'est mieux. Parce que le fait d'avoir une deuxième langue ça te permet de t'ouvrir un peu plus. Par exemple pour l'anglais, moi j'ai plus de facilités en anglais que, enfin ça fait parti de mes matières préférées. Vu que j'ai déjà une expérience avec une autre langue et bien ça me permet de plus avancer vers l'anglais et de passer de bilingue à trilingue.

-\*L\_C  
oui, vous aimez bien les langues du coup ?

-\*L\_E3  
ouai. Je les manie mieux. Ça passe mieux que disons l'atelier. Après vous vous avez plus de facilités en atelier, non ?

-\*L\_E6  
moi l'atelier après c'est un bureau, alors

-\*L\_E3  
moi j'aime pas trop l'atelier.

-\*L\_E1  
moi franchement les matières générales, j'aime pas.

-\*L\_C  
parce que c'est difficile ou ça n'a rien à voir ?

-\*L\_E1

euh, je peux dire que c'est, c'est, ce n'est pas pour moi trop trop difficile mais juste que c'est donné à fond, tu vois ? ce n'est pas trop difficile mais selon moi je préfère l'atelier, je préfère quand je suis à l'aise.

-\*L\_C

oui.

Vous aviez une question ?

-\*L\_E3

Mr M va voir la vidéo ?

-\*L\_C

non

-\*L\_E3

vous pourrez lui montrer comme ça je lui ferai un petit coucou dans la vidéo ?

-\*L\_C

non c'est anonyme, c'est pour ça que je disais vous pouvez vraiment parler parce que le but c'est pas que ce soit diffusé ici, c'est vraiment que pour mes recherches.

Des questions ?

-\*L\_E3

on ne le voit pas mais peut-être qu'il nous voit.

-\*L\_C

peut-être mais il n'entend pas.

-\*L\_E3

tout est relatif, il entend.

-\*L\_C

le fait, donc pour vous c'est une richesse vous disiez le fait d'avoir plusieurs langues et d'avoir une autre langue maternelle que le français ? mais est-ce que pour certains ça met plutôt en difficulté pour comprendre certaines choses ?

-\*L\_E4

euh non.

-\*L\_E3

non.

-\*L\_E8

c'est toujours un bagage en plus une langue supplémentaire, ça peut pas être un bâton dans les roux hein. Il vaut mieux une langue en plus c'est bénéf et puis voilà.

-\*L\_C

parce que vous maîtrisez le français ?

-\*L\_E8

hein ?

-\*L\_C

parce que vous maîtrisez le français ?

-\*L\_E8

ben j'arrive à me faire comprendre, ben je le maîtrise hein.

-\*L\_C

oui

-\*L\_E3

y a plusieurs sortes de français.

-\*L\_C

hum.

-\*L\_E8

non mais maîtriser une langue c'est se faire comprendre. A partir du moment où l'on peut se faire comprendre dans toutes les circonstances et ben on maîtrise la langue.

-\*L\_C

ouai. Et est-ce que le langage qui est utilisé justement à l'école, vous estimez que c'est du français que vous maîtrisez ?

-\*L\_E4

non.

-\*L\_E3

ben c'est du français familier on va dire, plus de l'argot alors bien sûr que oui on le maîtrise. C'est pas ce qu'on vous montre aujourd'hui puisque on a été briffé juste avant.

-\*L\_E2

le français d'aujourd'hui c'est pas le même français qu'avant.

-\*L\_C

oui, par exemple quand il y a des consignes de travail, etc, ça vous pose pas de difficultés, y pas de vocabulaire qui vous pose des difficultés ?

-\*L\_E5

non.

-\*L\_E2

après c'est l'école, hein, on apprend toujours des mots, tous les jours, je pense. Je pense que c'est impossible de connaître tous les mots, mais après voilà, on est à l'école, on est là pour apprendre donc si on a un problème on demande hein.

-\*L\_C

hum, hum .

-\*L\_E2

tout simplement

-\*L\_C

mais vous vous dites que quand même ça vous pose des problèmes des fois ?

-\*L\_E4

qui ?

-\*L\_C

vous.

-\*L\_E4

non

-\*L\_C

non, ah je croyais.

-\*L\_E4

non

-\*L\_E3

juste le lundi matin quand il se lève. Il a pas l'habitude. Ça fait qu'il vient le mardi.

-\*L\_C

y a une carte, je sais pas laquelle vous avez dans la main vous ? faites voir devant, c'est pas celle-ci, heu, c'est celle-ci je crois, faites voir vous. Ouai. Non, je crois que là-bas on a abordé à peu près tout. Euh, c'est celle-ci là, celle que vous avez dans la main.

-\*L\_E6

ouai.

-\*L\_C

y a plusieurs cases.

-\*L\_E5

tu peux nous expliquer s'il te plaît ?

-\*L\_C

ouai, qu'est ce que ça vous inspire ?

-\*L\_E8

c'est une notice de médicaments.



-\*L\_C  
ouai, ouai.

-\*L\_E8  
là, il lit la notice, là-bas il l'applique, et là-bas c'est de son médecin et après

-\*L\_C  
en fait c'était pour savoir, si ça vous posait pas de problème. Si demain on vous donne une notice de médicaments, si vous savez correctement utiliser le médicaments etc.

-\*L\_E4  
ben normal.

-\*L\_E8  
on lit pas la notice, le médecin il nous dit 2 fois par jour le matin, et puis 2 fois par jour le matin, le midi et le soir et puis on fait ça et puis c'est tout.

-\*L\_E3  
ben moi j'aime bien les lire quand même.

-\*L\_E1  
c'est juste de respecter l'ordonnance du médecin,

-\*L\_C  
ouai.

-\*L\_E1  
sa prescription, ce qu'il a dit de prescrire et tu prends ça , tu prends ça et tu respectes, c'est tout, tu ne prends pas de surdose quoi.

-\*L\_C  
ouai.

-\*L\_E2  
là où il y a peut-être le plus de dangers c'est que les médicaments sans ordonnances, peut-être certains ils en abusent pour un tout petit mal de tête il vont prendre un doliprane 1000.

-\*L\_E1  
et donc ?

-\*L\_E2  
ben donc.

-\*L\_E1  
J'avais vraiment eu mal aux dents, j'en ai pris 2 je crois, ça m'a pas calmé, j'ai rajouté 2 encore, 4, là ça m'a calmé direct.

-\*L\_E2  
il a pris 4 comprimés.

-\*L\_E4  
de ? Doliprane ? non.

-\*L\_E2  
si.

-\*L\_E1  
j'en ai pris 800 mg, 4, 8.

-\*L\_E4  
de Doliprane ?

-\*L\_E1  
oui, je te jure.

-\*L\_E6  
tu devais être perché, hein.

-\*L\_E1  
j'avais chère mal aux dents. J'en ai pris 2, ça m'a même pas calmé, j'en ai encore pris 2 rien du tout,

-\*L\_E5  
t'étais shooté ?

-\*L\_E1  
shooté.

-\*L\_C  
Parce que ça fait quoi quand on surdose un médicament ? vous savez ?

-\*L\_E1  
ça tue, ça tue directement. En gros c'est overdose. Ça tue.

-\*L\_C  
hum.

-\*L\_E8  
oui mais un doliprane je pense pas que

-\*L\_E1  
si, si, si, un doliprane ça tue

-\*L\_E7  
si le doliprane, si tu prends une boîte, tu peux, y a des risques.

-\*L\_E1  
après franchement j'étais vraiment KO, je ne sentais plus rien du tout, j'étais presque demi-mort en gros. Je me suis endormis presque à 8 heures du temps.

-\*L\_E5  
il voulait dire quelque chose.

-\*L\_E3  
hein ? non, mon camarade voulait parler en fait. Il voulait prendre la parole mais il n'osait pas. Allez, lance-toi.  
Après lui son médicament préféré, c'est le Subutex

-\*L\_E2  
c'est quoi ?

-\*L\_E3  
c'est des médicaments qui ont été déviés et qui sont des drogues.

-\*L\_E2  
comment tu connais ?

-\*L\_E3  
j'essaye de me renseigner dans plusieurs domaines divers et variés histoire d'avoir un petit de culture générale. Comme je vous le disais, le jeune à côté de moi, prend du Subutex. il n'a pas hésité à dévier ces médicaments pour en faire des drogues.

-\*L\_E4  
sérieux ?

-\*L\_E5  
non, il est débile celui-là.

-\*L\_E3  
vous voyez la jeunesse de nos jours, ils décrochent vite, hein.  
Moi personnellement, ça fait 6 ans que je suis à C.  
non, je rigole, ça fait 2 ans.

-\*L\_C  
ça fait 2 ans que vous êtes ici ?

-\*L\_E3  
c'est ma 2<sup>ème</sup> année et c'est la dernière.

-\*L\_C  
hum, hum.

-\*L\_E3  
Après, soit je continue

-\*L\_E5

t'as quel âge ?

-\*L\_E3  
moi, 18 ans.

-\*L\_E5  
on dirait pas.

-\*L\_E6  
Age mental 12.

-\*L\_E3  
12 !

-\*L\_E6  
grave.

-\*L\_E3  
non, franchement, heu. Y a personne qui a des projets professionnels ici ? camarade ?

-\*L\_C  
il n'a pas trop de problème professionnel.

-\*L\_E3  
Non des projets professionnels.

-\*L\_C  
Ah.

-\*L\_E3  
t'as des projets professionnels ?

-\*L\_E4  
ouai.

-\*L\_E3  
tu veux faire quoi ?

-\*L\_E4  
je le garde pour moi.

-\*L\_C  
pourquoi vous le gardez pour vous ?

-\*L\_E4  
parce que y a le ayn.

-\*L\_C  
vous avez peur ?

-\*L\_E3  
c'est un narcotrafiquant.

-\*L\_C  
je peux le traduire, vous pouvez le traduire en français ce que vos avez dit ?

-\*L\_E4  
de ?

-\*L\_C  
là.

-\*L\_E6  
narcotrafiquant ?

-\*L\_C  
non, il a dit autre chose.

-\*L\_E4  
Rien.

-\*L\_C

si, je vous ai dit, vous voulez pas le dire et vous m'avez dit j'ai peur du ayn.

-\*L\_E4

non j'ai pas dit ça. C'était rien pas ayn.

-\*L\_C

ah.

-\*L\_E3

ça se voit que vous maitrisez un peu l'arabe enfin que vous avez été prof. Vous entendez un peu.

-\*L\_C

moi, je suis d'origine algérienne.

-\*L\_E3

ah.

-\*L\_E4

ah.

-\*L\_C

c'est pour ça que je m'intéresse au lycée professionnel et aux origines.

-\*L\_E3

d'accord.

On dirait pas du tout.

-\*L\_C

comment ?

-\*L\_E3

On dirait pas du tout.

-\*L\_C

quand même !

-\*L\_C

Chut, en français c'est mieux pour mes traductions.

-\*L\_E3

on parle dans sa langue maternelle.

-\*L\_C

hum. et l'année prochaine alors quel projet d'insertion professionnel ou poursuite d'études ?

-\*L\_E4

peut-être l'alternance.

-\*L\_C

l'alternance ?

-\*L\_C

cette année vous êtes en bac pro ?

-\*L\_E3

non, je suis en CAP.

-\*L\_C

en CAP ?

-\*L\_E3

malheureusement, j'avais décroché. Enfin, j'étais en bac pro de base et j'ai décroché puis j'ai refait un CAP pour voir si ça m'intéressait. Au final ça m'a un peu intéressé ce qui fait que j'ai continué et ben là si je réussis mon CAP, l'année prochaine, soit je continue sur un bac pro, et si j'échoue et ben je pense m'engager à l'armée.

-\*L\_C

hum.

-\*L\_E3

2 ans ou 3 ans, quelque chose. Voir un peu du pays. Nourri, logé, blanchi. Et voilà.

-\*L\_C

hum. C'est bien. Et les autres, ça fait longtemps que vous êtes ici à C. ?

-\*L\_E7

non moi, c'est ma 1<sup>ère</sup> année.

-\*L\_C

donc, il vous reste ? vous êtes en BAC pro ou en CAP ?

-\*L\_E7

non en BAC pro.

-\*L\_C

donc, il vous reste encore 2 ans ?

-\*L\_E7

ouai.

-\*L\_E3

Bonne chance à toi. Moi c'est ma dernière année quoique 'il arrive. quoique 'il arrive.

-\*L\_C

et vous ?

-\*L\_E4

pareil.

-\*L\_C

dernière année quoique 'il arrive ? en CAP aussi ou en BAC PRO ?

-\*L\_E4

Oui.

-\*L\_C

et vous ?

-\*L\_E5

moi, je suis en BAC PRO.

-\*L\_C

en BAC PRO, quelle année ?

-\*L\_E5

en première.

-\*L\_C

en première année ?

-\*L\_E5

non, en première.

-\*L\_C

ah d'accord, encore 1 an donc.

-\*L\_E3

surtout que l'année prochaine y aura plus personne. Déjà l'année dernière, y avait tout le monde. Cette année y a plus personne, alors l'année prochaine, je suis inquiet pour toi.

-\*L\_C

et vous êtes en dans quelle formation ?

-\*L\_E5

plomberie.

-\*L\_C

plomberie.

-\*L\_C

et vous combien de temps ?

-\*L\_E6  
pareil que lui dans la même classe.

-\*L\_C  
pareil, tous les deux, d'accord.

-\*L\_C  
vous vous m'avez dit. Et vous ?

-\*L\_E8  
ben moi je vais voir pour des poursuites d'études peut-être. Si c'est possible pourquoi pas.

-\*L\_C  
cette année vous êtes en quoi ?

-\*L\_E8  
en première.

-\*L\_C  
en 1<sup>ère</sup> bac pro ?

-\*L\_E8  
ouai.

-\*L\_C  
ouai. Et quelle spécialité ? quelle filière ?

-\*L\_E8  
Technicien bâtiment études économiques.

-\*L\_C  
d'accord.  
C'est pareil ? vous êtes dans la même classe ?

-\*L\_E7  
non, moi je suis en seconde et lui il est en 1<sup>ère</sup>.

-\*L\_C  
d'accord. Ok.

-\*L\_E2  
y en a un dans notre classe, il a 23 ans.

-\*L\_E3  
l'alternance, y a pas d'âge, au contraire, plus t'es vieux plus tu gagnes, c'est mieux.  
Mais bon, je sens que je ferai pas alternance. Trop de travail, trop fatiguant. Enfin voilà c'est de la motivation et aussi un cadre, il faut avoir un bon cadre de vie.

-\*L\_C  
j'ai une question est ce que y a des filières qui sont moins bien vues que d'autres ici ?

-\*L\_E3  
déjà la maçonnerie, pour moi. C'est plus fatiguant. C'est peut-être l'un des mieux payés, enfin, il fait parti du top 3 avec la plomberie et l'électricité, il est dans le top 3 mais les maladies qui en suit et tout ça.  
quoi ?

-\*L\_E6  
le bois c'est bien payé.

-\*L\_E3  
menuisier ?

-\*L\_E6  
ouai.

-\*L\_E3  
mais c'est normal ils perdent leurs doigts.

\*L\_E5

c'est mieux payé que eux

\*L\_E3

non non non

\*L\_E2

c'est pas si bien payé maçonnerie

\*L\_E6

c'est pas si bien payé la maçonnerie

\*L\_E3

maçonnerie ?

\*L\_E2

oui.

\*L\_E3

ben moi j'en parle en connaissance de cause, enfin je te parle pas de la France puisque en France j'ai jamais entendu, enfin j'ai pas d'amis à moi qui ont travaillé maçonnerie en France et qui ont gagné de l'argent. Moi je te parle d'amis à moi qui sont partis par exemple en Australie, et Australie ils prenaient 1400 dollars la semaine, 1300.

\*L\_E2

c'est mieux en France.

\*L\_E3

la semaine.

\*L\_E2

ah, la semaine.

\*L\_E1

1400 ? la semaine ?

\*L\_E2

ouai.

\*L\_E3

c'est pour ça, eux ils cherchent des gens qui sont diplômés en France parce que leur diplôme ils sont certifiés enfin pas aux Etats Unis parce que t'es obligé de refaire une remise à niveau mais dans les pays scandinaves, le Canada, l'Australie, les pays comme ça, la Suède, les pays comme ça, tu vas là bas et avec tes diplômes de base, t'es sûr de travailler et t'es bien payé. Faut juste y aller avec des diplômes. T'y vas pas sans bagages, t'y vas avec une base de diplômes. C'est à toi de voir ce que tu veux faire avant ? ils ont pas ce qu'on a ici. Tu vois par exemple le métro il est pas aussi avancé que ça, le bus il est pas aussi avancé que ça, ils ont pas les applications bus, t'as vu les trucs comme ça comme à villeL.

\*L\_E6

En Australie ?

\*L\_E3

En Australie ils sont pas avancés du tout. ils sont en train d'avancer, là, ils recrutent, ils recrutent. déjà en Australie de base, si vous avez entendu, y a un trou dans la couche d'ozone, donc les villes à côté de Sidney et tout ça là, enfin un peu éloignées de Sidney, tu sais que y a 97% de personnes qui ont un cancer de la peau, du au trou dans la couche d'ozone, au dessus d'eux, ce qui fait que déjà dans ces patelins là c'est pas avancé du tout. tu vois c'est dangereux mais t'es bien payé.

\*L\_C

est ce que vos filières et est ce que les filières professionnelles, ça vous semble bien vu en France ?

\*L\_E7

oui.

\*L\_E6

oui.

\*L\_E5

oui. Ça dépend.

\*L\_E2

honnêtement c'est ce qu'y a de mieux en France parce que on trouvera toujours du travail. Y en a plein ils ont fait de grosses études et ils trouvent pas travail.

\*L\_C

hum.

-\*L\_E2

parce qu'il veulent être posé derrière un bureau et rien faire. Je dis pas que hein mais voilà, le pro ouai, c'est ce qu'il y a de mieux.

-\*L\_C

ouai donc ça vous semble bien en France. Mais est-ce que vous avez, vous vous avez donc une bonne perception du pro ?

-\*L\_E5

il vaut mieux être avocat.

-\*L\_E2

faut faire des études après.

-\*L\_E3

tu sais que un avocat c'est pas si bien payé que ça. Y en a très peu d'avocats qui réussissent. Enfin, très peu tout est relatif. Y en a qui réussissent mais y a aussi des commis d'office et les commis d'office ils sont pas bien payés. Ils sont pas si bien payés que ça les commis d'office hein. Arrête de croire. Pareil pour médecin, médecin tu crois que ça paye, pourquoi ils quittent la France ? pourquoi, ils se barrent ailleurs ? faute professionnelle, si, ça, ils vont, ils sont vite endettés. Ils perdent vite leur argent. Et voilà quoi. Après les métiers général ils sont bien, mais quand t'as pas de projets derrière, tu finis avec une main devant et une main derrière dans tous les cas. Même avec un BAC+6, BAC+7, ce que tu veux.

-\*L\_C

vous, vous avez une bonne vision des métiers professionnels en France. Et est-ce que, c'est ça ? vous vous trouvez que c'est bien vu en France les métiers professionnels ?

-\*L\_E3

c'est mieux vu que les métiers général puisque les métiers général n'ont pas de stage déjà de un et n'ont pas, ils ne font rien de leur main à part de la théorie et vu qu'ils ne font que de la théorie et ben les patrons, ils ont le choix entre quelqu'un qui a pratiqué, qui était sur le terrain, qui a touché et quelqu'un qui était en théorie. à part pour le mettre cadre sur celui qui n'a fait que pratiqué, y a pas de postes, tu peux pas faire le même travail que quelqu'un qui était exécutant, c'est pas possible.

-\*L\_C

ça c'est pour les patrons, mais est-ce que les gens, vous avez l'impression que les gens voient bien les métiers professionnels ?

-\*L\_E5

ça dépend.

-\*L\_E6

non, non.

-\*L\_E3

non, ils préfèrent la générale.

Au collège, tu demandes à la conseillère d'orientation pour aller en général.

Tout le monde l'a fait ici. Les parents

-\*L\_E8

les parents surtout. au départ moi mes parents, ils ont dit tu vas en professionnel, c'est nul.

-\*L\_E7

ouai ils ont dit tu vas échoué mais en fait non.

-\*L\_E8

Moi ils m'ont dit en professionnel clairement tu vas rien faire. Laisse tomber

-\*L\_E7

alors que nous TB2E si on arrive vraiment on peut passer, on peut essayer de passer en école d'architecture.

-\*L\_E3

ben nous par exemple en électricité, si on faisait bien nos suites scolaires, notre cursus, on choisit bien, on peut finir ingénieur, on peut faire ce qu'on veut. En gros, c'est simple en professionnel, c'est un peu plus dur qu'un général pour accéder à ce que tu veux faire mais c'est quand même une bonne alternative. Et y a plus de chance de se faire embaucher qu'un général.

Par contre, général, tu travailles un peu plus. Heu, professionnel tu travailles un peu plus, c'est plus fatiguant, alors que général c'est que de la théorie. Après, je dis pas que c'est pas difficile la théorie, ça fait mal à la tête, ça prend la tête, tout le monde connaît les papiers hein, après en professionnel, c'est fatiguant, tu rentres chez toi, t'as mal au dos, t'as mal aux reins, t'as mal de partout, eux, ils connaîtront pas ça avant le monde du travail, hein. Après généralement, ces gens là, ils finissent par travailler au MACDO des trucs comme ça pour pouvoir financer finir leurs études ainsi de suite, dont beaucoup arrêtent. Je connais beaucoup qui vont jusqu'à la Fac quitter et qui arrêtent.

-\*L\_C

Oui. Et là vous dites eux ils ne connaîtront pas ça, vous sortez vous avez mal au dos mal au ci, etc. ça c'est des gros problèmes de santé après dans la vie professionnelle ?



-\*L\_E5

Ça c'est à nous de le gérer.

-\*L\_C

hum.

-\*L\_E3

en tout cas le mal de dos, la scoliose ça peut venir même au collège. En portant le sac et tout ça.

-\*L\_C

hum. Si vous deviez me dire des conseils, c'est à dire des choses qui vous vous semblent importantes, qu'est ce que vous me diriez là ? par rapport à vos préoccupations à vous sur la santé ? peut-être que je...

-\*L\_E4

de faire attention.

-\*L\_E2

C'est le meilleur conseil de 2018.

-\*L\_E3

c'est un grand philosophe.

-\*L\_E4

ben quoi moi, je fais pas attention.

-\*L\_C

vous diriez ça à qui ? faut faire attention.

-\*L\_E3

aux jeunes.

-\*L\_E4

ben à nous.

-\*L\_C

faut faire attention à quoi par exemple ?

-\*L\_E3

de ne pas venir avec moi.

-\*L\_C

est-ce que y a des choses que j'ai oublié ou que vous me diriez par exemple, si je vais demain voir d'autres élèves dans un autre lycée, vous me diriez quoi comme conseil à moi ? d'aborder plutôt quoi avec eux ?

-\*L\_E3

l'investissement.

-\*L\_C

l'investissement ?

-\*L\_E3

que ce soit l'investissement scolaire ou l'investissement tout court après l'école. Comment gérer son argent.

-\*L\_E8

moi, je vous dirais de leur poser la question, quand vous arrivez le matin à l'école devant le portail vous vous dites quoi ?

-\*L\_C

ouai. et vous ? vous vous dites quoi d'ailleurs ?

c'est bien ça comme question.

-\*L\_E8

je me dis, c'est hal, c'est hal, c'est tout.

-\*L\_C

c'est à dire ? qu'est ce que vous mettez derrière tout ça ?

-\*L\_E8

c'est chaud. C'est piquant. A 7 heures du matin, voilà. Après peut-être qu'y a des gens qui aiment bien se réveiller le matin et aller à l'école.

-\*L\_C  
est-ce qu'il y a pas un truc que j'ai oublié ?

-\*L\_E6  
non.

-\*L\_E3  
non, ça va c'était bien.

-\*L\_E8  
de leur demander la vie au lycée comment ça se passe.

-\*L\_C  
la vie au lycée alors ? il pose de bonnes questions lui.  
Vous avez l'impression qu'il y a une bonne ambiance ici, un bon climat ?

-\*L\_E5  
y a rien du tout.

-\*L\_E3  
cette année, y a pas d'ambiance mais l'année dernière y avait de l'ambiance.

-\*L\_E6  
c'est bien ce qu'ils ont dans le lycée de vendre des pains au chocolat.

-\*L\_E3  
Ouai café et pains au chocolat, c'est bien.

-\*L\_E5  
c'est quoi ?

-\*L\_E3  
Tu sais de base que personne à C. ne petit-déjeune le matin, y en a qui petit-déjeune mais personne se lève le matin et se dit je vais petit-déjeuner avant d'aller à l'école. T'arrive là c'est la récré tu prends un petit croissant, un café c'est bien.

-\*L\_E8  
Y a pas grand chose à côté sinon faut marcher jusqu'au MACDO.

-\*L\_E3  
y a le MACDO.

-\*L\_E8  
Auchan, MACDO.

-\*L\_E3  
si tu vas à Auchan ou MACDO, tu n'arriveras jamais à l'école à l'heure. Quand j'étais à D. juste à côté y avait un snack, juste à côté, tu descends, y a tout à côté de toi. Y a que nous. Tu va à J. ils ont chronopizzas, ils ont tout à côté d'eux. Tu vas à là bas à C. ils ont quoi ? ils ont le snakos.

-\*L\_C  
On est isolé ?

-\*L\_E3  
On est isolé. On veut aller manger au MACDO on est en retard.  
On veut aller manger à Auchan on est en retard.  
15 minutes de récré ça suffit pas. Et 45 minutes pour manger à la cantine, ça suffit pas.  
45 minutes, tu vois tu commandes un MACDO, un aller-retour, c'est 20 minutes déjà. Après 20 minutes pour manger. Tu commandes ç av durer 10 minutes. Tu reçois ton truc, tu remontes et tout, t'arrives au lycée, tu manges et tu rentres pile à l'heure.

-\*L\_E8  
Ils mangent sur la montée.

-\*L\_C  
donc vous êtes isolés et l'ambiance est mieux cette année.

**Annexe H** : Liste des établissements sollicités pour la diffusion du questionnaire.

Lycée professionnel Gabriel Péri  
41 avenue Boileau 94500 Champigny-sur-Marne

Centre d'éducation aux technologies appropriées au développement de Bora Bora  
BP 151 - 98730 Bora bora - Polynésie française

Lycée Professionnel de Faa'a –  
BP 6001 - 98 704 Faa'a - Polynésie française

Lycée Professionnel Albert Camus,  
2179, avenue de l'Europe 69140 Rillieux-la-Pape

Lycée professionnel André Cuzin  
42, chemin de Crépieux 69300 Caluire-et-Cuire

Le Lycée professionnel Camille Claudel  
15, rue de Cuire 69000 Lyon

Lycée professionnel Danielle Casanova,  
7, avenue Danielle Casanova 69700 Givors

Lycée professionnel de l'automobile Emile Béjuit  
282, route de Genas Case 22 69500 Bron

Lycée professionnel Hélène Boucher  
18, rue Rosenberg 69200 Vénissieux

Lycée professionnel Jacques Brel  
7, avenue d'Oschatz 69200 Vénissieux

Lycée professionnel Jean Lurçat  
4, rue Ludovic Arrachart 69000 Lyon

Lycée professionnel Joseph-Marie Jacquard  
20-28 rue Louis Auguste Blanqui 69600 Oullins

Lycée professionnel Louise Labé  
65, boulevard Yves Farge 69000 Lyon

Section d'enseignement professionnel du lycée Aiguerande  
Chemin des Sablons Belleville 69220 Belleville

Lycée professionnel Georges Charpak  
Avenue Charles de Gaulle 01400 Châtillon-sur-Chalaronne

Lycée professionnel Marcelle Pardé  
47, avenue Alsace-Lorraine 01000 Bourg-en-Bresse

Lycée Xavier Bichat, lycée  
Avenue du lac 01130 Nantua

Lycée Albert Camus  
32 bis, rue de la Loire 42700 Firminy

Lycée professionnel du Haut Forez  
Le Bourg 42600 Verrières-en-Forez

Lycée professionnel Benoît Charvet  
30, avenue Benoît Charvet 42000 Saint-Etienne

Section d'enseignement professionnel du lycée Georges Brassens  
8, rue Grange Burlat 42800 Rive-de-Gier

Lycée professionnel Etienne Legrand  
8, boulevard Charles Gallet 42120 Le Coteau

Lycée professionnel Gambetta  
14, avenue Gambetta 38300 Bourgoin-Jallieu

Lycée professionnel JC Aubry  
Chemin de Rosières 38300 Bourgoin-Jallieu

SEP du lycée Louise Michel  
30, rue Louise Michel 38000 Grenoble

Lycée professionnel Léonard de Vinci  
avenue Henri Becquerel 26700 Pierrelatte

Lycée professionnel les Catalins

24, avenue des Catalins 26200 Montélimar

Lycée professionnel les Palmiers

15 avenue Banco 06300 Nice

Lycée Professionnel Colbert

13 Rue Capitaine Dessemond, 13007 Marseille

Lycée professionnel la Floride -

54, boulevard Gay Lussac Marseille 13000

Lycée professionnel Jacques Raynaud

59, traverse Susini, Saint-Jérôme Marseille 13000

Lycée professionnel Jean Moulin

1, boulevard Marcel Cachin Port-de-Bouc 13110

Lycée professionnel Jean Lurçat

Boulevard des Rayettes Martigues 13500

Lycée Professionnel Briand Aristide

7 Cours Aristide Briand, 84100 Orange

Lycée Professionnel Sévigné

6 Rue Jean Macé, 05000 Gap

Lycée Professionnel Albert Camus

560 av Henri Giraud, 83600 FRÉJUS

Lycée polyvalent Guy Mollet

57, rue Bocquet Flochel Arras 62000

Lycée professionnel Marcel Pagnol

1, rue Jules Guesde Bondy 93140

Lycée professionnel Charles Baudelaire

Boulevard du Chevalier Bayard Meaux 77100

Lycée professionnel Normandie Niemen

Avenue Normandie Niemen Calais 62100

## Annexes I : Grilles d'analyse des discours du focus group. Lexies – Registres discours – dimensions et compétences de LES

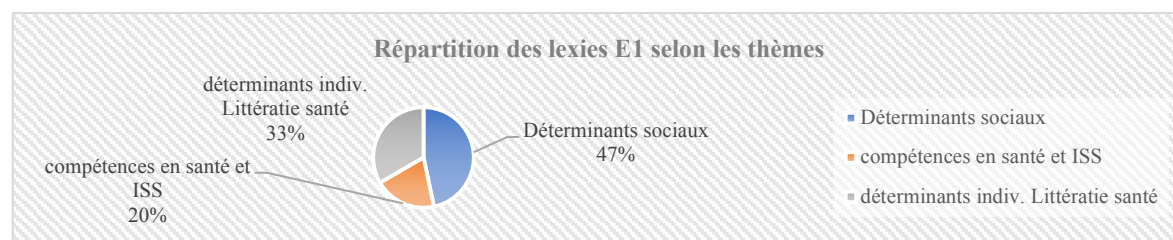
-\*L\_E1- Tableau E1a: Registre de discours des lexies et actes de discours

Numéros lexies	Registre explicite	Actes de discours
1	là c'est quoi ce sigle OMS, ça veut dire quoi ?	ADEX
2	je savais que ça allait tombé sur ça	ADEN
3	pareil aussi villeL.	ADEN
4	moi je viens du Congo, ça fait maintenant presque 4 ans que je suis ici en France. Ça fait maintenant 3 ans que je suis dans ce lycée. J'ai fait mon première CAP, puis deuxième, j'ai décroché mon diplôme du CAP, la maintenant je poursuis mon bac pro en alternance. Voilà c'est tout.	ADCP
5	comme moi je n'ai personne comme parents et j'ai la CMU, assurance	ADCJ
6	la couverture maladie universelle, ouai, c'est que quand je suis malade	ADCJ
7	je suis majeur, je le fais tout seul.	ADCP
8	non	
9	oui, et ça paye	ADEN
10	tu rentres y a même pas de temps de pause rien du tout. Tu manges 10 minutes, ça prend du temps	ADEX
11	M. a 16 ans il touche 800 euros	ADCJ
12	J'en ai vu 2 je crois depuis 3 ans (cigarette électronique)	ADEN
13	ben moi je parle 2 langues, 3 langues même. Donc je parle un peu français, un peu lingala, et swahili. Je comprends un peu l'arabe j'ai fait presque un an et demi en Tunisie. Je connais un peu l'arabe.	ADCP
14	oui.	
15	c'est le lingala.	ADCJ
16	parce que je suis du Congo.	ADCJ
17	moi franchement les matières générales, j'aime pas.	ADEX
18	euh, je peux dire que c'est, c'est, ce n'est pas pour moi trop trop difficile mais juste que c'est donné à fond, tu vois ? ce n'est pas trop difficile mais selon moi je préfère l'atelier, je préfère quand je suis à l'aise.	ADEX
19	c'est juste de respecter l'ordonnance du médecin.	ADEN
20	sa prescription, ce qu'il a dit de prescrire et tu prends ça, tu prends ça et tu respectes, c'est tout, tu ne prends pas de surdose quoi.	ADEN
21	et donc ?	ADEX
22	J'avais vraiment eu mal aux dents, j'en ai pris 2 je crois, ça m'a pas calmé, j'ai rajouté 2 encore, 4, là ça m'a calmé direct.	ADCP
23	j'en ai pris 800 mg, 4, 8.	ADCP
24	oui, je te jure.	ADEX
25	j'avais chère mal aux dents. J'en ai pris 2, ça m'a même pas calmé, j'en ai encore pris 2 rien du tout.	ADCJ
26	shooté.	ADEX
27	ça tue, ça tue directement. En gros c'est overdose. Ça tue.	ADCJ
28	si, si, si, un doliprane ça tue	ADCJ
29	après franchement j'étais vraiment KO, je ne sentais plus rien du tout, j'étais presque demi-mort en gros. Je me suis endormi presque à 8 heures du temps.	ADCP
30	1400 ? la semaine ?	ADEX

Total : 30 lexies

Répartition des lexies E1 selon les thèmes :

Thèmes	Nbre de lexies
Déterminants sociaux	14
Compétences en santé et ISS	6
Déterminants individuels littératie en santé	10



### Répartition des lexies E1 selon les actes de discours

ADR : 0 ADEN: 6 ADCI: 0 ADCA: 8 ADPC: 6 ADEX: 8

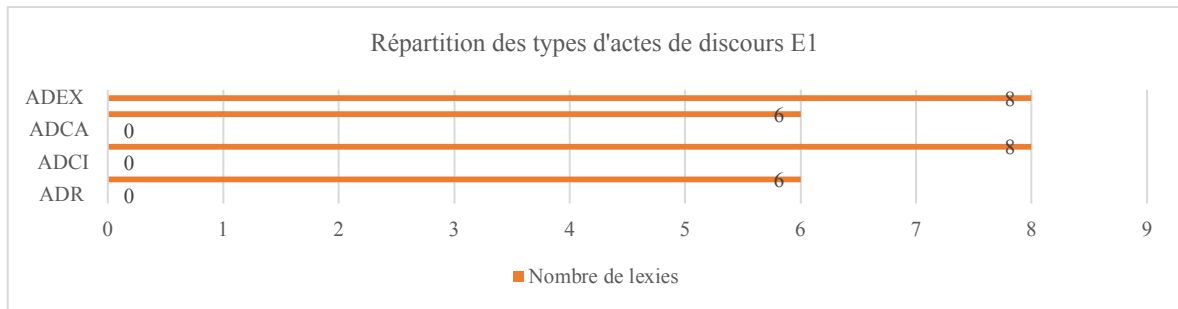


Tableau E1b: Répartition des lexies E1 selon les dimensions et les compétences de LES

Objets des cartes et lexies	Numéros lexies	Registre explicite	Compétences fonctionnelles	Compétences interactives	Compétences critiques
<b>Déterminants sociaux</b> - Accès	3	pareil aussi villeL.	x		
<b>Déterminants sociaux</b> - Compréhension	2	je savais que ça allait tombé sur ça		x	
	4	moi je viens du Congo, ça fait maintenant presque 4 ans que je suis ici en France. Ça fait maintenant 3 ans que je suis dans ce lycée. J'ai fait mon première CAP, puis deuxième, j'ai décroché mon diplôme du CAP, la maintenant je poursuis mon bac pro en alternance. Voilà c'est tout.	x		
	9	oui, et ça paye	x		
	11	M. a 16 ans il touche 800 euros	x		
	15	c'est le lingala.	x		
	16	parce que je suis du Congo.	x		
<b>Déterminants sociaux</b> - Évaluation	5	comme moi je n'ai personne comme parents et j'ai la CMU, assurance	x		
<b>Déterminants sociaux</b> - Application	6	la couverture maladie universelle, ouai, c'est que quand je suis malade	x		
	7 8	je suis majeur, je le fais tout seul. non	x		

	13	ben moi je parle 2 langues, 3 langues même. Donc je parle un peu français, un peu lingala, et swahili. Je comprends un peu l'arabe j'ai fait presque un an et demi en Tunisie. Je connais un peu l'arabe.	x		
	14	oui.	x		
	30	1400 ? la semaine ?	x		
Compétences en santé et ISS - Accès	10	tu rentres y a même pas de temps de pause rien du tout. Tu manges 10 minutes, ça prend du temps	x		
	1	là c'est quoi ce sigle OMS, ça veut dire quoi ?		x	
Compétences en santé et ISS - Compréhension	12	J'en ai vu 2 je crois depuis 3 ans (cigarette électronique)		x	
Compétences en santé et ISS - Évaluation	22	J'avais vraiment eu mal aux dents, j'en ai pris 2 je crois, ça m'a pas calmé, j'ai rajouté 2 encore, 4, là ça m'a calmé direct.	x		
	29	après franchement j'étais vraiment KO, je ne sentais plus rien du tout, j'étais presque demi-mort en gros. Je me suis endormi presque à 8 heures du temps.	x		
Compétences en santé et ISS - Application	26	shooté.	x		
Déterminants individuels littératie en santé - Accès	17	moi franchement les matières générales, j'aime pas.	x		
	21	et donc ?		x	
Déterminants individuels littératie en santé Compréhension	18	euh, je peux dire que c'est, c'est, ce n'est pas pour moi trop trop difficile mais juste que c'est donné à fond, tu vois ? ce n'est pas trop difficile mais selon moi je préfère l'atelier, je préfère quand je suis à l'aise.		x	



	20	sa prescription, ce qu'il a dit de prescrire et tu prends ça , tu prends ça et tu respectes, c'est tout, tu ne prends pas de surdose quoi.	x		
	27	ça tue, ça tue directement. En gros c'est overdose. Ça tue.	x		
Déterminants individuels littératie en santé - Évaluation	19	c'est juste de respecter l'ordonnance du médecin.	x		
	25	j'avais chère mal aux dents. J'en ai pris 2, ça m'a même pas calmé, j'en ai encore pris 2 rien du tout.	x		
	28	si, si, si, un doliprane ça tue	x		
Déterminants individuels littératie en santé - Application	23	j'en ai pris 800 mg, 4, 8.	x		
	24	oui, je te jure.	x		

#### Répartition des lexies E1 selon les dimensions et les compétences de LES

Dimensions sous- jacentes de LES	Nbre de lexies E1
Accès	5
Compréhension	10
Évaluation	6
Application	9

Compétences sous- jacentes de LES	Nbre de lexies E1
Compétences fonctionnelles	25
Compétences interactives	5
Compétences critiques	0

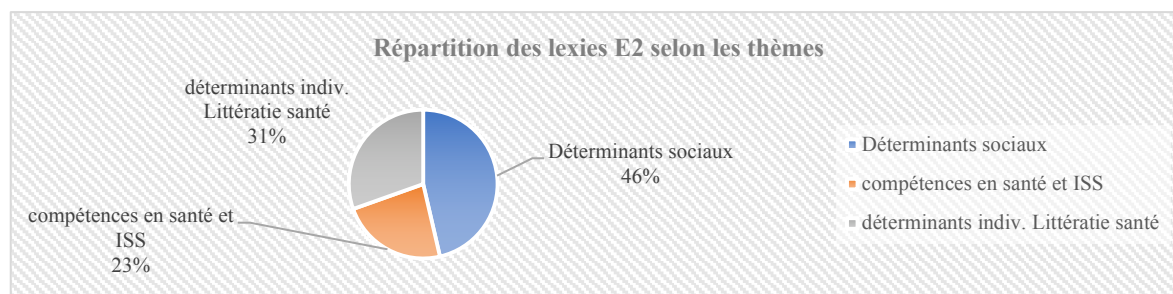
Numéros lexies	Registre explicite	Actes de discours
1	il n' y en a pas assez	ADEX
2	le gros œuvre c'est plus dangereux, c'est là où il y a le plus d'accidents	ADR
3	2,5 par jour de morts	ADR
4	ouai après c'est possible	ADEN
5	ça c'est sûr, de toute façon dans n'importe quel lycée du bâtiment y a pas trop de filles	ADEN
6	moi je viens de VilleLs.	ADEN
7	non, j'habite à villeV.	ADEN
8	non mais je suis né là bas.	ADCJ
9	j'habite à villeV, je suis apprentis, voilà	ADEN
10	oui depuis que j'ai 3 ans donc ça fait 15 ans.	ADCJ
11	ben moi c'est un peu pareil, je suis autonome, j'ai ma mutuel, tout est remboursé, voilà. Même si c'est un dentiste ou.	ADCJ
12	heu, oui, j'hésite pas à aller voir sur internet avant d'aller voir un médecin, pour savoir	ADCP
13	ben si ça arrive dans les 5 minutes, oui, après le temps que je prenne le RDV, donc voilà, sinon, après voilà je me débrouille moi-même pour le médicament, voilà.	ADCP
14	non, pas du tout, je trouve qu'elles sont plutôt bien expliquées	ADCP
15	moi aussi je suis toujours chez mes parents, mais pour les médicaments	ADCJ
16	moi voilà, j'étais obligé, parce que vu que je travaille, je suis en alternance,	ADCJ
17	la carte vitale je suis obligé	ADCJ
18	oui et ça paye, voilà	ADCJ
19	c'est mieux mais si vous galérez en continue, ça vaut pas le coup d'aller en alternance parce que sur tout ce qui est en stage donc l'école, nous on appelle les stages, c'est l'école, c'est vraiment beaucoup plus dur parce qu'on a 1 mois pour faire ce que vous vous faites en 2 mois. On rentre on fat 8h 17h, on rentre n fait les devoirs, on se couche il est peut être 23h minuit voir 1h ou 2h du matin.	ADR
20	des fois même qu'en on est au chantier, on est obligé de travailler, donc tu rentres t'es fatigué et t'as envi de dormir et t'es obligé de travailler quand même. Mais après voilà, après on dit le salaire il vient avec	ADR
21	tu veux dire au black	ADEX
22	c'est pas 800 euros qu'on touche, c'est quand même un petit peu plus, moi je tourne vers les 1000, 1200	ADEN
23	j'ai 18 ans	ADCP
24	tout est pris en charge	ADCP
25	là j'ai pas le choix, je vais pas le cacher des fois ça m'arrive de faire du black	ADCP
26	oui, c'est ça. Faut faire attention	ADEN
27	après on est jeune, il faut pas le faire en continue je pense. C'est fonction de événements	ADR
28	ouai	ADEX
29	c'est vrai. Mais après peut-être que ces choses elles servent pas à rien quand on regarde dans la rénovation par exemple les dents, l'assurance maladie, carte vitale quoi, tous les services publics, la police, les pompiers.	ADR
30	ça c'est plus dans le privé je crois, c'est pas l'État qui paye	ADEN
31	non mais tu sais on construit pas des bâtiments dans le black	ADEN
32	c'est pas si facile que ça.	ADEN
33	moi je trouve que le foot c'était beaucoup mieux avant quand on regarde maintenant, ça commence à arriver même dan le rugby	ADEN
34	si ça rapporte énormément	ADEN
35	oui faut que tu accumules, les électriciens c'est ceux qui en profitent le plus. C'est protégé sous caméra et tout. Y a des nouveaux métiers qui apparaissent grâce à ça sur les chantiers, les maitres chiens, les trucs comme ça sur les chantiers.	ADR
36	les gens qui surveillent les chantiers la nuit contre le vol, parce que y a des vol sur les chantiers la nuit, on sait ce que c'est.	ADR
37	et bien j'en ai 2, j'ai famille et histoire parcours. C'est qu'on parle de notre histoire de notre parcours.	ADEX
38	la famille et quel âge on a. après j'ai celle-ci c'est un peu, ça reprend peut-être un peu nous, les maladies, comment ça se passe, je pense être plus zen et notre santé physique. Voilà. C'est ça ?	ADEX
39	ben si je devrais parler, ce serait plus santé physique, moi avant bien j'étais un peu gros, obèse, je faisais 81, 85 kilos et maintenant j'en fait 65 kilos, 70. En même pas 2 ans j'ai fait ça.	ADCP
40	oui. Et voilà après	ADCP
41	simplement il faut faire moins de sport et plus manger.	ADR
42	ben, tout simplement un matin j'ai regardé la balance t je me suis dis je vais me bouger. Euh, honnêtement, j'ai pas trop été quelqu'un qui a, je me suis pas trop bougé pour faire des activités physiques à la salle ou autre, j'ai juste un peu couru, j'ai mangé un repas sur trois, des fois, des fois je mangeais même pas et voilà par exemple ça m'arrivais 3 jours je mangeais pas comme ça, voilà. Je jeunais tout simplement. Et voilà.	ADCP
43	oui, euh non, c'est bon pour la santé si bien contrôlé.	ADR
44	3 jours c'est un maximum. faut boire par contre.	ADR
45	non, par moi-même.	ADCP
46	j'ai regardé sur internet, voilà comme je le disais, je regarde sur internet et puis voilà.	ADCP

47	honnêtement ce lycée, je trouve y a beaucoup moins de fumeurs que dans mon ancien lycée HTG, c'était l'entrée, c'était un nuage de fumée mais	ADEN
48	moi j'ai jamais touché à la cigarette ou autre chose, on m'a proposé et jamais et voilà.	ADCP
49	non.	ADEX
50	moi je parle le français uniquement et un tout petit peu l'anglais mais voilà c'est tout, on le comprend un peu à l'école quoi.	ADCP
51	le français d'aujourd'hui c'est pas le même français qu'avant.	ADR
52	après c'est l'école, hein, on apprend toujours des mots, tous les jours, je pense. Je pense que c'est impossible de connaître tous les mots, mais après voilà, on est à l'école, on est là pour apprendre donc si on a un problème on demande hein.	ADR
53	tout simplement	ADEX
54	là où il y a peut-être le plus de dangers c'est que les médicaments sans ordonnances, peut-être certains ils en abusent pour un tout petit mal de tête il vont prendre un doliprane 1000.	ADR
55	ben donc.	ADEX
56	il a pris 4 comprimés.	ADCJ
57	si.	ADEX
58	c'est quoi ?	ADEX
59	comment tu connais ?	ADEX
60	y en a un dans notre classe, il a 23 ans.	ADR
61	c'est pas si bien payé maçonnerie	ADR
62	oui.	ADEX
63	c'est mieux en France.	ADR
64	ah, la semaine.	ADEX
65	ouai.	ADEX
66	honnêtement c'est ce qu'y a de mieux en France parce que on trouvera toujours du travail. Y en a plein ils ont fait de grosses études et ils trouvent pas travail.	ADR
67	parce qu'il veut être posé derrière un bureau et rien faire. Je dis pas que hein mais voilà, le pro ouai, c'est ce qu'il y a de mieux.	ADEN
68	faut faire des études après.	ADEN
69	C'est le meilleur conseil de 2018. (de faire attention)	ADEN

Total : 69 lexies

Répartition des lexies E2 selon les thèmes :

Thèmes	Nbre de lexies
Déterminants sociaux	32
Compétences en santé et ISS	16
Déterminants individuels littératie en santé	21



Répartition des lexies E2 selon les actes de discours

ADR : 18 ADEN : 16 ADCI : 0 ADCJ : 8 ADCA : 0 ADCP : 13 ADEX : 14

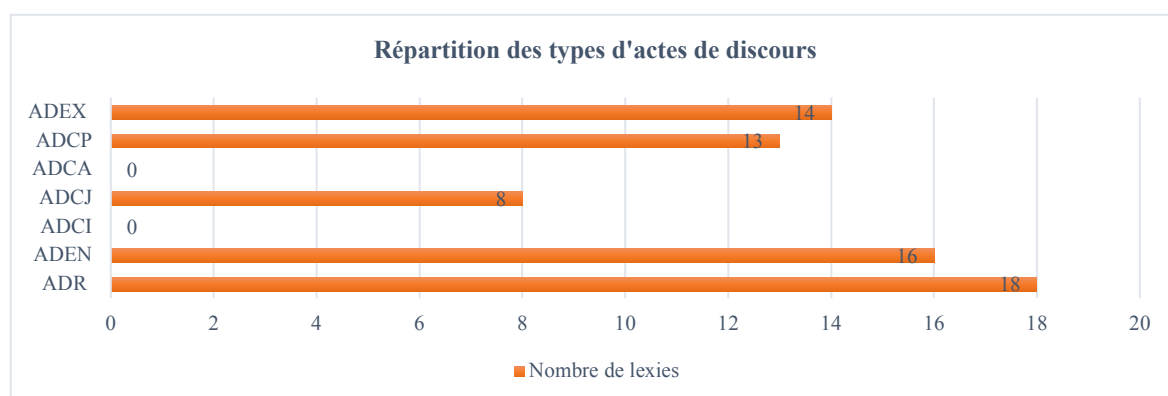


Tableau E2b: Répartition des lexies E2 selon les dimensions et les compétences de LES

Objets des cartes et lexies	Numéros lexies	Registre explicite	Compétences fonctionnelles	Compétences interactives	Compétences critiques
<b>Déterminants sociaux</b> - Accès	1	il n' y en a pas assez	x		
	6	moi je viens de VilleLs.	x		
	15	moi aussi je suis toujours chez mes parents, mais pour les médicaments	x		
	23	j'ai 18 ans	x		
	37	et bien j'en ai 2, j'ai famille et histoire parcours. C'est qu'on parle de notre histoire de notre parcours.	x		
	60	y en a un dans notre classe, il a 23 ans.		x	
<b>Déterminants sociaux</b> - Compréhension	7	non, j'habite à villeV.	x		
	8	non mais je suis né là bas.	x		
	9	j'habite à villeV, je suis apprentis, voilà	x		
	10	oui depuis que j'ai 3 ans donc ça fait 15 ans.	x		
	16	moi voilà, j'étais obligé, parce que vu que je travaille, je suis en alternance.	x		
	17	la carte vitale je suis obligé	x		
	21	tu veux dire au black		x	
	38	la famille et quel âge on a. après j'ai celle-ci c'est un peu, ça reprend peut-être un peu nous, les maladies, comment ça se passe, je pense être plus zen et notre santé physique. Voilà. C'est ça ?		x	
	64	ah, la semaine.		x	
	65	ouai.	x		
<b>Déterminants sociaux</b> - Évaluation	5	ça c'est sûr, de toute façon dans n'importe quel lycée du bâtiment y a pas trop de filles		x	
	18	oui et ça paye, voilà	x		
	22	c'est pas 800 euros qu'on touche, c'est quand même un petit peu plus, moi je tourne vers les 1000, 1200	x		
	24	tout est pris en charge	x		
	33	moi je trouve que le foot c'était beaucoup mieux avant quand on regarde maintenant, ça commence à arriver même dans le rugby		x	
	34	si ça rapporte énormément		x	

	51	le français d'aujourd'hui c'est pas le même français qu'avant.		x	
	61	c'est pas si bien payé maçonnerie	x		
	62	oui.	x		
	63	c'est mieux en France.		x	
	68	faut faire des études après.		x	
	69	C'est le meilleur conseil de 2018. (de faire attention)			x
<b>Déterminants sociaux</b> - Application	11	ben moi c'est un peu pareil, je suis autonome, j'ai ma mutuel, tout est remboursé, voilà. Même si c'est un dentiste ou.	x		
	50	moi je parle le français uniquement et un tout petit peu l'anglais mais voilà c'est tout, on le comprend un peu à l'école quoi.			x
	52	après c'est l'école, hein, on apprend toujours des mots, tous les jours, je pense. Je pense que c'est impossible de connaître tous les mots, mais après voilà, on est à l'école, on est là pour apprendre donc si on a un problème on demande hein.			x
	53	tout simplement	x		
<b>Compétences en santé et ISS</b> - Accès	39	ben si je devrais parler, ce serait plus santé physique, moi avant bien j'étais un peu gros, obèse, je faisais 81, 85 kilos et maintenant j'en fait 65 kilos, 70. En même pas 2 ans j'ai fait ça.	x		
	40	oui. Et voilà après	x		
<b>Compétences en santé et ISS</b> - Compréhension	3	2,5 par jour de morts		x	
	35	oui faut que tu accumules, les électriciens c'est ceux qui en profitent le plus. C'est protégé sous caméra et tout. Y a des nouveaux métiers qui apparaissent grâce à ça sur les chantiers, les maîtres chiens, les trucs comme ça sur les chantiers.			x
	36	les gens qui surveillent les chantiers la nuit contre le vol, parce que y a des vol sur les chantiers la nuit, on sait ce que c'est.		x	
<b>Compétences en santé et ISS</b>	2	le gros œuvre c'est plus dangereux, c'est là où il y a le plus d'accidents			x

- Évaluation					
	4	ouai après c'est possible	x		
	19	c'est mieux mais si vous galérez en continue, ça vaut pas le coup d'aller en alternance parce que sur tout ce qui est en stage donc l'école, nous on appelle les stages, c'est l'école, c'est vraiment beaucoup plus dur parce qu'on a 1 mois pour faire ce que vous vous faites en 2 mois. On rentre on fat 8h 17h, on rentre n fait les devoirs, on se couche il est peut être 23h minuit voir 1h ou 2h du matin.	x		
	27	après on est jeune, il faut pas le faire en continue je pense. C'est fonction de évènements			x
	28	Ouai	x		
	66	honnêtement c'est ce qu'y a de mieux en France parce que on trouvera toujours du travail. Y en a plein ils ont fait de grosses études et ils trouvent pas travail.		x	
	67	parce qu'il veulent être posé derrière un bureau et rien faire. Je dis pas que hein mais voilà, le pro ouai, c'est ce qu'il y a de mieux.			x
Compétences en santé et ISS - Application	20	des fois même qu'en on est au chantier, on est obligé de travailler, donc tu rentres t'es fatigué et t'as envi de dormir et t'es obligé de travailler quand même. Mais après voilà, après on dit le salaire il vient avec		x	
	25	là j'ai pas le choix, je vais pas le cacher des fois ça m'arrive de faire du black	x		
	26	oui, c'est ça. Faut faire attention	x		
	47	honnêtement ce lycée, je trouve y a beaucoup moins de fumeurs que dans mon ancien lycée HTG, c'était l'entrée, c'était un nuage de fumée mais	x		
Déterminants individuels littératie en santé - Accès	12	heu, oui, j'hésite pas à aller voir sur internet avant d'aller voir un médecin, pour savoir			x
	46	j'ai regardé sur internet, voilà comme je le disais,			x

		je regarde sur internet et puis voilà.			
Déterminants individuels littératie en santé Compréhension	14	non, pas du tout, je trouve qu'elles sont plutôt bien expliquées			x
	31	non mais tu sais on construit pas des bâtiments dans le black			x
	41	simplement il faut faire moins de sport et plus manger.			x
	43	oui, euh non, c'est bon pour la santé si bien contrôlé.			x
	55	ben donc.		x	
	56	il a pris 4 comprimés.		x	
	58	c'est quoi ?		x	
	59	comment tu connais ?		x	
Déterminants individuels littératie en santé - Évaluation	29	c'est vrai. Mais après peut-être que ces choses elles servent pas à rien quand on regarde dans la rénovation par exemple les dents, l'assurance maladie, carte vitale quoi, tous les services publics, la police, les pompiers.			x
	30	ça c'est plus dans le privé je crois, c'est pas l'État qui paye		x	
	32	c'est pas si facile que ça.		x	
	42	ben, tout simplement un matin j'ai regardé la balance t je me suis dis je vais me bouger. Euh, honnêtement, j'ai pas trop été quelqu'un qui a, je me suis pas trop bougé pour faire des activités physiques à la salle ou autre, j'ai juste un peu couru, j'ai mangé un repas sur trois, des fois, des fois je mangeais même pas et voilà par exemple ça m'arrivais 3 jours je mangeais pas comme ça, voilà. Je jeunais tout simplement. Et voilà.		x	
	54	là où il y a peut-être le plus de dangers c'est que les médicaments sans ordonnances, peut-être certains ils en abusent pour un tout petit mal de tête il vont prendre un doliprane 1000.			x
	57	si.		x	
Déterminants individuels littératie en santé - Application	13	ben si ça arrive dans les 5 minutes, oui, après le temps que je prenne le RDV, donc voilà, sinon, après voilà je me débrouille moi-même pour le médicament, voilà.			x

	44	3 jours c'est un maximum. faut boire par contre.			x
	45	non, par moi-même.		x	
	48	moi j'ai jamais touché à la cigarette ou autre chose, on m' a proposé et jamais et voilà.			x
	49	non.		x	

#### Répartition des lexies E2 selon les dimensions et les compétences de LES

Dimensions sous- jacentes de LES	Nbre de lexies E2
Accès	10
Compréhension	21
Évaluation	25
Application	13

Compétences sous- jacentes de LES	Nbre de lexies E2
Compétences fonctionnelles	27
Compétences interactives	24
Compétences critiques	18



Numéros lexies	Registre explicite	Actes de discours
1	c'est plutôt dans le genre débat ou	ADEX
2	ça sortira sur France ou France 2 moi je vous donne mon accord	ADEX
3	surtout si c'est à but lucratif	ADCJ
4	liberté, égalité, fraternité, c'est de grands mots	ADEX
5	qui veut parler ?	ADEX
6	y a pas tant d'égalité que ça, enfin si y a de l'égalité, la liberté, heu entre guillemet et la fraternité c'est vague comme sujet, j'ose par en parler plus appondis mais on se comprend	ADR
7	ben dans le domaine du professionnel ça ne marche pas comme ça, c'est déjà chacun pour sa peau donc l'égalité elle n'est pas à mesure égale, fraternité comme je vous l'ai dit c'est chacun pour sa peau et liberté c'est sûr qu'on est libre de faire ce qu'on veut si on veut arrêter, on arrête, si on veut continuer on continue donc voilà	ADCJ
8	la santé, on se met tous en danger, c'est ça même le peintre il se met en danger	ADR
9	parce qu'il y a des chantiers donc y a des risque de partout	ADEN
10	voilà, parlez les frères	ADEX
11	dans l'électricité moi	ADEX
12	un des domaines les plus dangereux du bâtiment après menuisier avec les doigts	ADR
13	c'est la vérité	ADEX
14	y a plus d'accidents mais moins de cas de mortalité	ADCJ
15	je sais que dans l'électricité y a plus de risque que dans les métiers comme ça enfin	ADCJ
16	parce que voilà tu n'auras pas une seconde chance alors que dans le bâtiment tu peux te casser la jambe à la limite	ADCJ
17	moi le sport j'ai décroché un peu je vais m'y remettre, j'ai la flemme avec l'école et puis voilà, il faut juste de la motivation	ADCJ
18	A. C. (nom de l'établissement)	ADEX
19	comme un prestigieux lycée connu depuis des siècles, pour son travail, ses efforts et surtout ses élèves	ADEX
20	ben disons que C. ça fait plus d'un siècle qu'il existe ce lycée donc ça plus d'un siècle que c'est la même chose et que ça va pas changer.	ADEX
21	Bon après si tu sors diplômé de C. t'as plus de chance de trouver du travail parce qu'ils savent que c'est difficile de l'avoir ce diplôme, c'est dur de rester concentrer tout en continuant la filière choisie, ben voilà c'est une question de motivation	ADCJ
22	je sais pas si vous avez remarqué, y a 60% un peu plus, des élèves qui soit arrêtent les études avant le bac soit ils arrêtent tout court ou sinon ils passent le bac, ils le ratent, ils le repassent plus, enfin ils arrêtent tous. c'est plus difficile à C. que dans un autre lycée	ADEN
23	on est plus isolé. Vous allez dans les autres lycées par exemple j'étais à D. avant y a d'autres lycées à côté, ça bouge, y a de la vie. On est que entre nous à côté y a une résidence, y a Auchan là bas, entre la police et le directeur, on est bloqué quoi	ADCJ
24	oui dans les lycées du bâtiment mais si tu regardes dans les lycée professionnelles mais franchement F. X. Y je t'en donne moi, tu vas là bas t'es content, ton bac tu l'as juste par ce qu'elles sont là en vrai. T'y vas tous les jours, t'es à l'heure, bien habillé. Là à C. on vient tous en dégaîne y'en a pas un qui vient bien habillé. On se lève le matin on ne pense même pas à ça.	ADCJ
25	après c'est l'avantage de C. on est naturel comme on dit	ADEX
26	pourquoi vous n'êtes pas villeL ?	ADEX
27	donc vous ne connaissez pas très bien villeL.	ADEX
28	vous êtes d'où si c'est pas indiscret ?	ADEX
29	ouai c'est à côté	ADEX
30	Ah, t'es originaire de là bas	ADEX
31	ben moi personnellement je suis issu de l'arrondissementCR. pour être plus précis	ADCJ
32	niveau quoi des origines, de notre passé d'où on vient ? Qu'est ce que vous voulez savoir ?	ADEX
33	me caractériser. Ben moi c'est simple, je suis arrivé en France, enfin je suis né en France et je suis parti en Tunisie apprendre le langage enfin dans le pays. Après je suis venu vers l'âge de mes 5 ans 6 ans et jusqu'à maintenant je suis ici.	ADCP
34	J'ai suivi un cursus scolaire pas comme les autres parce qu'en 5 <sup>ème</sup> j'étais en famille d'accueil donc j'ai un peu décroché l'école.	ADCJ
35	On m'a reconnu comme niveau général, enfin tout est relatif, mais en gros, on m'a dit que j'aurais pu aller en général, ce qui est vrai, mais vu que j'ai pas beaucoup travaillé durant le collège, ben c'est fini, professionnel. Après c'est pas si mal, je connais beaucoup de gens qui ont été en général et qui ont rien fait de leur vie et qui ont bac+5, bac+6, qui maintenant sont chômeurs. Je connais aussi des gens qui ont un CAP et qui ont ouverts leur boîte, qui sont auto-entrepreneurs, qui ont avancé dans la vie, après voilà.	ADCJ
36	non, moi personnellement je ne suis pas du tout autonome, toujours chez mes parents.	ADCP
37	ah en terme de médicaments, personnellement moi je les prends pas les médicaments. Enfin comment vous expliquer, la carte vitale, normalement vous pouvez la prendre à l'âge de 16 ans et après vous renoncez à la mutuelle de vos parents, avec les assurances de vos parents ce qui fait que moi j'ai encore la mutuelle de mes parents, normalement jusqu'à vos 25 ans vous avez droit de garder le nom de vos parents, le nom de la carte vitale. Donc jusqu'à ce que je finisse mes études, je pense, après.	ADCJ
38	ben oui, moi je travaille pas	ADCJ
39	oui, toi aussi E1 tu es en alternance ?	ADEX

40	c'est pour ça que moi j'ai pas voulu faire de l'alternance	ADCI
41	après moi j'aurais plus opté pour travailler le weekend end, avoir le même salaire, puisque tu prends, à notre âge on peut aller jusqu'à 800 euros pour pas que nos parents perdent les allocations, tout ça, donc faire en sorte qu'ils puissent payer leur loyer récupérer lalala mais au moins travailler le weekend end récupérer pareil qu'eux en alternance au lieu de faire l'alternance	ADCI
42	non pas au black, par exemple moi je suis majeur, ma sœur qu'à eu son bac, elle, elle travaille au MacDo. C'est ça après vous pouvez travailler le weekend et c'est plus rentable. C'est mieux, y a moins de fatigue, vous avez peut-être pas vos weekend mais d'un côté on travaille à la maison	ADEN
43	t'as quel âge ?	ADEX
44	c'est pour ça, mais si t'aurais eu 17 ans. A 17 ans t'aurais pas eu ça.	ADEN
45	je connaissais quelqu'un il avait 16 ans, il touchais même pas 400 euros.	ADEN
46	Normalement c'est 17 ans , 16 ans c'est 400 euros, 18 ans 800 et après à partir de 19 ? 21 ans 900 et quelques. 90% du smic c'est ça ?	ADEN
47	mais même dans nos boulot, tu travailles le weekend et tu essayes de travailler un peu au back dans la semaine mais pas tous les jours, on va dire , un jour ou deux, tu prends tes 50 euros par jour	ADCI
48	ça paye le black avec les taxes qu'il y a, disons que le black c'est plus rentable que n'importe quoi. Après le problème du black, c'est que tu perds tes avantages. Tu te blesses, pas d'arrêt maladie	ADEN
49	t'as pas de retraite. Donc en réalité le black c'est pas une bonne chose	ADEN
50	après moi je pense que la France c'est bien pour les études, faut finir ses études et ensuite faut partir dans un autre pays. Parce que là les taxes ne font qu'augmenter.	ADEN
51	Tu sais que si par exemple ton patron il te donne 100 euros, là maintenant ton patron, il peut te donner 100 euros, pour que ça arrive en net plus les impôts qu'ils te demandent à la fin de l'année plus	ADCI
52	non pas 43%, 39% plus les impôts et tout ça, il te reste 39 euros sur les 100 euros qu'il t'a donnés. L'État t'ont pris le reste. Tu vois ?	ADEN
53	c'est énorme. Au final tu prends même pas la moitié de ce qu'il voulait te donner	ADCI
54	l'assurance de la vie	ADEX
55	ben non ça c'est toi qui paye.	ADEX
56	Mais après, dans le domaine dans lequel t'es le black est plus lucratif. Tu construits des bâtiments au black c'est bien mieux	ADEN
57	tu peux, non mais par exemple moi je vais te donner, enfin moi c'est ce que j'aurais fait à ta place si j'aurais été dans la maçonnerie.	ADCI
58	J'achète des terrains, je construits des maisons ou des immeubles ou quelque chose comme ça et après je revends à la pièce	ADCP
59	faut des papiers, je sais, faut le permis de construire tout ça je connais mais après ben c'est faisable et c'est quelque chose qui rapporte. C'est mieux que le travail au black ou d'aller faire ça.	ADCI
60	Mais après comme on dit pour commencer à avoir de l'argent faut une base d'argent, l'argent appelle l'argent. Acheter le terrain, etc. ça fait qu'il faut travailler 3, 4 ans essayer d'économiser, mettre à plat	ADEN
61	pour moi, on est pas comme des grands investisseurs au foot	ADEN
62	regarde des Mark Zuckerberg, des Steve Jobs, des Bill Gates, ils sont 100 fois plus riche que Cristiano, et pourtant eux c'est pas à cause de leur talent, c'est juste parce que eux ils ont voulu des investisseurs , ils ont eu l'idée, enfin voilà. Ils ont eu des partenariats aussi, ils ont eu des développeurs et tout ça et après ils ont fait leur truc. Dans la vie tu veux réussir c'est	ADEN
63	3 à 4 euros le kilo	ADEN
64	ah ben oui	ADEX
65	t'as abusé là.	ADEX
66	moi c'est l'inverse, j'essaye de grossir mais je n'y arrive pas. Les 10, 20 kilos, j'aurais bien aimé les prendre, être un peu trapu là.	ADCP
67	moi le problème tu sais quoi, c'est que je suis hyperactif. Ce qui fait que je bouge beaucoup, je reste pas en place. Je mange beaucoup je trouve mais les calories.	ADCI
68	c'est comme-ci je mangeais à perte, je prends oualou. Y a des gens y mangent un tout petit peu y grossissent direct.	ADCI
69	moi je me gave, je me gave	ADCP
70	c'est mauvais ça.	ADEN
71	oui jeûner c'est bien je dis pas le contraire, mais ne pas manger pendant 3 jours, par exemple jeûner la journée et manger un peu le soir, c'est conseillé, mais 3 jours ne rien manger	ADEN
72	faut boire par contre, bien oui c'est sûr. Mais après c'est difficile.	ADEN
73	je connais des gens qui ont beaucoup maigri aussi et sans sauter de repas, sans, juste en fumant. J'en connais vraiment beaucoup, les gens ils étaient obèses et aujourd'hui ils sont plus maigres que moi.	ADEN
74	ouai	ADEX
75	mais parce qu'ici, ils fument pas la clope, c'est tourné vers le cannabis, ben voilà vous voyez c'est mal	ADEN
76	t'as fumé	ADEX
77	non, j'en voit une depuis le début de l'année.	ADEN
78	y en a pas beaucoup. Par contre des fumeurs de cannabis, dans la salle j'en compte 5. L déjà.	ADEN
79	non je rigole, il fume pas lui.	ADEX
80	tu veux que j balance ton secret . balance ton porc	ADEX

81	non, moi je ne fume pas, je suis quelqu'un de sportif.	ADCI
82	ça m'a déjà arrivé, j'ai essayé.	ADCI
83	mais on va pas attendre 40 ans pour grossir. Dans 3, 4 ans tu vas me voir un peu plus massif. Je vais commencer à prendre des prods	ADEX
84	cette carte est basée sur le sport, la maladie, la santé, le yoga. Rythme cardiaque.	ADEX
85	la sérénité, comme je vois un crapaud en train de faire du yoga. 2 patients dans un hôpital avec une croix en rouge.	ADEX
86	moi. (parle plusieurs langues ?)	ADEX
87	lui aussi, c'est du français mais c'est dévié un peu.	ADR
88	non, on parle pas l'arabe littéraire, on le comprend parce qu'en Tunisie on se rapproche le plus de l'arabe littéraire mais ça .	ADR
89	il est tunisien comme moi	ADCI
90	oui mais déjà la base, le tunisien ça se rapproche plus l'arabe littéraire en lui-même	ADR
91	après, on comprend pas tout tout tout, mais on comprend.	ADCI
92	là on est en supériorité numérique.	ADCI
93	non, au contraire c'est mieux. Parce que le fait d'avoir une deuxième langue ça te permet de t'ouvrir un peu plus. Par exemple pour l'anglais, moi j'ai plus de facilités en anglais que, enfin ça fait parti de mes matières préférées. Vu que j'ai déjà une expérience avec une autre langue et bien ça me permet de plus avancer vers l'anglais et de passer de bilingue à trilingue.	ADEN
94	ouai. Je les manie mieux. Ça passe mieux que disons l'atelier. Après vous vous avez plus de facilités en atelier, non ?	ADEN
95	moi j'aime pas trop l'atelier.	ADEX
96	Mr M va voir la vidéo ?	ADEX
97	vous pourrez lui montrer comme ça je lui ferai un petit coucou dans la vidéo ?	ADEX
98	on ne le voit pas mais peut-être qu'il nous voit.	ADEX
99	tout est relatif, il entend.	ADEX
100	non.	ADEX
101	y a plusieurs sortes de français.	ADR
102	ben c'est du français familier on va dire, plus de l'argot alors bien sûr que oui on le maîtrise. C'est pas ce qu'on vous montre aujourd'hui puisque on a été briffé juste avant.	ADCI
103	juste le lundi matin quand il se lève. Il a pas l'habitude. Ça fait qu'il vient le mardi.	ADEX
104	ben moi j'aime bien les (les notices de médicaments) lire quand même.	ADCP
105	hein ? non, mon camarade voulait parler en fait. Il voulait prendre la parole mais il n'osait pas. Allez, lance-toi.	ADEX
106	Après lui son médicament préféré, c'est le Subutex	ADEX
107	c'est des médicaments qui ont été déviés et qui sont des drogues.	ADR
108	j'essaye de me renseigner dans plusieurs domaines divers et variés histoire d'avoir un petit de culture générale. Comme je vous le disais, le jeune à côté de moi, prend du Subutex. il n'a pas hésité à dévier ces médicaments pour en faire des drogues.	ADEN
109	vous voyez la jeunesse de nos jours, ils décrochent vite, hein.	ADEX
110	Moi personnellement, ça fait 6 ans que je suis à C.	ADEX
111	non, je rigole, ça fait 2 ans.	ADEX
112	c'est ma 2 <sup>ème</sup> année et c'est la dernière.	ADCI
113	Après, soit je continue	ADCI
114	moi, 18 ans.	ADCI
115	12 !	ADEX
116	non, franchement, heu. Y a personne qui a des projets professionnels ici ? camarade ?	ADEX
117	Non des projets professionnels.	ADEX
118	t'as des projets professionnels ?	ADEX
119	tu veux faire quoi ?	ADEX
120	c'est un narcotrafiquant.	ADEX
121	ça se voit que vous maîtrisez un peu l'arabe enfin que vous avez été prof. Vous entendez un peu.	ADR
122	ah.	ADEX
123	d'accord. On dirait pas du tout.	ADEX
124	On dirait pas du tout.	ADEX
125	on parle dans sa langue maternelle.	ADEX
126	non, je suis en CAP.	ADCP
127	malheureusement, j'avais décroché. Enfin, j'étais en bac pro de base et j'ai décroché puis j'ai refait un CAP pour voir si ça m'intéressait. Au final ça m'a un peu intéressé ce qui fait que j'ai continué et ben là si je réusis mon CAP, l'année prochaine, soit je continue sur un bac pro, et si j'échoue et ben je pense m'engager à l'armée.	ADCI
128	2 ans ou 3 ans, quelque chose. Voir un peu du pays. Nourri, logé, blanchi. Et voilà.	ADCI
129	Bonne chance à toi. Moi c'est ma dernière année quoique 'il arrive. Quoiqu'il arrive.	ADCI
130	surtout que l'année prochaine y aura plus personne. Déjà l'année dernière, y avait tout le monde. Cette année y a plus personne, alors l'année prochaine, je suis inquiet pour toi.	ADCI
131	l'alternance, y a pas d'âge, au contraire, plus t'es vieux plus tu gagnes, c'est mieux.	ADEN
132	Mais bon, je sens que je ferai pas alternance. Trop de travail, trop fatigant. Enfin voilà c'est de la motivation et aussi un cadre, il faut avoir un bon cadre de vie.	ADCI

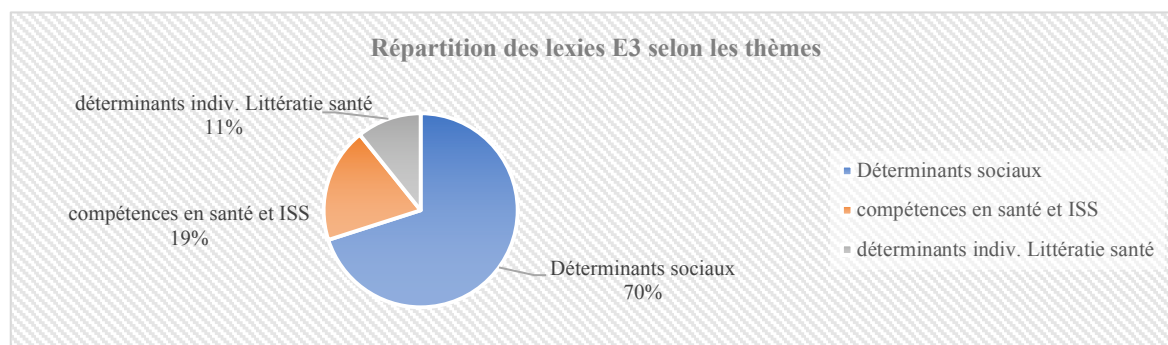
133	déjà la maçonnerie, pour moi. C'est plus fatiguant. C'est peut-être l'un des mieux payés, enfin, il fait parti du top 3 avec la plomberie et l'électricité, il est dans le top 3 mais les maladies qui en suit et tout ça.	ADEN
134	quoi ?	ADEX
135	menuisier ?	ADEX
136	mais c'est normal ils perdent leurs doigts.	ADEN
137	non non non	ADEX
138	maçonnerie ?	ADEX
139	ben moi j'en parle en connaissance de cause, enfin je te parle pas de la France puisque en France j'ai jamais entendu, enfin j'ai pas d'amis à moi qui ont travaillé maçonnerie en France et qui ont gagné de l'argent. Moi je te parle d'amis à moi qui sont partis par exemple en Australie, et Australie ils prenaient 1400 dollars la semaine, 1300.	ADEN
140	la semaine.	ADEX
141	c'est pour ça, eux ils cherchent des gens qui sont diplômés en France parce que leur diplôme ils sont certifiés enfin pas aux Etats Unis parce que t'es obligé de refaire une remise à niveau mais dans les pays scandinaves, le Canada, l'Australie, les pays comme ça, la Suède, les pays comme ça, tu vas là bas et avec tes diplômes de base, t'es sûr de travailler et t'es bien payé. Faut juste y aller avec des diplômes. T'y vas pas sans bagages, t'y vas avec une base de diplômes. C'est à toi de voir ce que tu veux faire avant ? ils ont pas ce qu'on a ici. Tu vois par exemple le métro il est pas aussi avancé que ça, le bus il est pas aussi avancé que ça, ils ont pas les applications bus, t'as vu les trucs comme ça comme à villeL.	ADR
142	En Australie ils sont pas avancés du tout. ils sont en train d'avancer, là, ils recrutent, ils recrutent. déjà en Australie de base, si vous avez entendu, y a un trou dans la couche d'ozone, donc les villes à côté de Sidney et tout ça là, enfin un peu éloignées de Sidney, tu sais que y a 97% de personnes qui ont un cancer de la peau, du au trou dans la couche d'ozone, au dessus d'eux, ce qui fait que déjà dans ces patelins là c'est pas avancé du tout.	ADR
143	tu vois c'est dangereux mais t'es bien payé.	ADEN
144	tu sais que un avocat c'est pas si bien payé que ça. Y en a très peu d'avocats qui réussissent. Enfin, très peu tout est relatif. Y en a qui réussissent mais y a aussi des commis d'office et les commis d'office ils sont pas bien payés. Ils sont pas si bien payés que ça les commis d'office hein. Arrête de croire. Pareil pour médecin, médecin tu crois que ça paye, pourquoi ils quittent la France ? pourquoi, ils se barrent ailleurs ? faute professionnelle, si, ça, ils vont, ils sont vite endettés. Ils perdent vite leur argent. Et voilà quoi. Après les métiers général ils sont bien, mais quand t'as pas de projets derrière, tu finis avec une main devant et une main derrière dans tous les cas. Même avec un BAC+6, BAC+7, ce que tu veux.	ADR
145	c'est mieux vu que les métiers général puisque les métiers général n'ont pas de stage déjà de un et n'ont pas, ils ne font rien de leur main à part de la théorie et vu qu'ils ne font que de la théorie et ben les patrons, ils ont le choix entre quelqu'un qui a pratiqué, qui était sur le terrain, qui a touché et quelqu'un qui était en théorie. à part pour le mettre cadre sur celui qui n'a fait que pratiqué, y a pas de postes, tu peux pas faire le même travail que quelqu'un qui était exécutant, c'est pas possible.	ADR
146	non, ils préfèrent la générale.	ADEN
147	Au collège, tu demandes à la conseillère d'orientation pour aller en général.	ADEN
148	Tout le monde l'a fait ici. Les parents	ADCJ
149	ben nous par exemple en électricité, si on faisait bien nos suites scolaires, notre cursus, on choisit bien, on peut finir ingénieur, on peut faire ce qu'on veut. En gros, c'est simple en professionnel, c'est un peu plus dur qu'un général pour accéder à ce que tu veux faire mais c'est quand même une bonne alternative. Et y a plus de chance de se faire embaucher qu'un général.	ADR
150	Par contre, général, tu travailles un peu plus. Heu, professionnel tu travailles un peu plus, c'est plus fatiguant, alors que général c'est que de la théorie.	ADR
151	Après, je dis pas que c'est pas difficile la théorie, ça fait mal à la tête, ça prend la tête, tout le monde connaît les papiers hein, après en professionnel, c'est fatiguant, tu rentres chez toi, t'as mal au dos, t'as mal aux reins, t'as mal de partout, eux, ils connaîtront pas ça avant le monde du travail, hein. Après généralement, ces gens là, ils finissent par travailler au MACDO des trucs comme ça pour pouvoir financer finir leurs études ainsi de suite, dont beaucoup arrêtent. Je connais beaucoup qui vont jusqu'à la Fac quitter et qui arrêtent.	ADEN
152	en tout cas le mal de dos, la scoliose ça peut venir même au collège. En portant le sac et tout ça.	ADR
153	c'est un grand philosophe.	ADEX
154	aux jeunes.	ADEX
155	de ne pas venir avec moi.	ADEX
156	l'investissement.	ADEX
157	que ce soit l'investissement scolaire ou l'investissement tout court après l'école. Comment gérer son argent.	ADEX
158	non, ça va c'était bien.	ADEX
159	cette année, y a pas d'ambiance mais l'année dernière y avait de l'ambiance.	ADCJ
160	Ouai café et pains au chocolat, c'est bien.	ADCJ
161	Tu sais de base que personne à C. ne petit déjeune le matin, y en a qui petit-déjeune mais personne se lève le matin et se dit je vais petit-déjeuner avant d'aller à l'école. T'arrive là c'est la récré tu prends un petit croissant, un café c'est bien.	ADCJ
162	y a le MACDO.	ADCJ
163	si tu vas à Auchan ou MACDO, tu n'arriveras jamais à l'école à l'heure. Quand j'étais à D. juste à côté y avait un snack, juste à côté, tu descends, y a tout à côté de toi. Y a que nous. Tu vas à J. ils ont chronopizzas, ils ont tout à côté d'eux. Tu vas à là-bas à C. ils ont quoi ? ils ont les snakos.	ADCJ
164	On est isolé. On veut aller manger au MACDO on est en retard.	ADCJ

165	On veut aller manger à Auchan on est en retard.	ADCI
166	15 minutes de récré ça suffit pas. Et 45 minutes pour manger à la cantine, ça suffit pas.	ADCJ
167	45 minutes, tu vois tu commandes un MACDO, un aller-retour, c'est 20 minutes déjà. Après 20 minutes pour manger. Tu commandes ç av durer 10 minutes. Tu reçois ton truc, tu remontes et tout, t'arrives au lycée, tu manges et tu rentres pile à l'heure.	ADCJ

Total : 167 lexies

#### Répartition des lexies E3 selon les thèmes :

Thèmes	Nbre de lexies
Déterminants sociaux	117
Compétences en santé et ISS	32
Déterminants individuels littératie en santé	18



#### Répartition des lexies E3 selon les actes de discours :

ADR : 16 ADEN : 33 ADCI : 3 ADCJ : 44 ADCA : 0 ADCP : 7 ADEX : 64

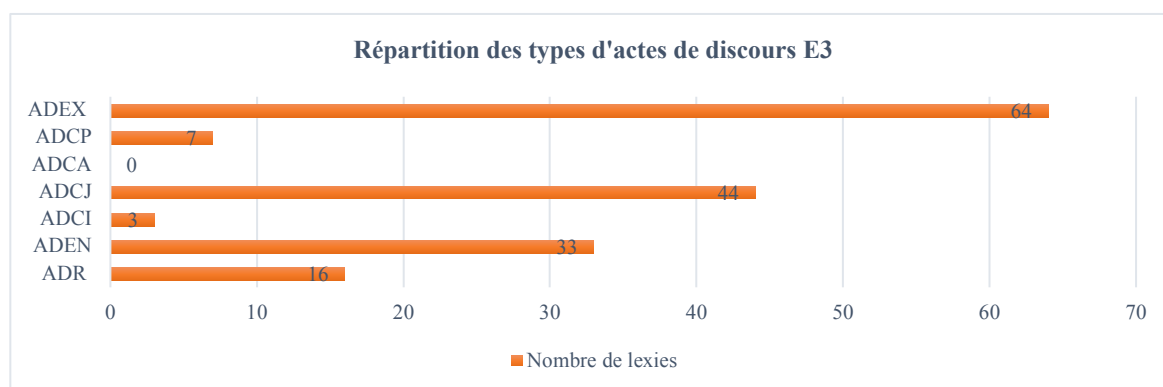


Tableau E3b: Répartition des lexies E3 selon les dimensions et les compétences de LES

Objets des cartes et lexies	Numéros lexies	Registre explicite	Compétences fonctionnelles	Compétences interactives	Compétences critiques
Déterminants sociaux	5	qui veut parler ?		x	
- Accès	11	dans l'électricité moi	x		
	18	A. C. (nom de l'établissement)	x		
	19	Comme un prestigieux lycée connu depuis des siècles, pour son travail, ses efforts et surtout ses élèves		x	
	22	je sais pas si vous avez remarqué, y a 60% un peu plus, des élèves qui			x

		soit arrêtent les études avant le bac soit ils arrêtent tout court ou sinon ils passent le bac, ils le ratent, ils le repassent plus, enfin ils arrêtent tous. c'est plus difficile à C. que dans un autre lycée			
	23	on est plus isolé. Vous allez dans les autres lycées par exemple j'étais à D. avant y a d'autres lycées à côté, ça bouge, y a de la vie. On est que entre nous à côté y a une résidence, y a Auchan là bas, entre la police et le directeur, on est bloqué quoi		x	
	24	oui dans les lycées du bâtiment mais si tu regardes dans les lycées professionnelles mais franchement F. X. Y je t'en donne moi, tu vas là bas t'es content, ton bac tu l'as juste par ce qu'elles sont là en vrai. T'y vas tous les jours, t'es à l'heure, bien habillé. Là à C. on vient tous en dégain y 'en a pas un qui vient bien habillé. On se lève le matin on ne pense même pas à ça.		x	
	26	pourquoi vous n'êtes pas villeL ?		x	
	27	donc vous ne connaissez pas très bien villeL.		x	
	28	vous êtes d'où si c'est pas indiscret ?		x	
	29	ouai c'est à côté	x		
	30	Ah, t'es originaire de là bas		x	
	103	juste le lundi matin quand il se lève. Il a pas l'habitude. Ça fait qu'il vient le mardi.		x	
	105	hein ? non, mon camarade voulait parler en fait. Il voulait prendre la parole mais il n'osait pas. Allez, lance-toi.		x	
	110	Moi personnellement, ça fait 6 ans que je suis à C.	x		
	111	non, je rigole, ça fait 2 ans.	x		
	114	moi, 18 ans.	x		
	115	12 !		x	
	126	non, je suis en CAP.	x		
	147	Au collège, tu demandes à la conseillère d'orientation pour aller en général.			x
	148	Tout le monde l'a fait ici. Les parents		x	
<b>Déterminants sociaux</b>	31	ben moi personnellement je suis issu de	x		

- Compréhension		l'arrondissementCR pour être plus précis			
	1	c'est plutôt dans le genre débat ou		x	
	2	ça sortira sur France ou France 2 moi je vous donne mon accord		x	
	3	surtout si c'est à but lucratif		x	
	20	ben disons que C. ça fait plus d'un siècle qu'il existe ce lycée donc ça plus d'un siècle que c'est la même chose et que ça va pas changer.			x
	32	niveau quoi des origines, de notre passé d'où on vient ? Qu'est ce que vous voulez savoir ?		x	
	33	me caractériser. Ben moi c'est simple, je suis arrivé en France, enfin je suis né en France et je suis parti en Tunisie apprendre le langage enfin dans le pays. Après je suis venu vers l'âge de mes 5 ans 6 ans et jusqu'à maintenant je suis ici.	x		
	34	J'ai suivi un cursus scolaire pas comme les autres parce qu'en 5 <sup>ème</sup> j'étais en famille d'accueil donc j'ai un peu décroché l'école.	x		
	43	t'as quel âge ?		x	
	45	je connaissais quelqu'un il avait 16 ans, il touchais même pas 400 euros.		x	
	46	Normalement c'est 17 ans , 16 ans c'est 400 euros, 18 ans 800 et après à partir de 19 ? 21 ans 900 et quelques. 90% du smic c'est ça ?		x	
	51	Tu sais que si par exemple ton patron il te donne 100 euros, là maintenant ton patron, il peut te donner 100 euros, pour que ça arrive en net plus les impôts qu'ils te demandent à la fin de l'année plus			x
	52	non pas 43%, 39% plus les impôts et tout ça, il te reste 39 euros sur les 100 euros qu'il t'a donnés. L'État t'ont pris le reste. Tu vois ?			x
	57	tu peux, non mais par exemple moi je vais te donner, enfin moi c'est ce que j'aurais fait à ta place si j'aurais été dans la maçonnerie.			x
	63	3 à 4 euros le kilo	x		
	64	ah ben oui		x	
	89	il est tunisien comme moi		x	

	91	après, on comprend pas tout tout tout, mais on comprend.		x	
	96	Mr M va voir la vidéo ?		x	
	101	y a plusieurs sortes de français.		x	
	116	non, franchement, heu. Y a personne qui a des projets professionnels ici ? camarade ?		x	
	117	Non des projets professionnels.		x	
	118	t'as des projets professionnels ?		x	
	119	tu veux faire quoi ?		x	
	120	c'est un narco-trafiquant.		x	
	122	ah. (avant : « ça se voir que vous arlez un peu arabe... »)	x		
	134	quoi ?		x	
	135	menuisier ?		x	
	138	maçonnerie ?		x	
	139	ben moi j'en parle en connaissance de cause, enfin je te parle pas de la France puisque en France j'ai jamais entendu, enfin j'ai pas d'amis à moi qui ont travaillé maçonnerie en France et qui ont gagné de l'argent. Moi je te parle d'amis à moi qui sont partis par exemple en Australie, et Australie ils prenaient 1400 dollars la semaine, 1300.		x	
	140	la semaine.		x	
	141	c'est pour ça, eux ils cherchent des gens qui sont diplômés en France parce que leur diplôme ils sont certifiés enfin pas aux Etats Unis parce que t'es obligé de refaire une remise à niveau mais dans les pays scandinaves, le Canada, l'Australie, les pays comme ça, la Suède, les pays comme ça, tu vas là bas et avec tes diplômes de base, t'es sûr de travailler et t'es bien payé. Faut juste y aller avec des diplômes. T'y vas pas sans bagages, t'y vas avec une base de diplômes. C'est à toi de voir ce que tu veux faire avant ? ils ont pas ce qu'on a ici. Tu vois par exemple le métro il est pas aussi avancé que ça, le bus il est pas aussi avancé que ça, ils ont pas les applications bus, t'as vu les trucs comme ça comme à villeL.			x
	142	En Australie ils sont pas avancés du tout. ils sont		x	



		en train d'avancer, là, ils recrutent, ils recrutent. déjà en Australie de base, si vous avez entendu, y a un trou dans la couche d'ozone, donc les villes à côté de Sidney et tout ça là, enfin un peu éloignées de Sidney, tu sais que y a 97% de personnes qui ont un cancer de la peau, du au trou dans la couche d'ozone, au dessus d'eux, ce qui fait que déjà dans ces patelins là c'est pas avancé du tout.			
<b>Déterminants sociaux</b>	105	hein ? non, mon camarade voulait parler en fait. Il voulait prendre la parole mais il n'osait pas. Allez, lance-toi.		x	
- Évaluation	64	ah ben oui		x	
	65	t'as abusé là.		x	
	25	après c'est l'avantage de C. on est naturel comme on dit		x	
	35	On m' reconnu comme niveau général, enfin tout est relatif, mais en gros, on m'a dit que j'aurais pu aller en général, ce qui est vrai, mais vu que j'ai pas beaucoup travaillé durant le collège, ben c'est fini, professionnel. Après c'est pas si mal, je connais beaucoup de gens qui ont été en général et qui ont rien fait de leur vie et qui ont bac+5, bac+6, qui maintenant sont chômeurs. Je connais aussi des gens qui ont un CAP et qui ont ouverts leur boîte, qui sont auto-entrepreneurs, qui ont avancé dans la vie, après voilà.		x	
	41	après moi j'aurais plus opté pour travailler le weekend end, avoir le même salaire, puisque tu prends, à notre âge on peut aller jusqu'à 800 euros pour pas que nos parents perdent les allocations, tout ça, donc faire en sorte qu'ils puissent payer leur loyer récupérer lalala mais au moins travailler le weekend end récupérer pareil qu'eux en alternance au lieu de faire l'alternance			x
	44	c'est pour ça, mais si t'aurais eu 17 ans. A 17 ans t'aurais pas eu ça.		x	

	50	après moi je pense que la France c'est bien pour les études, faut finir ses études et ensuite faut partir dans un autre pays. Parce que là les taxes ne font qu'augmenter.			x
	53	c'est énorme. Au final tu prends même pas la moitié de ce qu'il voulait te donner			x
	56	Mais après, dans le domaine dans lequel t'es le black est plus lucratif. Tu construis des bâtiments au black c'est bien mieux			x
	61	pour moi, on est pas comme des grands investisseurs au foot			x
	62	regarde des Mark Zuckerberg, des Steve Jobs, des Bill Gates, ils sont 100 fois plus riche que Cristiano, et pourtant eux c'est pas à cause de leur talent, c'est juste parce que eux ils ont voulu des investisseurs, ils ont eu l'idée, enfin voilà. Ils ont eu des partenariats aussi, ils ont eu des développeurs et tout ça et après ils ont fait leur truc. Dans la vie tu veux réussir c'est			x
	65	t'as abusé là.		x	
	90	oui mais déjà la base, le tunisien ça se rapproche plus l'arabe littéraire en lui-même	x		
	92	là on est en supériorité numérique.		x	
	93	non, au contraire c'est mieux. Parce que le fait d'avoir une deuxième langue ça te permet de t'ouvrir un peu plus. Par exemple pour l'anglais, moi j'ai plus de facilités en anglais que, enfin ça fait parti de mes matières préférées. Vu que j'ai déjà une expérience avec une autre langue et bien ça me permet de plus avancer vers l'anglais et de passer de bilingue à trilingue.			x
	95	moi j'aime pas trop l'atelier.	x		
	97	vous pourrez lui montrer comme ça je lui ferai un petit coucou dans la vidéo ?		x	
	98	on ne le voit pas mais peut-être qu'il nous voit.		x	
	99	tout est relatif, il entend.		x	
	100	non.		x	
	102	ben c'est du français familier on va dire, plus de l'argot alors bien sûr		x	

		que oui on le maîtrise. C'est pas ce qu'on vous montre aujourd'hui puisque on a été briffé juste avant.			
	109	vous voyez la jeunesse de nos jours, ils décrochent vite, hein.		x	
	112	c'est ma 2 <sup>ème</sup> année et c'est la dernière.	x		
	113	Après, soit je continue	x		
	121	ça se voit que vous maîtrisez un peu l'arabe enfin que vous avez été prof. Vous entendez un peu.		x	
	123	d'accord. On dirait pas du tout.		x	
	124	On dirait pas du tout.		x	
	130	surtout que l'année prochaine y aura plus personne. Déjà l'année dernière, y avait tout le monde. Cette année y a plus personne, alors l'année prochaine, je suis inquiet pour toi.		x	
	131	l'alternance, y a pas d'âge, au contraire, plus t'es vieux plus tu gagnes, c'est mieux.		x	
	132	Mais bon, je sens que je ferai pas alternance. Trop de travail, trop fatiguant. Enfin voilà c'est de la motivation et aussi un cadre, il faut avoir un bon cadre de vie.			x
	144	tu sais que un avocat c'est pas si bien payé que ça. Y en a très peu d'avocats qui réussissent. Enfin, très peu tout est relatif. Y en a qui réussissent mais y a aussi des commis d'office et les commis d'office ils sont pas bien payés. Ils sont pas si bien payés que ça les commis d'office hein. Arrête de croire. Pareil pour médecin, médecin tu crois que ça paye, pourquoi ils quittent la France ? pourquoi, ils se barrent ailleurs ? faute professionnelle, si, ça, ils vont, ils sont vite endettés. Ils perdent vite leur argent. Et voilà quoi. Après les métiers général ils sont bien, mais quand t'as pas de projets derrière, tu finis avec une main devant et une main derrière dans tous les cas. Même avec un BAC+6, BAC+7, ce que tu veux.		x	
	145	c'est mieux vu que les métiers général puisque les métiers général n'ont			x

		pas de stage déjà de un et n'ont pas , ils ne font rien de leur main à part de la théorie et vu qu'ils ne font que de la théorie et ben les patrons, ils ont le choix entre quelqu'un qui a pratiqué, qui était sur le terrain, qui a touché et quelqu'un qui était en théorie. à part pour le mettre cadre sur celui qui n'a fait que pratiqué, y a pas de postes, tu peux pas faire le même travail que quelqu'un qui était exécutant, c'est pas possible.			
	146	non, ils préférèrent la générale.	x		
	149	ben nous par exemple en électricité, si on faisait bien nos suites scolaires, notre cursus, on choisit bien, on peut finir ingénieur, on peut faire ce qu'on veut. En gros, c'est simple en professionnel, c'est un peu plus dur qu'un général pour accéder à ce que tu veux faire mais c'est quand même une bonne alternative. Et y a plus de chance de se faire embaucher qu'un général.		x	
	150	Par contre, général, tu travailles un peu plus. Heu, professionnel tu travailles un peu plus, c'est plus fatiguant, alors que général c'est que de la théorie.		x	
	151	Après, je dis pas que c'est pas difficile la théorie, ça fait mal à la tête, ça prend la tête, tout le monde connaît les papiers hein, après en professionnel, c'est fatiguant, tu rentres chez toi, t'as mal au dos, t'as mal aux reins, t'as mal de partout, eux, ils connaîtront pas ça avant le monde du travail, hein. Après généralement, ces gens là, ils finissent par travailler au MACDO des trucs comme ça pour pouvoir financer finir leurs études ainsi de suite, dont beaucoup arrêtent. Je connais beaucoup qui vont jusqu'à la Fac quitter et qui arrêtent.			x
	153	c'est un grand philosophe.		x	
	154	aux jeunes.		x	
	155	de ne pas venir avec moi.		x	

	158	non, ça va c'était bien.		x	
	159	cette année, y a pas d'ambiance mais l'année dernière y avait de l'ambiance.		x	
	160	Ouai café et pains au chocolat, c'est bien.		x	
<b>Déterminants sociaux</b>	10	voilà, parlez les frères		x	
- Application					
	36	non, moi personnellement je ne suis pas du tout autonome, toujours chez mes parents.	x		
	38	ben oui, moi je travaille pas	x		
	39	oui, toi aussi E1 tu es en alternance ?		x	
	40	c'est pour ça que moi j'ai pas voulu faire de l'alternance	x		
	47	mais même dans nos boulot, tu travailles le weekend et tu essayes de travailler un peu au back dans la semaine mais pas tous les jours, on va dire, un jour ou deux, tu prends tes 50 euros par jour			x
	58	J'achète des terrains, je construis des maisons ou des immeubles ou quelque chose comme ça et après je revends à la pièce			x
	59	faut des papiers, je sais, faut le permis de construire tout ça je connais mais après ben c'est faisable et c'est quelque chose qui rapporte. C'est mieux que le travail au black ou d'aller faire ça.			x
	60	Mais après comme on dit pour commencer à avoir de l'argent faut une base d'argent, l'argent appelle l'argent. Acheter le terrain, etc. ça fait qu'il faut travailler 3, 4 ans essayer d'économiser, mettre à plat			x
	86	moi. (parle plusieurs langues ?)	x		
	87	lui aussi, c'est du français mais c'est dévié un peu.	x		
	88	non, on parle pas l'arabe littéraire, on le comprend parce qu'en Tunisie on se rapproche le plus de l'arabe littéraire mais ça	x		
	94	ouai. Je les manie mieux. Ça passe mieux que disons l'atelier. Après		x	

		vous vous avez plus de facilités en atelier, non ?			
	104	ben moi j'aime bien les (les notices de médicaments) lire quand même.		x	
	125	on parle dans sa langue maternelle.		x	
	127	malheureusement, j'avais décroché. Enfin, j'étais en bac pro de base et j'ai décroché puis j'ai refait un CAP pour voir si ça m'intéressait. Au final ça m'a un peu intéressé ce qui fait que j'ai continué et ben là si je réussis mon CAP, l'année prochaine, soit je continue sur un bac pro, et si j'échoue et ben je pense m'engager à l'armée.			x
	128	2 ans ou 3 ans, quelque chose. Voir un peu du pays. Nourri, logé, blanchi. Et voilà.		x	
	129	Bonne chance à toi. Moi c'est ma dernière année quoique 'il arrive. Quoiqu'il arrive.		x	
	156	l'investissement.			x
	157	que ce soit l'investissement scolaire ou l'investissement tout court après l'école. Comment gérer son argent.			x
Compétences en santé et ISS - Accès	162	y a le MACDO.	x		
	163	si tu vas à Auchan ou MACDO, tu n'arriveras jamais à l'école à l'heure. Quand j'étais à D. juste à côté y avait un snack, juste à côté, tu descends, y a tout à côté de toi. Y a que nous. Tu vas à J. ils ont chronopizzas, ils ont tout à côté d'eux. Tu vas à là-bas à C. ils ont quoi ? ils ont le snakos.		x	
	164	On est isolé. On veut aller manger au MACDO on est en retard.	x		
	165	On veut aller manger à Auchan on est en retard.	x		
	166	15 minutes de récré ça suffit pas. Et 45 minutes pour manger à la cantine, ça suffit pas.			x
	167	45 minutes, tu vois tu commandes un MACDO, un aller-retour, c'est 20 minutes déjà. Après 20 minutes pour manger. Tu commandes ç av durer 10 minutes. Tu reçois		x	

		ton truc, tu remontes et tout, t'arrives au lycée, tu manges et tu rentres pile à l'heure.			
Compétences en santé et ISS	54	l'assurance de la vie		x	
- Compréhension					
	55	ben non ça c'est toi qui paye.		x	
	84	cette carte est basée sur le sport, la maladie, la santé, le yoga. Rythme cardiaque.	x		
	85	la sérénité, comme je vois un crapaud en train de faire du yoga. 2 patients dans un hôpital avec une croix en rouge.	x		
	136	mais c'est normal ils perdent leurs doigts.			x
	137	non non non		x	
	152	en tout cas le mal de dos, la scoliose ça peut venir même au collège. En portant le sac et tout ça.			x
	161	Tu sais de base que personne à C. ne petit déjeune le matin, y en a qui petit-déjeune mais personne se lève le matin et se dit je vais petit-déjeuner avant d'aller à l'école. T'arrive là c'est la récré tu prends un petit crossant, un café c'est bien.			x
Compétences en santé et ISS	7	ben dans le domaine du professionnel ça ne marche pas comme ça, c'est déjà chacun pour sa peau donc l'égalité elle n'est pas à mesure égale, fraternité comme je vous l'ai dit c'est chacun pour sa peau et liberté c'est sûr qu'on est libre de faire ce qu'on veut si on veut arrêter, on arrête, si on veut continuer on continue donc voilà			x
- Évaluation					
	8	la santé, on se met tous en danger, c'est ça même le peintre il se met en danger			x
	9	parce qu'il y a des chantiers donc y a des risque de partout			x
	12	un des domaines les plus dangereux du bâtiment après menuisier avec les doigts			x
	13	c'est la vérité		x	
	14	y a plus d'accidents mais moins de cas de mortalité			x
	15	je sais que dans l'électricité y a plus de risque que dans les métiers comme ça enfin		x	
	16	parce que voilà tu n'auras pas une seconde			x

		chance alors que dans le bâtiment tu peux te casser la jambe à la limite			
	48	ça paye le black avec les taxes qu'il y a, disons que le black c'est plus rentable que n'importe quoi. Après le problème du black, c'est que tu perds tes avantages. Tu te blesses, pas d'arrêt maladie			x
	49	t'as pas de retraite. Donc en réalité le black c'est pas une bonne chose			x
	68	c'est comme-ci je mangeais à perte, je prends oualou. Y a des gens y mangent un tout petit peu y grossissent direct.			x
	133	déjà la maçonnerie, pour moi. C'est plus fatiguant. C'est peut-être l'un des mieux payés, enfin, il fait parti du top 3 avec la plomberie et l'électricité, il est dans le top 3 mais les maladies qui en suit et tout ça.			x
	143	tu vois c'est dangereux mais t'es bien payé.			x
Compétences en santé et ISS	76	t'as fumé		x	
- Application					
	77	non, j'en voit une depuis le début de l'année.	x		
	78	y en a pas beaucoup. Par contre des fumeurs de cannabis, dans la salle j'en compte 5. L déjà		x	
	79	non je rigole, il fume pas lui.		x	
	80	tu veux que j balance ton secret . balance ton porc.		x	
Déterminants individuels littératie en santé	17	moi le sport j'ai décroché un peu je vais m'y remettre, j'ai la flemme avec l'école et puis voilà, il faut juste de la motivation			x
- Accès					
Déterminants individuels littératie en santé	73	je connais des gens qui ont beaucoup maigri aussi et sans sauter de repas, sans, juste en fumant. J'en connais vraiment beaucoup, les gens ils étaient obèses et aujourd'hui ils sont plus maigres que moi.			x
Compréhension					
	74	ouai		x	
	106	Après lui son médicament préféré, c'est le Subutex		x	
	107	c'est des médicaments qui ont été déviés et qui sont des drogues.			x



	108	j'essaye de me renseigner dans plusieurs domaines divers et variés histoire d'avoir un petit de culture générale. Comme je vous le disais, le jeune à côté de moi, prend du Subutex. il n'a pas hésité à dévier ces médicaments pour en faire des drogues.		x	
Déterminants individuels littératie en santé - Évaluation	70	c'est mauvais ça.		x	
	71	oui jeûner c'est bien je dis pas le contraire, mais ne pas manger pendant 3 jours, par exemple jeuner la journée et manger un peu le soir, c'est conseillé, mais 3 jours ne rien manger			x
	72	faut boire par contre, bien oui c'est sûr. Mais après c'est difficile.			x
	75	mais parce qu'ici, ils fument pas la clope, c'est tourné vers le cannabis, ben voilà vous voyez c'est mal		x	
Déterminants individuels littératie en santé - Application	37	ah en terme de médicaments, personnellement moi je les prends pas les médicaments. Enfin comment vous expliquer, la carte vitale, normalement vous pouvez la prendre à l'âge de 16 ans et après vous renoncez à la mutuelle de vos parents, avec les assurances de vos parents ce qui fait que moi j'ai encore la mutuelle de mes parents, normalement jusqu'à vos 25 ans vous avez droit de garder le nom de vos parents, le nom de la carte vitale. Donc jusqu'à ce que je finisse mes études, je pense, après.	x		
	42	non pas au black, par exemple moi je suis majeur, ma sœur qu'à eu son bac, elle, elle travaille au MacDo. C'est ça après vous pouvez travailler le weekend et c'est plus rentable. C'est mieux, y a moins de fatigue, vous avez peut-être pas vos weekend mais d'un côté on travaille à la maison			x
	66	moi c'est l'inverse, j'essaye de grossir mais je n'y arrive pas. Les 10,	x		

		20 kilos, j'aurais bien aimé les prendre, être un peu trapu là.			
	67	moi le problème tu sais quoi, c'est que je suis hyperactif. Ce qui fait que je bouge beaucoup, je reste pas en place. Je mange beaucoup je trouve mais les calories.		x	
	69	moi je me gave, je me gave	x		
	81	non, moi je ne fume pas, je suis quelqu'un de sportif.	x		
	82	ça m'a déjà arrivé, j'ai essayé.		x	
	83	mais on va pas attendre 40 ans pour grossir. Dans 3, 4 ans tu vas me voir un peu plus massif. Je vais commencer à prendre des prods			x

#### Répartition des lexies E3 selon les dimensions et les compétences de LES

Dimensions sous- jacentes de LES	Nbre de lexies E3
Accès	28
Compréhension	46
Évaluation	60
Application	33

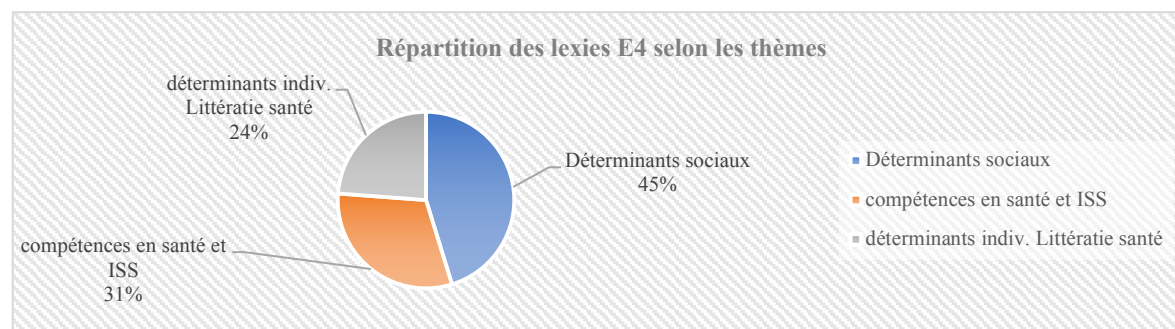
Compétences sous- jacentes de LES	Nbre de lexies E3
Compétences fonctionnelles	33
Compétences interactives	89
Compétences critiques	46

Numéros lexies	Registre explicite	Actes de discours
1	y a pas de filles	ADR
2	pareil arrondissementCR.	ADEN
3	après moi je dis, faut percer dans le foot, regarde Christiano il prend combien de milles euros.	ADEN
4	ben oui	ADEX
5	t'as abusé.	ADEX
6	moi je mange beaucoup et je grossis pas.	ADEN
7	en fait je mange et rien.	ADCJ
8	non, y en a 2 ou 3.	ADEX
9	j'ai jamais fumé de ma vie.	ADCF
10	t'as déjà fumé ?	ADEX
11	faut faire quoi pour grossir ?	ADEX
12	je mange toujours mais ça fait rien	ADCJ
13	au mariage.	ADEX
14	famille, histoire, parcours.	ADEX
15	y a la langue aussi	ADEX
16	oui.	ADEX
17	moi aussi pareil (arabe parlé).	ADCF
18	3 ans (présence en France).	ADCJ
19	ben oui.	ADEX
20	euh non.	ADEX
21	non.	ADEX
22	qui ?	ADEX
23	non	ADEX
24	non	ADEX
25	ben normal.	ADEN
26	de ? Doliprane ? non.	ADEX
27	de Doliprane ?	ADEX
28	sérieux ?	ADEX
29	ouai.	ADEX
30	je le garde pour moi.	ADCJ
31	parce que y a le ayn.	ADCJ
32	de ?	ADEX
33	Rien.	ADEX
34	non j'ai pas dit ça. C'était rien pas ayn.	ADCJ
35	ah.	ADEX
36	peut-être l'alternance.	ADEX
37	pareil.	ADEX
38	Oui.	ADEX
39	de faire attention.	ADEN
40	ben quoi moi, je fais pas attention.	ADCJ
41	ben à nous.	ADCJ

Total : 41 lexies

**Répartition des lexies E4 selon les thèmes :**

Thèmes	Nbre de lexies E4
Déterminants sociaux	19
Compétences en santé et ISS	13
Déterminants individuels littératie en santé	9



Répartition des lexies selon les actes de discours E4 :

ADR : 1 ADEN: 5 ADCI: 0 ADCJ: 8 ADCA: 0 ADCP: 2 ADEX: 25

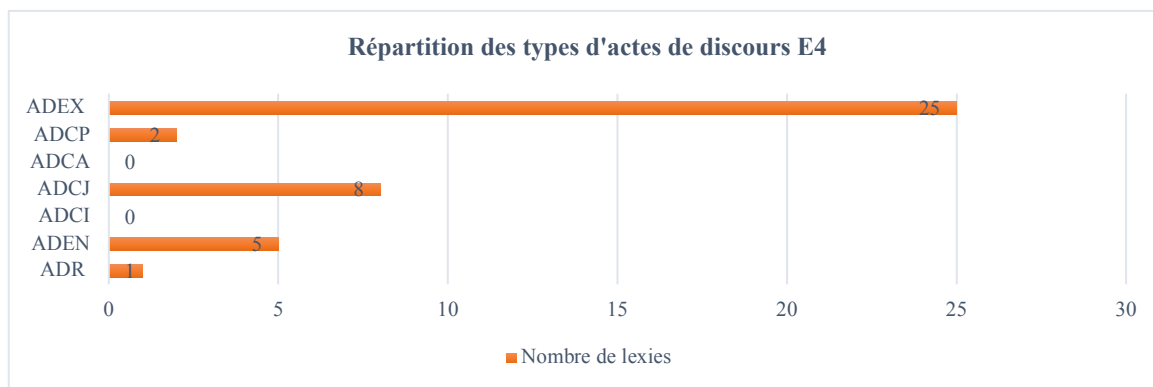


Tableau E4b: Répartition des lexies E4 selon les dimensions et les compétences de LES

Objets des cartes et lexies	Numéros lexies	Registre explicite	Compétences fonctionnelles	Compétences interactives	Compétences critiques
Déterminants sociaux - Accès	1	y a pas de filles	x		
	2	pareil arrondissement CR.	x		
	18	3 ans (présence en France).	x		
Déterminants sociaux - Compréhension	14	famille, histoire, parcours.	x		
	15	y a la langue aussi	x		
	16	oui.		x	
	19	ben oui.		x	
	20	euh non.		x	
	21	non.		x	
	31	parce que y a le ayn.		x	
	32	de ?		x	
	33	Rien.		x	
	34	non j'ai pas dit ça. C'était rien pas ayn.		x	
	35	ah.		x	
Déterminants sociaux - Évaluation	37	pareil.		x	
	38	Oui.		x	
	3	après moi je dis, faut percer dans le foot, regarde Christiano il prend combien de milles euros.			x
Déterminants sociaux - Application	36	peut-être l'alternance.		x	
	17	moi aussi pareil (arabe parlé).		x	
Compétences en santé et ISS - Accès	30	je le garde pour moi.			x

Compétences en santé et ISS	4	ben oui		x	
- Compréhension					
	22	qui ?		x	
	23	non		x	
	24	non		x	
	26	de ? Doliprane ? non.		x	
	27	de Doliprane ?		x	
	28	sérieux ?		x	
	29	ouai.		x	
Compétences en santé et ISS	5	t'as abusé.			x
- Évaluation					
	25	ben normal.			x
Compétences en santé et ISS	6	moi je mange beaucoup et je grossis pas.	x		
- Application					
	7	en fait je mange et rien.	x		
Déterminants individuels littératie en santé					
- Accès					
Déterminants individuels littératie en santé	10	t'as déjà fumé ?		x	
Compréhension					
	11	faut faire quoi pour grossir ?		x	
	41	ben à nous.		x	
Déterminants individuels littératie en santé	8	non, y en a 2 ou 3.	x		
- Évaluation					
	12	je mange toujours mais ça fait rien.			x
	13	au mariage.			x
	39	de faire attention.			x
Déterminants individuels littératie en santé	9	j'ai jamais fumé de ma vie.	x		
- Application					
	40	ben quoi moi, je fais pas attention.			x

#### Répartition des lexies E4 selon les dimensions et les compétences de LES

Dimensions sous- jacentes de LES	Nbre de lexies E4
Accès	4
Compréhension	24
Évaluation	8
Application	5

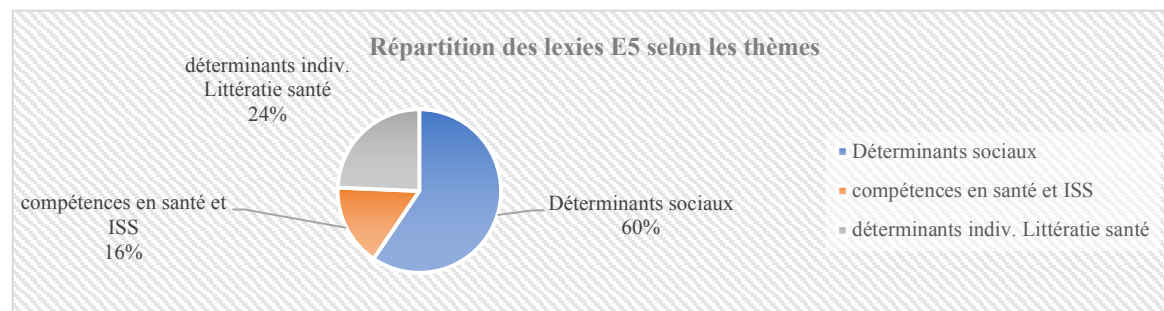
Compétences sous- jacentes de LES	Nbre de lexies E4
Compétences fonctionnelles	9
Compétences interactives	24
Compétences critiques	8

Numéros lexies	Registre explicite	Actes de discours
1	moi j'habite à côté	A DEN
2	il est en alternance ?	ADEX
3	c'est mieux	A DEN
4	ce qui rapporte le cuivre	A DEN
5	oui mais faut que tu accumules	A DEN
6	français, arabe.	ADCJ
7	les deux	ADCJ
8	en Algérie.	ADCJ
9	6 ans	ADCJ
10	oui.	ADEX
11	non.	ADEX
12	tu peux nous expliquer s'il te plait ?	ADEX
13	t'étais shooté ?	ADEX
14	il voulait dire quelque chose.	ADEX
15	non, il est débile celui-là.	ADEX
16	t'as quel âge ?	ADEX
17	on dirait pas.	ADEX
18	moi, je suis en BAC PRO.	A DEN
19	en première.	ADCP
20	non, en première.	ADCP
21	plomberie.	ADCP
22	c'est mieux payé que eux	ADCJ
23	oui. Ça dépend.	A DEN
24	il vaut mieux être avocat.	A DEN
25	ça dépend.	A DEN
26	Ça c'est à nous de le gérer.	ADR
27	y a rien du tout.	ADEX
28	c'est quoi ?	ADEX

Total : 28 lexies

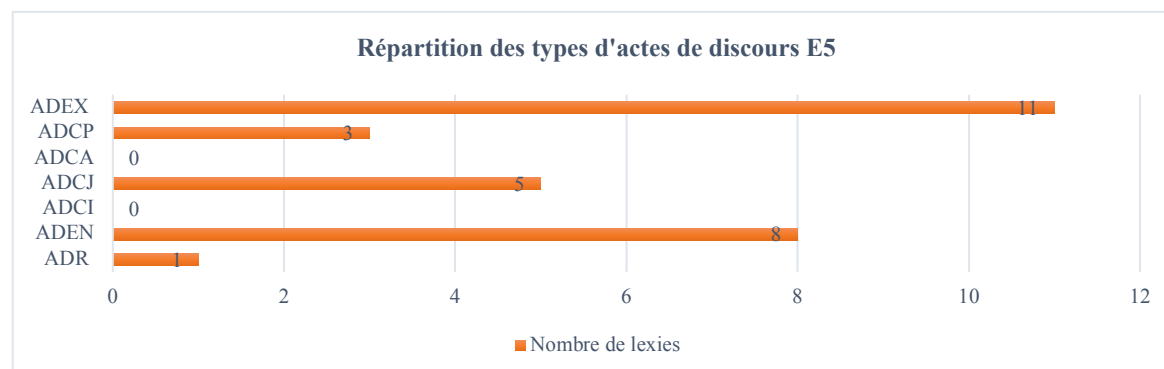
Répartition des lexies E5 selon les thèmes :

Thèmes	Nbre de lexies E5
Déterminants sociaux	22
Compétences en santé et ISS	6
Déterminants individuels littératie en santé	0



Répartition des lexies E5 selon les actes de discours :

ADR : 1 A DEN : 8 ADCI : 0 ADCJ : 5 ADCA : 0 ADCP : 3 ADEX : 11



-\*L\_E5- Tableau E5b: Répartition des lexies E5 selon les dimensions et les compétences de LES

Objets des cartes et lexies	Numéros lexies	Registre explicite	Compétences fonctionnelles	Compétences interactives	Compétences critiques
Déterminants sociaux - Accès	1	moi j'habite à côté	x		
	8	en Algérie.	x		
	9	6 ans	x		
	18	moi, je suis en BAC PRO.	x		
	19	en première.	x		
	20	non, en première.	x		
	21	plomberie.	x		
Déterminants sociaux - Compréhension	2	il est en alternance ?		x	
	10	oui.		x	
	11	non.		x	
	16	t'as quel âge ?		x	
Déterminants sociaux - Évaluation	3	c'est mieux			x
	4	ce qui rapporte le cuivre			x
	5	oui mais faut que tu accumules			x
	14	il voulait dire quelque chose.			x
	15	non, il est débile celui-là.			x
	17	on dirait pas.			x
	22	c'est mieux payé que eux			x
	23	oui. Ça dépend.			x
	24	il vaut mieux être avocat.			x
	Déterminants sociaux - Application	6	français, arabe.	x	
7		les deux	x		
Compétences en santé et ISS - Accès					
	12	tu peux nous expliquer s'il te plaît ?		x	
	13	t'étais shooté ?		x	
	28	c'est quoi ?		x	

Compétences en santé et ISS	25	ça dépend			X
- Évaluation					
	26	Ça c'est à nous de le gérer.			X
	27	y a rien du tout.			X
Compétences en santé et ISS					
- Application					
Déterminants individuels littératie en santé					
- Accès					
Déterminants individuels littératie en santé					
Compréhension					
Déterminants individuels littératie en santé					
- Évaluation					
Déterminants individuels littératie en santé					
- Application					

#### Répartition des lexies E5 selon les dimensions et les compétences de LES

Dimensions sous- jacentes de LES	Nbre de lexies E5
Accès	7
Compréhension	7
Évaluation	12
Application	2

Compétences sous- jacentes de LES	Nbre de lexies E5
Compétences fonctionnelles	9
Compétences interactives	7
Compétences critiques	12

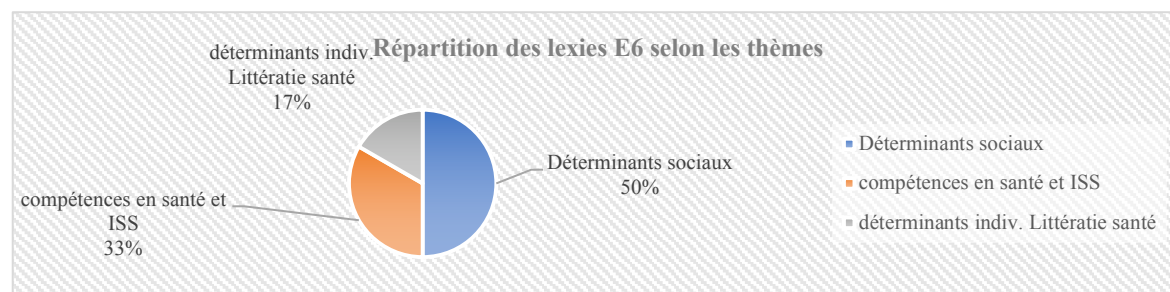


Numéros lexies	Registre explicite	Actes de discours
1	non, j'ai pas le temps	ADCJ
2	moi VilleR	ADEN
3	oui mais t'as pas de jeunesse quand même	ADEN
4	3euros le kilo (le cuivre)	ADEN
5	non, pas trop.	ADEN
6	ne dis même pas mon prénom parce que j'ai jamais touché ça de ma vie	ADEN
7	t'es fou, toi	ADEX
8	il a dit toute à l'heure qu'il a arrêté le sport.	ADEX
9	français.	ADEN
10	moi l'atelier après c'est un bureau, alors	ADCJ
11	ouai.	ADEX
12	tu devais être perché, hein	ADEX
13	Age mental 12.	ADEX
14	grave.	ADEX
15	narcotrafiquant ?	ADEX
16	pareil que lui dans la même classe. (1 <sup>ère</sup> bac pro plomberie)	ADEN
17	le bois c'est bien payé.	ADEN
18	ouai.	ADEX
19	c'est pas si bien payé la maçonnerie	ADEN
20	En Australie ?	ADEX
21	oui.	ADEX
22	non, non.	ADEX
23	non.	ADEX
24	c'est bien ce qu'ils ont dans le lycée de vendre des pains au chocolat	ADEX

Total : 24 lexies

Répartition des lexies E6 selon les thèmes :

Thèmes	Nbre de lexies E6
Déterminants sociaux	12
Compétences en santé et ISS	8
Déterminants individuels littératie en santé	4



Répartition des lexies E6 selon les actes de discours :

ADR : 0 ADEN : 9 ADCI : 0 ADCJ : 2 ADCA : 0 ADCP : 0 ADEX : 13

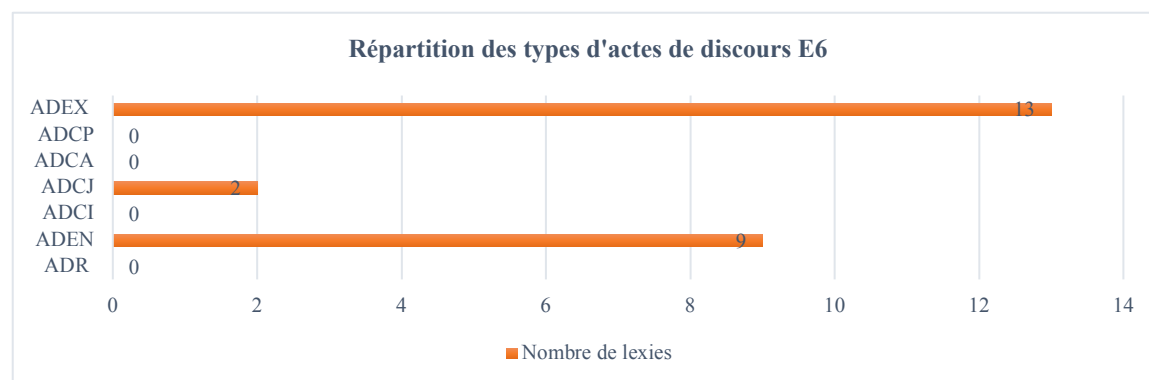


Tableau E6b: Répartition des lexies E6 selon les dimensions et les compétences de LES

Objets des cartes et lexies	Numéros lexies	Registre explicite	Compétences fonctionnelles	Compétences interactives	Compétences critiques
<b>Déterminants sociaux</b>	2	moi VilleR	x		
- Accès					
	9	français.	x		
	16	pareil que lui dans la même classe. (1 <sup>ère</sup> bac pro plomberie)		x	
<b>Déterminants sociaux</b>	4	3euros le kilo (le cuivre)	x		
- Compréhension					
	11	ouai.		x	
	18	ouai.		x	
	20	En Australie ?		x	
	23	non.		x	
<b>Déterminants sociaux</b>	13	Age mental 12.			x
- Évaluation					
	14	grave.			x
	17	le bois c'est bien payé.			x
	19	c'est pas si bien payé la maçonnerie			x
<b>Déterminants sociaux</b>					
- Application					
<b>Compétences en santé et ISS</b>					
- Accès					
<b>Compétences en santé et ISS</b>	5	non, pas trop.			x
- Compréhension					
	8	il a dit toute à l'heure qu'il a arrêté le sport.		x	
	21	oui.		x	
	22	non, non.		x	
<b>Compétences en santé et ISS</b>	1	non, j'ai pas le temps			x
- Évaluation					
	10	moi l'atelier après c'est un bureau, alors			x
	12	tu devais être perché, hein.			x
	24	c'est bien ce qu'ils ont dans le lycée de vendre des pains au chocolat			x
<b>Compétences en santé et ISS</b>					
- Application					

Déterminants individuels littératie en santé - Accès	6	ne dis même pas mon prénom parce que j'ai jamais touché ça de ma vie.		x	
Déterminants individuels littératie en santé Compréhension	15	narcotrafiqant ?		x	
Déterminants individuels littératie en santé - Évaluation	3	oui mais t'as pas de jeunesse quand même			x
	7	t'es fou. toi			x
Déterminants individuels littératie en santé - Application					

#### Répartition des lexies E6 selon les dimensions et les compétences de LES

Dimensions sous- jacentes de LES	Nbre de lexies E6
Accès	4
Compréhension	10
Évaluation	10
Application	0

Compétences sous- jacentes de LES	Nbre de lexies E6
Compétences fonctionnelles	3
Compétences interactives	10
Compétences critiques	11

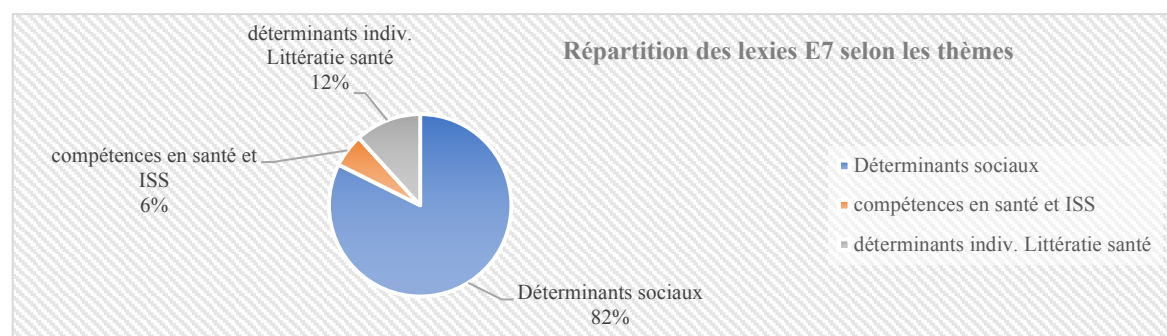
-\*L\_E7- Tableau E7a: Registre de discours des lexies et actes de discours

Numéros lexies	Registre explicite	Actes de discours
1	non	ADCP
2	vite fait, ben je fais à l'internat	ADCJ
3	je dirais sympathique ( <i>l'établissement</i> )	ADEX
4	ouai,	ADEX
5	VilleLs. T'es en internat alors ?	ADEN
6	moi VilleG	ADEN
7	moi, j'ai l'école et le lycée professionnel et la zone géographique.	ADEN
8	oui	ADEX
9	français.	ADEN
10	si le doliprane, si tu prends une boite, tu peux, y a des risques.	ADEN
11	non moi, c'est ma 1 <sup>ère</sup> année.	ADCJ
12	non en BAC pro.	ADEN
13	ouai.	ADEN
14	non, moi je suis en seconde et lui il est en 1 <sup>ère</sup> .	ADCJ
15	oui.	ADEN
16	ouai ils ont dit tu vas échoué mais en fait non. ( <i>les parents</i> )	ADCJ
17	alors que nous TB2E si on arrive vraiment on peut passer, on peut essayer de passer en école d'architecture.	ADEN

Total : 17 lexies

Répartition des lexies E7 selon les thèmes :

Thèmes	Nbre de lexies E7
Déterminants sociaux	14
Compétences en santé et ISS	1
Déterminants individuels littératie en santé	2



Répartition des lexies selon les actes de discours E7 :

ADR : 0 ADEN : 9 ADCI : 0 ADCJ : 4 ADCA : 0 ADCP : 1 ADEX : 3

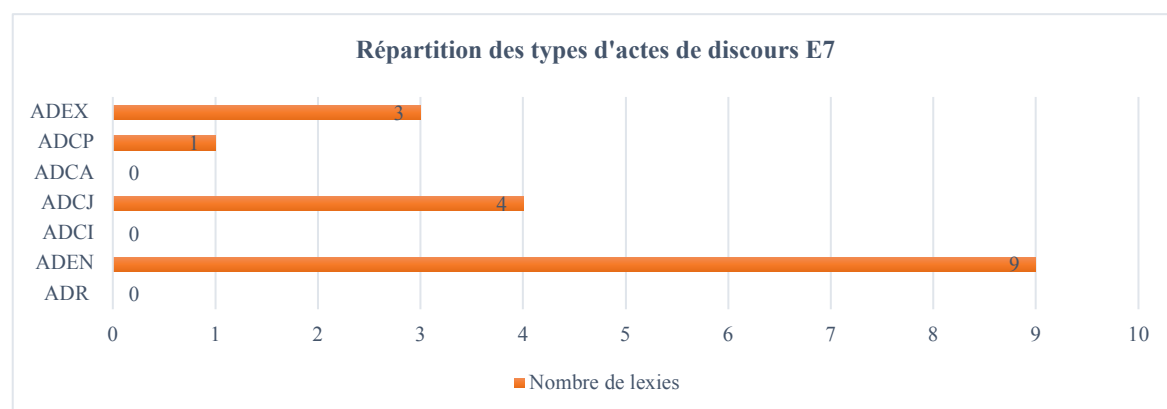


Tableau E7b: Répartition des lexies E7 selon les dimensions et les compétences de LES

Objets des cartes et lexies	Numéros lexies	Registre explicite	Compétences fonctionnelles	Compétences interactives	Compétences critiques
<b>Déterminants sociaux</b> - Accès	6	moi VilleG	x		
	9	français.	x		
	12	non en BAC pro.		x	
<b>Déterminants sociaux</b> - Compréhension	4	ouai.		x	
	5	VilleLs. T'es en internat alors ?		x	
	7	moi, j'ai l'école et le lycée professionnel et la zone géographique.		x	
	8	oui		x	
	11	non moi, c'est ma 1 <sup>ère</sup> année.		x	
	13	ouai.		x	
	14	non, moi je suis en seconde et lui il est en 1 <sup>ère</sup> .		x	
	15	oui.		x	
<b>Déterminants sociaux</b> - Évaluation	3	je dirais sympathique (l'établissement)			x
	17	alors que nous TB2E si on arrive vraiment on peut passer, on peut essayer de passer en école d'architecture.			x
<b>Déterminants sociaux</b> - Application	2	vite fait, ben je fais à l'internat			x
<b>Compétences en santé et ISS</b> - Accès					
<b>Compétences en santé et ISS</b> - Compréhension					
<b>Compétences en santé et ISS</b> - Évaluation	16	ouai ils ont dit tu vas échoué mais en fait non. (les parents)			x
<b>Compétences en santé et ISS</b> - Application					
<b>Déterminants individuels littératie en santé</b> - Accès					

Déterminants individuels littératie en santé Compréhension					
Déterminants individuels littératie en santé - Évaluation	10	si le doliprane, si tu prends une boîte, tu peux, y a des risques.			x
Déterminants individuels littératie en santé - Application	1	non		x	

**Répartition des lexies E7 selon les dimensions et les compétences de LES**

Dimensions sous- jacentes de LES	Nbre de lexies E7
Accès	3
Compréhension	8
Évaluation	4
Application	2

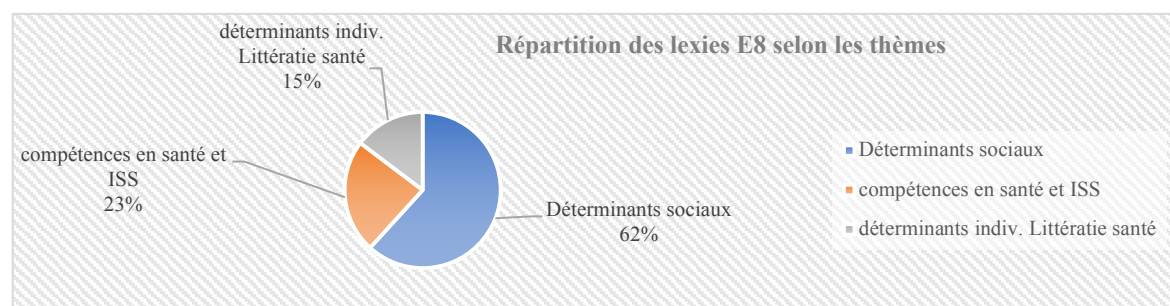
Compétences sous- jacentes de LES	Nbre de lexies E7
Compétences fonctionnelles	2
Compétences interactives	10
Compétences critiques	5

Numéros lexies	Registre explicite	Actes de discours
1	là il médite, ces cartes elles nous disent ce qu'il fait faire	ADEX
2	après moi je suis en bac pro et pourtant, j'ai pas de risque de santé	ADEN
3	TB2E	ADEN
4	Technicien d'études du bâtiment études et économie donc à part me couper avec une feuille y a pas beaucoup de risque	ADCJ
5	ouai je suis en bonne santé	ADCJ
6	moi aussi VilleR.	ADEN
7	ben moi je suis né en Algérie, je suis arrivé ici à 5 ans, puis j'ai fait que des conneries jusqu'au collège et puis voilà je suis en pro.	ADCJ
8	non, je suis arrivé quand j'avais 5 ans. Ça fait 12 ans.	ADCJ
9	non, ça fait 12 ans et j'ai appris à parler quand même ! puis voilà, puis après je me suis retrouvé à A. C.	ADCJ
10	c'est pas concluant	ADEX
11	non, moi, j'ai pas de carte vitale, je suis pas majeure	ADEN
12	moi, je parle arabe.	ADEN
13	non un dialecte.	ADEN
14	c'est toujours un bagage en plus une langue supplémentaire, ça peut pas être un bâton dans les roux hein. Il vaut mieux une langue en plus c'est bénéf et puis voilà.	ADCJ
15	hein ?	ADEX
16	ben j'arrive à me faire comprendre, ben je le maîtrise hein.	ADCF
17	non mais maîtriser une langue c'est se faire comprendre. A partir du moment où l'on peut se faire comprendre dans toutes les circonstances et ben on maîtrise la langue.	ADCJ
18	c'est une notice de médicaments.	ADEX
19	là, il lit la notice, là-bas il l'applique, et là-bas c'est de son médecin et après	ADEX
20	on lit pas la notice, le médecin il nous dit 2 fois par jour le matin, et puis 2 fois par jour le matin, le midi et le soir et puis on fait ça et puis c'est tout.	ADEN
21	oui mais un doliprane je pense pas que	ADEX
22	ben moi je vais voir pour des poursuites d'études peut-être. Si c'est possible pourquoi pas.	ADCJ
23	en première.	ADCJ
24	ouai. en 1 <sup>ère</sup> bac pro	ADCJ
25	Technicien bâtiment études économiques.	ADCJ
26	les parents surtout. au départ moi mes parents, ils ont dit tu vas en professionnel, c'est nul.	ADCJ
27	Moi ils m'ont dit en professionnel clairement tu vas rien faire. Laisse tomber	ADCJ
28	moi, je vous dirais de leur poser la question, quand vous arrivez le matin à l'école devant le portail vous vous dites quoi ?	ADEX
29	je me dis, c'est hal, c'est hal, c'est tout.	ADEX
30	c'est chaud. C'est piquant. A 7 heures du matin, voilà. Après peut-être qu'y a des gens qui aiment bien se réveiller le matin et aller à l'école.	ADCJ
31	de leur demander la vie au lycée comment ça se passe.	ADEX
32	Y a pas grand chose à côté sinon faut marcher jusqu'au MACDO.	ADEN
33	Auchan, MACDO.	ADCJ
34	Ils mangent sur la montée.	ADCJ

Total : 34 lexies

**Répartition des lexies E8 selon les thèmes :**

Thèmes	Nbre de lexies E8
Déterminants sociaux	21
Compétences en santé et ISS	8
Déterminants individuels littératie en santé	5



Répartition des lexies E8 selon les actes de discours :

ADR : 0 ADEN: 8 ADCI: 0 ADCJ: 16 ADCA: 0 ADCP: 1 ADEX: 9

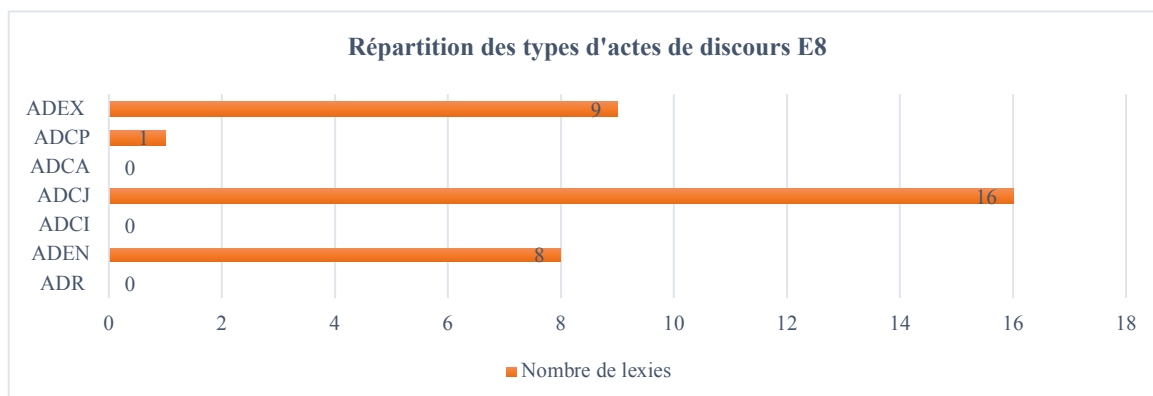


Tableau E8b: Répartition des lexies E8 selon les dimensions et les compétences de LES

Objets des cartes et lexies	Numéros lexies	Registre explicite	Compétences fonctionnelles	Compétences interactives	Compétences critiques
<b>Déterminants sociaux</b> - Accès	3	TB2E	x		
	6	moi aussi VilleR.		x	
	7	ben moi je suis né en Algérie, je suis arrivé ici à 5 ans, puis j'ai fait que des conneries jusqu'au collège et puis voilà je suis en pro.	x		
	8	non, je suis arrivé quand j'avais 5 ans. Ça fait 12 ans.	x		
	11	non, moi, j'ai pas de carte vitale, je suis pas majeure			x
	23	en première.	x		
	25	Technicien bâtiment études économiques.	x		
<b>Déterminants sociaux</b> - Compréhension	1	là il médite, ces cartes elles nous disent ce qu'il fait faire		x	
	15	hein ?		x	
	24	ouai. en 1 <sup>ère</sup> bac pro	x		
<b>Déterminants sociaux</b> - Évaluation	2	après moi je suis en bac pro et pourtant, j'ai pas de risque de santé			x
	10	c'est pas concluant			x
	14	c'est toujours un bagage en plus une langue supplémentaire, ça peut pas être un bâton dans les roux hein. Il vaut mieux une langue en plus c'est bénéf et puis voilà.			x
	13	non un dialecte.			x
	17	non mais maîtriser une langue c'est se faire comprendre. A partir du moment où l'on peut se faire comprendre dans			x



		toutes les circonstances et ben on maitrise la langue.			
	22	ben moi je vais voir pour des poursuites d'études peut-être. Si c'est possible pourquoi pas.			x
	26	les parents surtout. au départ moi mes parents, ils ont dit tu vas en professionnel, c'est nul.			x
	27	Moi ils m'ont dit en professionnel clairement tu vas rien faire. Laisse tomber		x	
<b>Déterminants sociaux</b>	9	non, ça fait 12 ans et j'ai appris à parler quand même ! puis voilà, puis après je me suis retrouvé à A. C.			x
- Application	12	moi, je parle arabe.	x		
	16	ben j'arrive à me faire comprendre, ben je le maitrise hein.			x
<b>Compétences en santé et ISS</b>	32	Y a pas grand chose à côté sinon faut marcher jusqu'au MACDO.	x		
- Accès	33	Auchan, MACDO.	x		
	34	Ils mangent sur la montée.			x
<b>Compétences en santé et ISS</b>					
- Compréhension	4	Technicien d'études du bâtiment études et économie donc à part me couper avec une feuille y a pas beaucoup de risque			x
<b>Compétences en santé et ISS</b>	28	moi, je vous dirais de leur poser la question, quand vous arrivez le matin à l'école devant le portail vous vous dites quoi ?			x
	29	je me dis, c'est hal, c'est hal, c'est tout.			x
	30	c'est chaud. C'est piquant. A 7 heures du matin, voilà. Après peut-être qu'y a des gens qui aiment bien se réveiller le matin et aller à l'école.			x
	31	de leur demander la vie au lycée comment ça se passe.			x
<b>Compétences en santé et ISS</b>					
- Application	18	c'est une notice de médicaments.	x		
<b>Déterminants individuels littératie en santé</b>					
- Accès					

Déterminants individuels littératie en santé Compréhension	19	là, il lit la notice, là-bas il l'applique, et là-bas c'est de son médecin et après	x		
	20	on lit pas la notice, le médecin il nous dit 2 fois par jour le matin, et puis 2 fois par jour le matin, le midi et le soir et puis on fait ça et puis c'est tout.	x		
Déterminants individuels littératie en santé - Évaluation	5	ouai je suis en bonne santé			x
	21	oui mais un doliprane je pense pas que			x
Déterminants individuels littératie en santé - Application					

**Répartition des lexies E8 selon les dimensions et les compétences de LES**

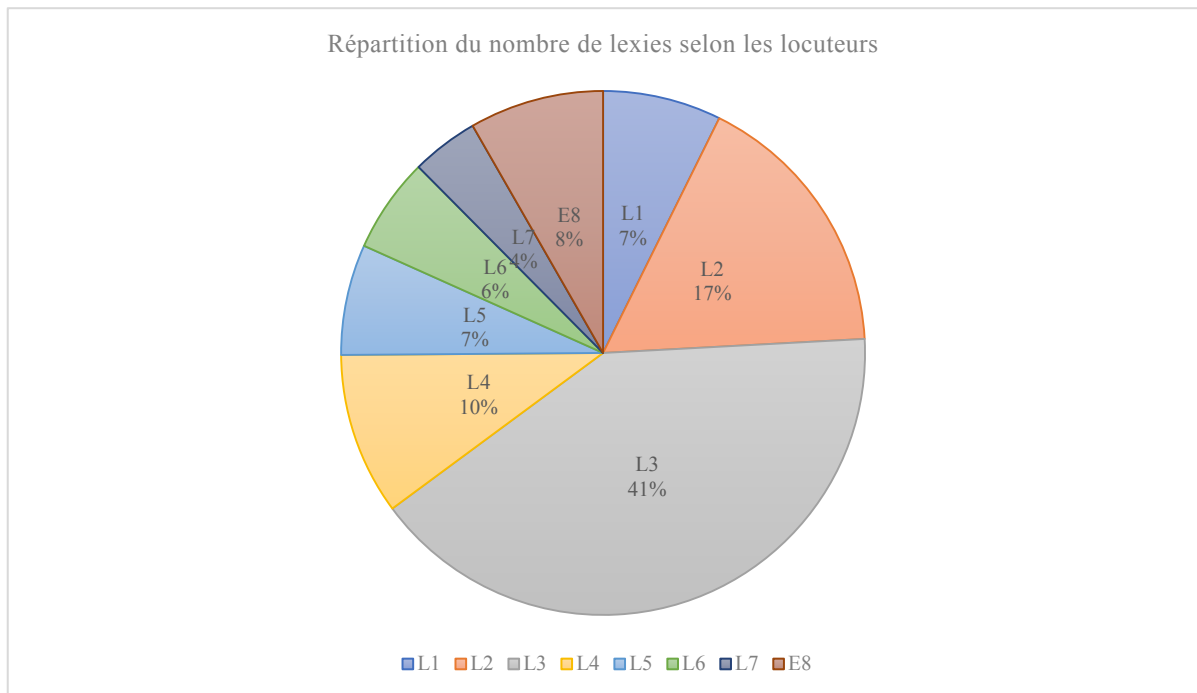
Dimensions sous- jacentes de LES	Nbre de lexies E8
Accès	11
Compréhension	5
Évaluation	15
Application	3

Compétences sous- jacentes de LES	Nbre de lexies E8
Compétences fonctionnelles	12
Compétences interactives	4
Compétences critiques	18

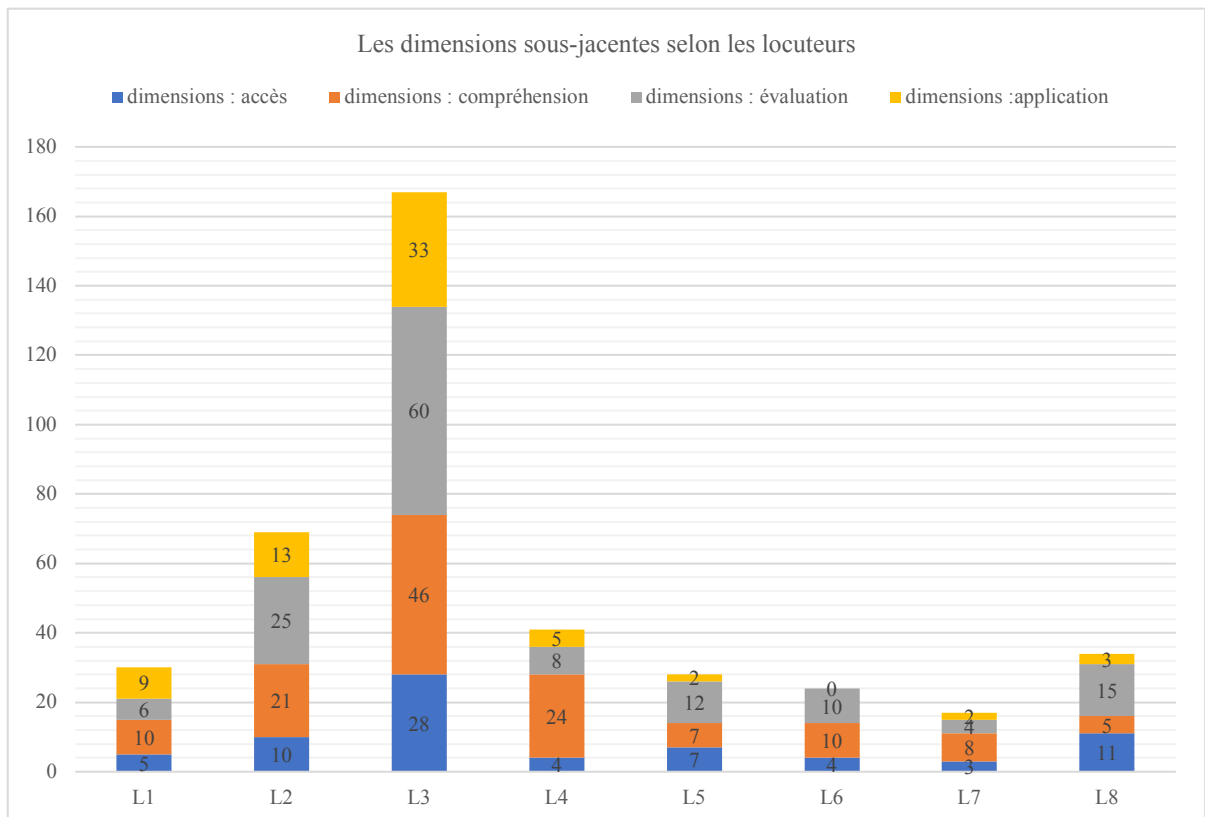


**Annexe K : Synthèse de la répartition des lexies, des dimensions et compétences sous-jacentes**

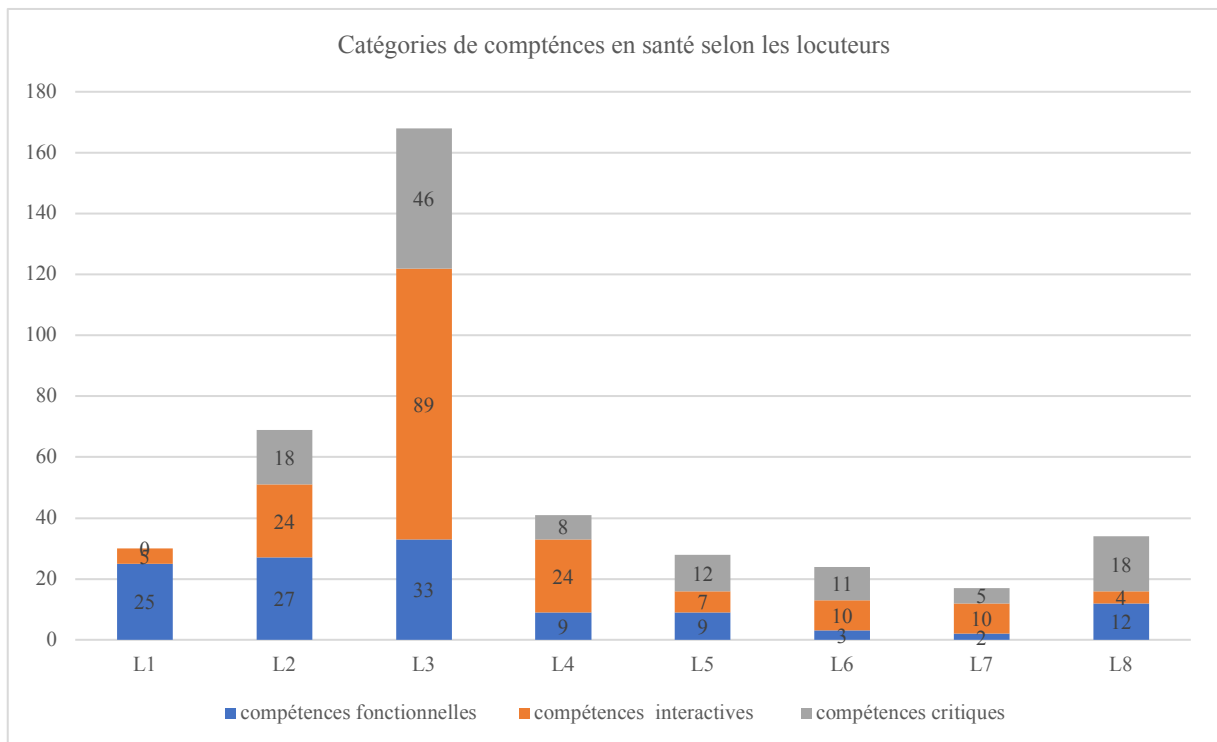
**Annexe K1 : Répartition du nombre de lexies, selon les locuteurs**



**Annexe K2 : Répartition des dimensions sous-jacentes selon les locuteurs du focus group**

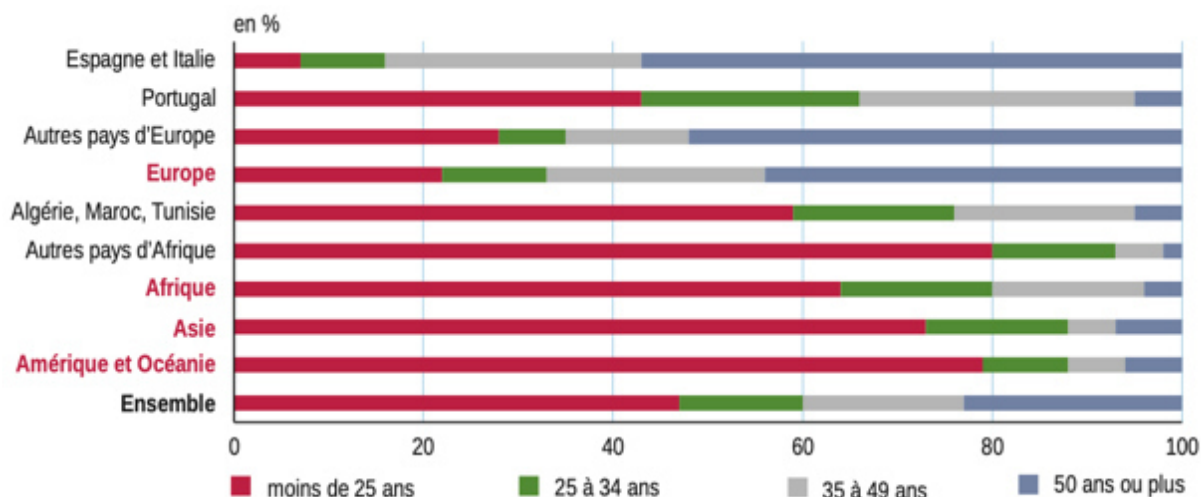


### Annexe K3 : Catégories de compétences en santé selon les locuteurs



## Annexe L : Répartition des descendants d'immigrés

### Annexe L1 : Répartition des descendants d'immigrés selon leur âge et le pays de naissance des parents



Note : le pays d'origine est celui du parent immigré ou celui du père si les deux parents sont immigrés.

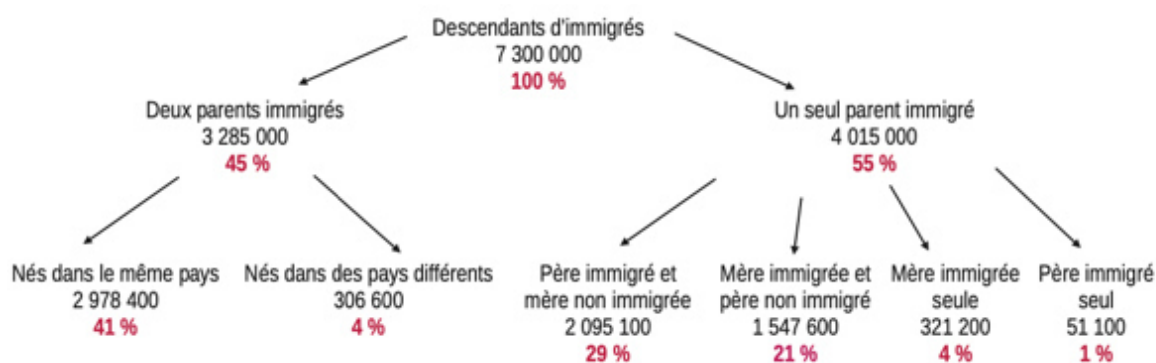
Lecture : 47 % des descendants d'immigrés ont moins de 25 ans.

Champ : France, ménages ordinaires.

Source : Insee, enquête Emploi de 2015, enquête annuelle de recensement de 2015.

**Figure 1.** Graphique représentant la répartition des descendants d'immigrés selon leur âge et le pays de naissance des parents (Insee & Brutel, 2017 p. 3)

### Annexe L2 : Répartition des descendants d'immigrés selon la mixité de leurs origines



Lecture : 3,285 millions de descendants d'immigrés ont deux parents immigrés ; ils représentent 45 % de l'ensemble des descendants d'immigrés.

Champ : France, ménages ordinaires.

Source : Insee, enquête Emploi de 2015, enquête annuelle de recensement de 2015.

**Figure 2.** Répartition des descendants d'immigrés selon la mixité de leurs origines (Insee & Brutel, 2017 p. 3)

## Annexe M : Caractéristiques des familles des élèves entrés en sixième en 2007

**Tableau.** *Caractéristiques des familles des élèves entrés en sixième en 2007 (Brinbaum, 2019, p. 98).*

Caractéristiques des familles		France	Portugal	Maghreb	Afrique Sub.	Turquie	Asie
Position sociale de la famille	Au moins un cadre ou chef d'entreprise (+ 10 salariés) ou instit	31	6	8	7	3	9
	Au moins un parent profession intermédiaire	23	13	8	11	6	11
	Au moins un indépendant	11	14	9	4	19	13
	Ouvriers et employés qualifiés	12	8	8	10	12	15
	Ouvriers et employés mixtes	16	33	25	36	23	24
	Ouvriers et employés non qualifiés, inactifs	8	26	43	31	36	28
Situation professionnelle des parents en 2008	% en emploi – mère	82	86*	47	66	31	62
	% en emploi – père	94	90	68	64	77	87
Diplôme de la mère (ou conjointe père)	Sans diplôme ou cep	11	64	53	54	68	50
	BEPC ou équivalent	6	7	5	9	4	6
	Diplômes professionnels (BEP – CAP et équivalent)	29	20	12	6	10	14
	baccalauréat	19	5	9	10	2	9
	Diplômes du supérieur	33	1	6	10	0	7
	Non-réponse	2	3	15	11	16	15
Diplôme du père (ou conjoint mère)	Sans diplôme ou CEP	12	59	54	49	62	49
	BEP C ou équivalent	5	1	4	3	4	4
	Diplômes professionnels (BEP –CAP et équivalent)	38	28	19	5	17	10
	baccalauréat	14	4	7	13	6	16
	Diplômes du supérieur	28	3	9	18	3	9
	Non-réponse	3	6	7	13	8	12
Langue parlée en famille	Le français uniquement	95	20	15	26	2	5
	Au moins un parent parle français ou souvent français et autre	0	12	18	20	32	53
	Autre langue (uniquement ou souvent)	4	68	66	55	66	41
Précarité socio-éco	Difficultés financières en 2008	17	25	37	44	27	38
<b>Contexte scolaire</b>							
Éducation prioritaire	Au moins une fois	12	19	47	61	51	40
	En sixième	10	18	44	57	47	40
	4 ans après la sixième	9	15	41	55	43	36
ZUS	Au moins une fois	9	10	31	41	38	20
	En sixième	4	6	24	29	32	19

Éducation & formations n° 100 © DEPP

**Lecture :** parmi les familles portugaises, 86 % des mères étaient en emploi en 2008, 90 % des pères.

**Champ :** élèves nés en France métropolitaine entrés en sixième pour la première fois en 2007 dans un collège public ou privé sous contrat de France métropolitaine.

**Source :** MENJ-DEPP, panel d'élèves entrés en sixième en 2007.

**Annexe N : Orientations subies vers l'enseignement professionnel**

**Tableau.** *Orientations subies vers l'enseignement professionnel par catégories sociales (en %)*

*(Di Paola et al., 2016, p. 17).*

Accès à l'enseignement professionnel	Ensemble des accès		Dont orientation subie en professionnel	
	1995	2007	1995	2007
<b>CSP de la personne de référence</b>				
<b>Agriculteurs</b>	40,6	38,3	3,1	1,2
<b>Artisans, commerçants</b>	35,7	34,0	5,0	4,2
<b>Chefs d'entreprise</b>	15,7	17,4	3,5	2,5
<b>Cadres</b>	8,8	10,2	2,2	1,7
<b>Enseignants</b>	8,1	10,2	2,2	1,4
<b>Professions intermédiaires</b>	25	28,9	4,7	3,8
<b>Employés</b>	40,6	43,3	4,7	5,0
<b>Ouvriers qualifiés</b>	49,5	50,3	4,7	5,5
<b>Ouvriers non qualifiés</b>	59,1	57	4,6	6,3
<b>Inactifs</b>	54,0	64,0	4,5	6,6

Source : Panels d'élèves 1995 et 2007, MEN

Lecture : En 2012, parmi les élèves issus d'une famille de cadres, 10,2 % entrent dans l'enseignement professionnel et 1,7 % subissent une telle orientation.



## Annexe O : Corrélations entre les échelles du HLQ et les données sociodémographiques

### Annexe O1 : Tableau des corrélations entre les variables sociodémographiques

	Âge	Sexe	Lieu naissance	Nationalité	Nombre à la maison	Nationalité mère	Nationalité père	Langue française parlée	Lieu de vie	Formation	Département	Filière	Situation mère	Situation père
Âge		0,052	0,031	0,044	-0,052	0,03	0,078	0,013	-0,054	0,025	-,147**	0,045	0,02	0,026
Sexe			-0,098	-0,091	-0,002	0,059	0,088	0,089	-0,059	,277**	-,193**	,270*	-0,024	-0,031
Lieu naissance				,190**	0,056	0,074	0,052	-,279**	0,096	-,109*	0,011	0,019	0,069	0,005
Nationalité					-0,103	,481**	,448**	-,221**	-,135*	0,023	0,028	-,134*	0,043	-0,031
Nombre à la maison						-0,008	0,014	-0,09	0,041	-,125*	,156**	-0,029	0,055	-,111*
Nationalité mère									,174*	0,1	-0,059	-0,001	,138**	-0,084
Nationalité père									-,219*			-0,083	0,036	0,019
Langue française parlée									-,106*	,164**	-0,102	-0,017	0,042	0,041
Lieu de vie										-,194**	0,063	0,076	-0,024	-0,071
Formation												,275*	-0,008	0,097
Département												-,107*	0,051	-0,033
Filière													-0,033	0,022
Situation mère														,276**
Situation père														

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

### Annexe O2 : Tableau des corrélations entre les échelles du HLQ

Corrélations	2- HSI	3- AMH	4- SS	5- CA	6- AE	7- NHS	8- FHI	9- UHI
1- HPS	,368**	,294**	,402**	,355**	,384**	,380**	,232**	,222**
2- HSI		,376**	,277**	,387**	,346**	,388**	,362**	,263**
3_ AMH			,373**	,422**	,328**	,235**	,242**	,184**
4- SS				,236**	,303**	,327**	,207**	,271**
5- CA					,324**	,265**	,435**	,297**
6- AE						,597**	,541**	,549**
7- NHS							,593**	,634**
8_ FHI								,617**
9- UHI								

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Annexe O3 : Tableau des échelles de littératie du HLQ corrélées à l'usage du français à la maison

Usage langue française	2 HSI	Écart type	4 SS	Écart type	5 CA	Écart type	6 AE	Écart type	7 NHS	Écart type	8 FHI	Écart type
L-0	2,52	0,55	3,20	0,61	2,48	0,67	3,57	0,89	3,51	0,80	3,14	0,85
L-1	2,56	0,58	3,07	0,64	2,55	0,67	3,30	0,71	3,29	0,74	3,15	0,74
L-2	2,77	0,58	3,28	0,56	2,71	0,71	3,59	0,74	3,55	0,73	3,43	0,76

Annexe O4 : Tableau des échelles de littératie du HLQ corrélées aux départements

Departements	2 HSI	Écart type	3 AMH	Écart type	6 AE	Écart type
01	2,58	0,57	2,51	0,49	3,16	0,67
42	2,68	0,52	2,75	0,50	3,67	0,71
69	2,71	0,56	2,76	0,55	3,57	0,74
94	2,69	0,60	2,56	0,53	3,52	0,69
98	2,85	0,63	3,09	0,52	3,54	0,79
38-84	2,38	0,54	2,80	0,27	3,10	0,50
7- Autre	2,62	0,68	2,76	0,40	3,25	0,80

Annexe O5 : Tableau des échelles de littératie du HLQ corrélées négativement à la nationalité de l'élève

Nationalité de l'élève	1 HPS	Écart type	4 SS	Écart type
Française -1	2,92	0,59	3,27	0,56
Autre - 7	2,67	0,58	3,08	0,64

Annexe O6 : Tableau des échelles de littératie du HLQ corrélées négativement au sexe de l'élève

Sexe de l'élève	3AMH	Écart type	4 SS	Écart type	6 AE	Écart type
Masculin - 1	2,95	0,56	3,36	0,55	3,71	0,70
Féminin- 2	2,74	0,52	3,20	0,59	3,48	0,75

Annexe O7 : Tableau des échelles de littératie du HLQ corrélées négativement à la nationalité du père

Nationalité du père	1 HPS	Écart type	2 HSI	Écart type	3 AMH	Écart type	5 CA	Écart type
Française -1	2,95	0,56	2,80	0,57	2,83	0,51	2,72	0,70
Autre - 7	2,74	0,62	2,57	0,60	2,70	0,55	2,58	0,70

Annexe O8 : Tableau des échelles de littératie du HLQ corrélées négativement à la nationalité de la mère

Nationalité de la mère	2 HSI	Écart type	4 SS	Écart type	5 CA	Écart type
Française -1	2,76	0,59	3,29	0,58	2,71	0,71
Autre - 7	2,60	0,57	3,11	0,57	2,56	0,69

Annexe O9 : Tableau des échelles de littératie du HLQ corrélée négativement lieu de naissance de l'élève

Lieu de naissance de l'élève	6 AE	Écart type
France	3,57	0,75
Europe	3,38	0,77
Afrique	3,58	0,64
Asie	3,24	1,01
Amerique du nord	3,13	1,09
Amerique du sud	2,35	0,59
Autre	3,35	0,72

Annexe O10 : Tableau des échelles de littératie du HLQ corrélée négativement lieu de vie de l'élève

Lieu de vie de l'élève	9 UHI	Écart type
En ville	3,63	0,77
A la campagne	3,36	0,83
Sans réponse	3,49	0,76

Annexe O11 : Tableau des échelles de littératie du HLQ corrélée négativement nombre de personnes vivant au domicile de l'élève

Nombre de personnes au domicile	1 HPS	Écart type
1	2,75	0,36
2	3,10	0,54
3	2,92	0,62
4	2,94	0,54
5	2,96	0,59
6 et plus	2,70	0,61

## Liste des sigles et acronymes

ANLCI : Agence Nationale de Lutte Contre l'Illettrisme  
ARS : Agences régionales de santé  
CPS : Compétences psychosociales  
CESC : Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté  
DGESCO : Direction générale de l'Enseignement Scolaire  
Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques  
EANA : Élèves allophones nouvellement arrivés  
ETP : Éducation thérapeutique du patient  
ESPS : Enquête santé protection sociale  
FLE : Français Langue Étrangère  
FLS : Français langue seconde  
Irdes : Institut de recherche et documentation en économie de la santé  
HCSP : Haut Conseil de la santé publique  
IGAS : Inspection générale des affaires sociales  
Insee : Institut national de la statistique et des études économiques  
INSPE : Institut national supérieur du professorat et de l'éducation  
ISS : Inégalités sociales de santé  
ISTS : Inégalités sociales et territoriales de santé  
HAS : Haute autorité de santé  
HLQ : Health literacy questionnaire  
LES : littératie en santé  
OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques  
OMS : Organisation mondiale de la santé  
PES : Parcours éducatif de santé  
PIAAC : Programme pour l'évaluation internationale des compétences des adultes  
PIB : Produit intérieur brut  
PISA: Program for International Student Assessment  
PNSP : Plan national de santé publique  
PNNS : Programme national nutrition santé  
PSE : Prévention-Santé-Environnement  
PVD : Pays en voie de développement  
RSA : Revenu de solidarité active  
STMS : Sciences et techniques médico-sociales  
UPE2A : Unités pédagogiques pour élèves allophones arrivants  
VAE : Validation des Acquis de l'Expérience