



**HAL**  
open science

# Approche éducative de la littératie en santé dans la prévention du diabète de type 2 à l'île Maurice

Bibi Sabeena Dowlut-Toofanee

► **To cite this version:**

Bibi Sabeena Dowlut-Toofanee. Approche éducative de la littératie en santé dans la prévention du diabète de type 2 à l'île Maurice. Education. Université de la Réunion, 2020. Français. NNT : 2020LARE0028 . tel-03889368

**HAL Id: tel-03889368**

**<https://theses.hal.science/tel-03889368>**

Submitted on 8 Dec 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.

Université de La Réunion  
ÉCOLE SUPÉRIEURE DU PROFESSORAT ET DE L'ÉDUCATION  
ICARE : Institut Coopératif Austral de Recherche en Éducation  
Thèse de doctorat en Sciences de l'éducation et de la formation

Présentée par : Bibi Sabeena Dowlut-Toofanee

**Approche éducative de la littératie en santé  
dans la prévention du diabète de type 2  
à l'île Maurice**

8 Décembre 2020

**Directrice de thèse :** Maryvette BALCOU-DEBUSSCHE  
Professeure en Sciences de l'éducation et de la formation, Université de La Réunion

**Composition du Jury :**

Monsieur Eric Dugas	Professeur en Sciences de l'éducation et de la formation, Université de Bordeaux	Président
Monsieur Dominique Berger	Professeur émérite, Sciences de l'éducation et de la formation, Université de Lyon	Rapporteur
Madame Joëlle Kivits	MCF en sociologie, HDR, Université de Lorraine, réseau REFLIS	Rapporteur
Madame Maryvette Balcou-Debussche	Professeure en Sciences de l'éducation et de la formation, Université de La Réunion	Directrice de thèse
Monsieur Xavier Debussche	Praticien Hospitalier, Endocrinologie, Diabète, Nutrition CHU Réunion INSERM CIC 1410 Chronic & Metabolic diseases	Co-encadrant
Monsieur David Authier	MCF, Directeur d'études des Licences Sciences de l'Éducation et de la formation– FLSH- Université de Limoges	Co-encadrant

**Résumé :** À l'île Maurice, plus d'une personne sur cinq est touchée par le diabète, d'où l'enjeu important que représente le développement de l'éducation à la santé de notre population. Les travaux scientifiques menés à l'international soulignent en effet la pertinence d'un travail sur l'accès et la compréhension des informations en santé, avec des prises de décision contextualisées. Menées dans de nombreux pays, les recherches sur la littératie en santé montrent aussi la contribution des actions éducatives à la réduction des maladies non-transmissibles, en particulier dans le domaine du diabète de type 2.

Inscrite dans les Sciences de l'éducation et de la formation, notre recherche doctorale interroge les conditions du développement de la littératie en santé auprès d'étudiants de l'Université, à Maurice. Les atouts et les limites sont analysés en lien avec des interventions éducatives proposées à 48 étudiants en Informatique. A travers un processus de Recherche-Intervention qui met en jeu les « nids d'apprentissage », nous interrogeons les conditions d'un travail sur les dimensions biomédicales et psychosociales de la santé qui prend en compte les apports du socioconstructivisme et de l'« empowerment » en contexte. Sur le plan méthodologique, nous croisons des données quantitatives recueillies à partir de 234 questionnaires multidimensionnels HLQ (Health Literacy Questionnaire) avec des données qualitatives (observations, entretiens), ce qui permet d'analyser les savoirs travaillés lors des interventions éducatives et leurs possibles appropriations par les étudiants.

Les résultats soulignent le faible niveau général des étudiants mauriciens en littératie en santé. Ils montrent aussi comment des interventions éducatives pourraient permettre de développer, à Maurice, l'accès et la compréhension de l'information en santé ainsi que la prise de décisions en faveur d'une prévention des pathologies chroniques. Ils soulignent enfin les atouts et les limites des méthodologies mixtes, notamment dans les recherches en littératie en santé, en plein essor actuellement.

**Mot Clés :** Littératie en santé – Université à Maurice – Etudiants – Education en santé - Nids d'apprentissage –

**Abstract :** In Mauritius, one fifth of the population suffers from diabetes, whereby the importance of health education for the Mauritian population. The scientific research works undertaken internationally showed evidences of the importance to access and understand health information and contextualised decisions. Research works on health literacy undertaken in several countries have shown the contribution of educational actions to reduce the prevalence of non-communicable diseases, more specifically, in the field of diabetes type 2.

In our doctoral research which is in the field of educational science and training, we are questioning the conditions underlying the development of health literacy among students enrolled at University in Mauritius. The strengths and weaknesses are analysed in relation to the educational interventions proposed to a total of 48 students in the Information and Technology field. Through an Intervention-Research process which deploys the “Learning nests”, we are questioning the work underlying the biomedical and psychosocial dimensions of health which takes into account the benefits of socio-constructivism and empowerment in particular context. In terms of methodology, we tried to confront quantitative data collected from 234 multi-dimensional questionnaire HLQ (Health Literacy Questionnaire) with qualitative data (observations, interviews), which enable analysis of knowledge worked out throughout the educational interventions and their possible acquisition by students.

The results show in general a low level of health literacy of the students. They also show how the educational interventions could allow for the development, in Mauritius, access to and understanding information related to health as well as decisions in favour of prevention of chronic diseases. They finally highlight the strengths and weaknesses of mixed methodologies, pertaining to research in health literacy, which is presently evolving.

**Keywords :** Health Literacy – Universities in Mauritius – Students - Health Education - Learning Nests

# Remerciements

Avant tout, je tiens à remercier la professeure Maryvette Balcou-Debussche, ma directrice de thèse, qui s'est beaucoup investie dans l'encadrement scientifique de ma thèse, au niveau professionnel et aussi personnel. Ce suivi à distance, mais aussi en présentiel à travers des mobilisations à l'île de la Réunion et à l'île Maurice, a été fort structurant.

Je remercie aussi mes co-encadrants, David Authier de l'Université de Limoges et le médecin spécialiste en endocrinologie au CHU de la Réunion, Dr. Xavier Debussche, pour les questions sur des points stratégiques et les conseils pertinents pendant la durée de la thèse.

Cette thèse n'aurait pas été possible sans le support de l'équipe de l'Université des Mascareignes. Je remercie le Directeur général de l'Université, Dr. Radhakrishna Somanah qui a agi en tant que facilitateur pour que l'Université des Mascareignes soit mobilisée en tant que terrain de recherche.

Je remercie aussi la présidente de l'Université Des Mascareignes, la professeure Nathalie Bernardie-Tahir, grâce à qui ce beau parcours a démarré, car c'est bien elle qui a initié une première sollicitation avec l'un des encadrants, ce qui a permis de déboucher sur une proposition de thèse.

Je partage ma gratitude avec les étudiants de l'université qui ont participé aux interventions structurées en santé et aux différentes études.

Un grand merci aussi aux fonctionnaires du Ministère de la Santé et du bien-être pour l'approbation éthique qui était indispensable pour le démarrage du projet de thèse. Je tiens également à remercier tous les professionnels de santé, dont le Dr. Yasir Ozeer, Officier en charge de l'hôpital spécialisé en diabète et maladies cardiovasculaires, qui ont contribué d'une manière ou d'une autre à alimenter cette recherche.

L'organisation non-gouvernementale, APSA international a aussi été un soutien indéfectible en me permettant d'assister à des séances de formation en éducation en santé, ce qui était primordial pour la partie exploratoire de ma thèse.

Je remercie également les chercheurs et doctorants du laboratoire Icare qui m'ont aidée à intégrer le laboratoire et qui ont toujours partagé leurs réflexions sur mes démarches et objets de recherche.

Enfin, je tiens à remercier les membres de ma famille pour leur formidable compréhension et leurs encouragements durant toute la durée de la thèse. J'ai une pensée spéciale pour mes enfants, Zainab, Saima, Suffyaan et Zakia, qui ont aussi fait bon nombre de sacrifices pendant ces trois dernières années.

# Sommaire

Remerciements	2
Sommaire	4
Abréviations / Sigles	7
Introduction	9
1 CADRE THÉORIQUE	14
1.1 L'intervention éducative en santé	14
1.1.1 Éducation à, en, pour la santé ?	14
1.1.2 L'éducation thérapeutique du patient (ETP)	17
1.1.3 L'intervention éducative en contextes	18
1.1.4 Modèles d'apprentissage et approches pédagogiques	21
1.2 La littératie en santé	24
1.2.1 Qu'entend-on par "littératie en santé" ?	24
1.2.2 Des recherches en plein essor	28
1.2.3 Les principaux outils de mesure	33
1.2.4 Un enjeu : développer la LS	42
1.3 Vers une recherche-intervention (R-I) ?	47
1.3.1 La R-I en dix points	48
2 CADRE D'ANALYSE	51
2.1 Le contexte de la recherche	51
2.1.1 L'île Maurice	51
2.1.2 La santé des Mauriciens	54
2.1.3 Le système de santé public	59
2.2 La recherche exploratoire en ONG	66
2.2.1 L'ONG internationale	67
2.2.2 Le Centre des diabétiques	71

2.2.3	L'exploration du HLQ auprès de 32 personnes diabétiques	74
2.3	Éléments de problématisation	78
2.3.1	Le choix du terrain de la recherche	79
2.4	Retenir la R-I à l'Université ?	80
2.4.1	Demande et/ou commande	80
2.4.2	La question des langues	81
2.4.3	La dimension éthique	82
2.4.4	La restitution des résultats	82
2.5	Explorer la triangulation des analyses	83
2.6	Problématique et hypothèses	89
2.6.1	Le contexte de la recherche	90
2.6.2	Les choix méthodologiques	91
2.7	- Méthodologie et choix d'analyse	96
2.7.1	La mise en place du dispositif d'apprentissage	96
2.7.2	La triangulation des données	99
	Les voies d'analyse	104
2.8	Conclusion	114
3	RÉSULTATS	116
3.1	Le HLQ et la "population de référence"	116
3.1.1	Un échantillon de 234 étudiants	116
3.1.2	Des scores contrastés selon les domaines	120
3.1.3	Les clusters	123
3.2	Des résultats qui contrastent avec d'autres études	129
3.3	Ce que nous disent les discours	134
3.3.1	Le déroulement des situations d'apprentissage	134
3.3.2	Nuage de Mots	140
3.4	Conclusion	143
4	ANALYSES QUANTITATIVE ET QUANTITATIVE	146
4.1	L'évolution entre « avant » et « après » les séances éducatives	146
4.1.1	Déroulement	147
4.1.2	Étape pré-test	148
4.1.3	Étape post-test	148
4.1.4	Méthodes d'analyse	148

4.1.5	Résultats des analyses du Pré-Post HLQ	150
4.2	L'Analyse croisée de la LS	154
4.3	Pooja, Salim et Steve : des portraits contrastés	162
4.3.1	Portrait de Pooja (Prénom fictif)	168
4.3.2	Portrait de Steve (Prénom fictif)	172
4.3.3	Portrait de Salim (Prénom fictif)	176
4.4	DISCUSSION	181
5	EN GUISE DE CONCLUSION, « L'APRÈS-COUP » DU CHERCHEUR...	183
5.1	La production de connaissances sur la LS à Maurice, ses atouts et ses limites	184
5.2	Les perspectives que notre recherche ouvre	187
6	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	190
6.1	Bibliographie	190
6.2	Références institutionnelles	200
7	FIGURES et TABLEAUX	203
7.1	Figures	203
7.2	Tableaux	204
8	ANNEXES	205
8.1	Annexe 1	205
8.2	Annexe 2	207
8.3	Annexe 3	212
8.4	Annexe 4	215
8.5	Annexe 5	217



# Abréviations / Sigles

<b>APSA</b> -	Association pour la Promotion de la Santé
<b>CHU</b> -	Centre Hospitalier Universitaire
<b>DLS</b> -	Diabète Littératie Santé
<b>DU</b> -	Diplôme Universitaire
<b>ENT</b> -	Ears, Nose and Throat
<b>EPMC</b> -	Éducation et Prévention des Maladies Chroniques
<b>ES</b> -	Éducation à la/en/pour la Santé
<b>ETP</b> -	Education Thérapeutique du Patient
<b>FLSH</b> -	Faculté des Lettres et des Sciences Humaines
<b>FNES</b> -	Fédération Nationale d'Éducation et de promotion de la Santé
<b>Graisse</b> -	Identification des graisses dans l'alimentation
<b>HALS</b> -	Health Activity Literacy Scale
<b>HBA1c</b> -	Glycated haemoglobin
<b>HDI</b> -	Human Development Index
<b>HDL</b> -	High-density lipoprotein
<b>HDR</b> -	Habilitation à Diriger les Recherches
<b>HIV</b> -	Human Immunodeficiency Viruses
<b>HKP</b> -	Healthy Kids Program
<b>HLQ</b> -	Health Literacy Questionnaire
<b>HLS-EU</b> -	European Health Literacy Survey tool
<b>HPST</b> -	Hôpital, Patients, Santé et Territoires
<b>ICARE</b> -	Institut Coopératif Austral de Recherche en Éducation
<b>INSERM</b> -	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
<b>LS</b> -	Littératie en Santé
<b>MCF</b> -	Maître de conférences
<b>NA</b> -	Nid d'Apprentissage

<b>NA-CO</b>	-	Nid d'Apprentissage Contexte Ordinaire
<b>NCD</b>	-	Non-Communicable Disease
<b>NVS</b>	-	Newest Vital Sign
<b>OMS</b>	-	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	-	Organisation Non Gouvernementale
<b>PIB</b>	-	Produit Intérieur Brut
<b>R-I</b>	-	Recherche-Intervention
<b>RCV</b>	-	Risques Cardiovasculaires
<b>REALM</b>	-	Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine
<b>RNB</b>	-	revenu national brut
<b>SD</b>	-	Standard Deviation
<b>SPSS</b>	-	Statistical Package for the Social Sciences
<b>TIC</b>	-	Technologies de l'Information et de la Communication
<b>TOFHLA</b>	-	Test of Functional Health Literacy in Adults
<b>UDM</b>	-	Université Des Mascareignes
<b>UN</b>	-	Nation Unies
<b>UNESCO</b>	-	Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture

# Introduction

À l'île Maurice, dans les années 60, les maladies transmissibles étaient les causes majeures de morbidité et mortalité, mais les progrès socio-sanitaires ont largement contribué à les ramener à un niveau plus ou moins équivalent à celui des pays industrialisés (D'Aoust, et *al.*, 2010). À l'heure actuelle, les maladies non transmissibles, plus précisément le diabète et les problèmes cardio-vasculaires, sont des problèmes émergents majeurs.

L'un des grands défis que doit relever l'île Maurice en matière de santé est la diminution de la prévalence du diabète type 2, en accord avec les stratégies nationales prioritaires de promotion de la santé et des soins primaires et secondaires pour la prévention et le contrôle des maladies non-transmissibles<sup>1</sup>. Dans ce cadre général, le développement de l'éducation à la santé constitue un enjeu de toute importance puisqu'il faut considérer qu'à l'heure actuelle, les champs de l'éducation et de la prévention en santé sont encore très peu investis, tant du côté du monde scolaire et universitaire qu'en matière de population générale. Les seules stratégies de prévention primaire du diabète type 2 identifiables à l'heure actuelle sont les restrictions de vente de certains produits alimentaires dans les cantines au sein des établissements scolaires, l'interdiction de fumer dans des endroits publics et l'introduction de certains services dans la santé publique pour prévenir les complications liées au diabète (Chan Sun et Jeetun, 2012).

L'enquête menée par le Ministère de la Santé sur les maladies non-transmissibles<sup>2</sup> fait ressortir que 22% des mauriciens sont diabétiques et 23% pré-diabétiques. Cette même étude démontre aussi que les deux principales causes de mortalité sont le diabète de type 2 (avec un taux de 23.5%), suivies des maladies cardiovasculaires avec un taux de 19.5%. Les chiffres recensés par une étude du Ministère de la Santé et du Bien-être concernant les diverses complications liées aux maladies non-transmissibles sont également alarmants : 896 chirurgies

---

1 Source: WHO (2018). Global Health Observatory country views. En ligne :

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136943/ccsbrief\\_mus\\_en.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136943/ccsbrief_mus_en.pdf?sequence=1)

2 Source: Republic of Mauritius (2015). The Mauritius Non Communicable Diseases Survey 2015. Port Louis: Ministry of Health and Quality of Life

## Introduction

cardiaques et 506 amputations par an sont liées au diabète en 2016<sup>3</sup>. D'autres travaux de recherche mettent en exergue une incidence de la rétinopathie diabétique de 23.8% (Tapp et *al.*, 2006). En sus d'être des enjeux de santé, le diabète et les problèmes cardiovasculaires sont devenus des enjeux économiques et sociaux pour un pays comme l'île Maurice où le service de la santé est gratuit : les personnes qui sont malades et socialement inactives sont prises en charge par l'état. Les maladies non-transmissibles absorbent 80% du budget alloué à la santé<sup>4</sup>.

Inscrite dans ce contexte préoccupant, notre recherche doctorale se développe à la croisée de thématiques d'actualité : la promotion de la santé, la littératie en santé et l'éducation pour/à la santé. La promotion de la santé et le développement de la littératie en santé sont pensés ici en tant que leviers pour la prévention primaire et secondaire du diabète type 2, dans la population mauricienne. A partir de recherches menées antérieurement dans d'autres contextes (Balcou-Debussche, 2013, 2016), il s'agit ici d'étudier les conditions de développement d'un accompagnement éducatif proposé dans une dynamique de prévention primaire et secondaire du diabète type 2, mais aussi d'en analyser les atouts et les limites.

Notre projet général prend appui sur un dispositif d'apprentissage qui comprend des sessions d'éducation structurées autour de thématiques complémentaires (risque cardio-vasculaire, apport des graisses dans l'alimentation, gestion de l'activité physique). Référencé en tant que « Nids d'apprentissage », ce dispositif a été sélectionné par l'UNESCO dans le cadre de l'opération « Dix idées pour l'Afrique de demain » (Balcou-Debussche, 2010, 2016). Il a déjà été expérimenté avec succès dans plusieurs pays, notamment au Burundi (Debussche et *al.*, 2010), en France (Balcou-Debussche, 2006), à La Réunion (Balcou-Debussche et *al.*, 2010), à Mayotte (Debussche et *al.*, 2012) et au Mali (Debussche et *al.*, 2018). L'approche est également développée au Botswana par le Ministère de la santé qui a choisi d'amplifier la prévention du risque cardiovasculaire en mobilisant et en adaptant les supports didactiques qui constituent l'appui principal pour les interventions auprès des patients et les formations des professionnels de santé. A l'île Maurice, ce processus éducatif est susceptible de produire des résultats en

---

3 Source: Ministry of Health and Quality of Life. (2016). Health Statistics Report. Mauritius: Health Statistics Unit.

4 Source: Government of Information Service (2017). Mauritius

## Introduction

termes de développement de la littératie en santé, entendue ici comme la possibilité de comprendre et de développer la compréhension des informations et les prises de décision des personnes dans la gestion de leur maladie, en interaction avec les professionnels de santé (Nutbeam, 2008 ; Osborne, 2015).

Dans les pays anglophones, les recherches sur la « health literacy » trouvent leurs principaux ancrages dans les travaux des chercheurs en santé publique au Royaume-Uni (Nutbeam, 1998, 2008) et en Australie (Osborne et *al.*, 2013). En France et dans les espaces francophones, la littératie en santé est questionnée depuis les années 1980 par les chercheurs en Sciences humaines et Sociales, dont les chercheurs en Sciences de l'éducation et de la formation (Balcou-Debussche, 2004, 2006) ainsi que de façon plus récente, par les chercheurs en santé publique.

Au-delà du contexte mauricien, la présente recherche s'inscrit aussi dans le prolongement des deux formations complémentaires dont nous avons pu bénéficier à l'Université de Lille 1 : un master en sciences humaines et sociales et un DU « Recherche en éducation numérique ». En master, nous avons eu l'opportunité de travailler sur la formation à distance des personnels de santé en Afrique, en vue de développer leurs compétences dans la gestion du système de santé. En Afrique, les systèmes de santé souffrent de la pénurie de personnels qualifiés, ce qui pose autant de problèmes pour l'accès aux soins que pour la qualité de ces derniers. Développer les compétences des personnels constitue ainsi l'un des moyens pour répondre à des objectifs qui correspondent aux priorités des gouvernements en matière de santé, dont la réduction des inégalités sociales et géographiques de santé. Pour atteindre les objectifs, nous avons pris en considération les contraintes telles que :

- la rareté des ressources humaines sur le terrain et dans les centres de formation,
- les difficultés d'accès local aux ordinateurs et à l'internet,
- le manque de pratique de la bureautique,
- les limites des infrastructures électriques.

## Introduction

Renforcé par les TIC et la technologie mobile, le système de formation à distance que nous avons proposé a pris en compte l'usage courant du téléphone mobile, ce qui présentait de nombreux avantages, dont la possibilité de formation d'un grand nombre de personnels de manière systématique et économique. Le système permettait également la promotion d'une égalité d'accès et une qualité de résultat (quel que soit le lieu), l'assurance d'une formation à jour et disponible en permanence, la gestion des compétences individuelles (et l'encouragement des personnels à les développer) ainsi que le prolongement de la formation par un système d'aide et de conseil direct aux professionnels.

Après une analyse des besoins et des contraintes, nous avons identifié les points essentiels à partir desquels nous avons élaboré notre proposition. Nous avons suggéré une personnalisation des parcours (la formation s'adressant à un large public ayant des besoins et des spécialités différents), ainsi qu'un déploiement rapide et facile vers toutes les personnes concernées, quelles que soient leur localisation et les ressources techniques dont elles disposent (y compris en absence d'ordinateur ou de réseau internet). Le dispositif a été pensé de façon évolutive et progressive : il a d'abord conçu et testé pour deux pays d'Afrique francophone (le Burkina Faso et l'Algérie), mais il pouvait s'ouvrir vers d'autres pays pour diffuser une grande variété de modules relatifs à la formation médicale.

Dans le prolongement de ce travail en master, la recherche présentée dans le cadre de cette thèse se situe à la croisée de deux champs : l'éducation et la santé. Inscrite dans l'une des principales finalités de l'éducation à la santé (ES) qui vise à maintenir la santé en assurant un bien-être physique et moral à l'ensemble d'une population, notre étude se distingue d'autres recherches menées dans le domaine de la santé (les recherches cliniques et épidémiologiques, notamment) du fait de son ancrage dans les Sciences de l'éducation et de la formation. Notre cadre conceptuel s'oriente ainsi d'emblée vers les travaux menés en France dans ce champ scientifique, tout en s'enrichissant des apports de la santé publique, de la sociologie et de l'anthropologie de la santé. En prenant appui sur les paradigmes, modélisations, théorisations et méthodologies proposées par différents travaux complémentaires rapportés au domaine de la santé, nous proposons ci-après d'explorer la diversité des définitions de l'éducation et de la santé, ainsi que les relations entre les deux. C'est à la lumière de ces définitions que nous serons

## Introduction

en mesure de proposer une approche étayée de nos objets de recherche et des façons dont nous envisageons de les documenter.

Nous poursuivons ainsi nos questionnements sur les inégalités d'accès aux savoirs et de leur appropriation, dans le domaine de la santé, cette fois dans et pour le contexte mauricien. En tant que professionnelle universitaire engagée dans la société, nous visons un projet scientifique capable d'interroger les conditions d'une approche éducative structurée qui a déjà été soumise à un processus de contextualisation / décontextualisation /recontextualisation (Balcou-Debussche, 2019) dans différents contextes. Au-delà des nouvelles connaissances que notre recherche est susceptible de produire, notre projet vise également à développer les premiers résultats relatifs à la littératie en santé à l'île Maurice, en questionnant leur inscription sociale et en les mettant en dialogue avec les nombreux travaux menés à l'international. À partir des résultats produits par la présente recherche, nous prévoyons ainsi de fortifier la voie que nous privilégions depuis notre master, en amplifiant les investigations et les étayages scientifiques de nos projets. À terme, la perspective est d'ouvrir une réflexion partenariale sur les points d'appui et les besoins de la population mauricienne, en envisageant des propositions concrètes en direction des individus et des organisations de santé. Notre questionnement scientifique (et social) s'inscrit ainsi dans un projet de développement de l'éducation en santé, entendu comme un nécessaire élan de solidarité de la part des organismes privés et publics afin de promouvoir la santé de la population mauricienne.

# 1 CADRE THÉORIQUE

## 1.1 L'intervention éducative en santé

### 1.1.1 Éducation à, en, pour la santé ?

Si la santé a longtemps été considérée comme l'absence de maladie ou d'infirmité, l'analyse des différentes définitions et de leur évolution montre que la conception de la santé s'est élargie progressivement (Le Faou et *al.*, 2007). L'objet reste néanmoins fort complexe à appréhender, d'une part parce que les approches de la santé évoluent à la fois dans le temps et dans l'espace, et d'autre part car le modèle "absence de maladie" continue à présider, pour une large part, au modèle biomédical largement développé dans les sociétés occidentalisées (Bruchon-Schweitzer, 2003 ; Déchamp-Leroux, 2002).

Dès 1946, sous l'impulsion des travaux de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), un modèle plus global propose une conception de la santé large et positive, qui évoque notamment : « *un état de complet bien-être physique, social et mental et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité* »<sup>5</sup>. Cette définition constitue une première rupture avec le modèle linéaire, ce que les travaux du sociologue médical Aaron Antonovsky (1979) vont permettre de consolider. L'auteur défend en effet la pertinence d'une conception positive de la santé en développant le concept de la salutogenèse : plutôt que de se pencher sur les mécanismes qui causent les maladies (la pathogenèse), Antonovsky suggère de s'intéresser bien plus aux mécanismes qui génèrent la santé. La charte d'Ottawa<sup>6</sup> s'inscrit dans cette perspective en proposant, en 1986, une nouvelle définition de la santé qui va désormais bien au-delà des préoccupations liées aux pathologies des individus : « *Pour parvenir à un état de*

---

5 Source : OMS (1946). Constitution. En ligne : <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>

6 Source : OMS (1986). Charte d'Ottawa. En ligne :

[https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/129675/Ottawa\\_Charter\\_F.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf)



## Cadre théorique

*complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter* ». L'environnement du sujet est pris en considération et la santé n'est plus considérée comme une responsabilité individuelle, mais collective. Dans le glossaire de la promotion de la santé<sup>7</sup> de l'OMS (1999), l'éducation pour la santé est définie comme : « *la création délibérée de possibilités d'apprendre grâce à une forme de communication visant à améliorer les compétences en matière de santé, ce qui comprend l'amélioration des connaissances et la transmission d'aptitudes utiles dans la vie, qui favorisent la santé des individus et des communautés* ».

En lien étroit avec la santé, l'éducation est un objet tout aussi complexe. Étymologiquement, le mot « éducation » vient du latin *educare* et *educere*. Éduquer vient du verbe *educare* qui fait référence à l'élevage (des animaux ou des plantes) ; par extension, le terme se rapporte au fait d'élever un enfant dès lors qu'il s'agit de répondre à ses principaux besoins (notamment en termes de nourriture) en le maintenant en vie. *Educere* signifie diriger et conduire (Revillot, 2016). Éduquer c'est donc «élever», mais l'éducation ne se limite pas à cette notion car elle comprend aussi « *l'instruction des savoirs nécessaires à l'existence d'un sujet dans un environnement social, mais aussi le développement de la connaissance de soi et de l'esprit critique qui participent de la capacité à faire des choix, à décider par soi-même et à exister en tant que citoyen autonome dans un environnement sociétal* » (Balcou-Debussche, 2012, pp. 41-42).

S'agissant des liens entre l'éducation et la santé (ES), les travaux de Green et *al.* apportent dès les années 1980 une perspective assez nouvelle en situant l'ES dans une approche éducative qui intègre nécessairement : « *toute combinaison d'expériences d'apprentissage conçue pour faciliter des adaptations volontaires du comportement conduisant à la santé* » (Green et al., 1980, p. 306). Mais pour Manderscheid, cette définition de Green et *al.* (1980) n'intègre pas suffisamment la dimension sociale. En effet, l'éducateur doit toujours être conscient que « *le sujet éduqué est un sujet social et que sa santé perçue ou réelle est largement tributaire du milieu dans lequel il évolue, des contingences sociales et politiques* »

---

<sup>7</sup> Source : OMS (1999). Glossaire de la promotion de la santé. En ligne : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67245>

## Cadre théorique

(Manderscheid, p. 85). L'ES concerne à la fois l'individu et le groupe, ce qui invite à envisager : « l'ensemble élaboré et cohérent des interventions sur le sujet et sur le groupe, qui doivent aider le sujet à vouloir, pouvoir et savoir, choisir et adopter de façon responsable, libre et éclairée, des attitudes et des comportements à favoriser sa santé et celle du groupe » (Manderscheid, 1994, p. 85). La santé est à penser selon trois dimensions fondamentales : la dimension physique, la dimension psychique et la dimension sociale. Dans cette perspective, l'ES : « est avant tout de l'éducation et à bien y regarder l'éducation bien pensée est déjà de l'éducation à la santé dans la mesure où elle participe à l'épanouissement du sujet, à son accession à l'autonomie, à son intégration sociale » (Manderscheid, 1994, p. 84). L'auteur pointe notamment les limites de la seule approche informative, car être informé ne se traduit pas nécessairement par un changement du comportement face à la santé. Manderscheid et Pithon (2000) se réfèrent à l'éducation en tant que moyen pour « *acquérir par le sujet des compétences générales qui lui permettent d'utiliser ses connaissances pour répondre de façon autonome et adaptée aux différentes difficultés (physiques, sociales, relationnelles...) qu'il peut rencontrer dans sa vie. L'éducation s'intéresse donc au sujet, à ses comportements, ses attitudes, ses motivations,...* » (Manderscheid et Pithon, 2000, p. 52). Elle s'intéresse également à la santé de ces mêmes individus, dans une perspective de promotion et d'émancipation (notamment en développant les savoirs, les savoir-faire et le savoir-être) et de protection des personnes, quelles que soit leurs caractéristiques sociodémographiques. Objet d'enseignement, l'éducation en santé oscille ainsi entre deux pôles : « *d'un côté le développement des savoir-faire et des savoir être, et de l'autre l'apport de contenus scientifiques dans une perspective hygiéniste comportementaliste.* » (Berger et al., 2009, pp. 35-36).

L'analyse non exhaustive de quelques définitions de référence en matière de santé, d'éducation et d'éducation à la santé montre ainsi que du fait d'ancrages différenciés et évolutifs (dans le temps et dans l'espace), les acceptions de l'ES sont nombreuses, parfois même en frottement. Les expressions utilisées dans la littérature autour de l'éducation ayant pour finalité la santé le sont donc tout autant. Si nous recensons *a minima* «l'éducation à la santé», «l'éducation pour la santé» et «l'éducation en santé», nous observons également la multiplicité des débats à propos de leur appropriation. Les sciences de l'éducation et de la

## **Cadre théorique**

formation ainsi que la philosophie font le plus souvent usage des termes “éducation en/à la santé”, y compris en référence à un enjeu social qui apparaît central (Berger et Jourdan, 2008 ; Jourdan, 2010 ; Berger et *al.*, 2009). Les termes « éducation pour la santé » sont le plus souvent utilisés dans le monde médical et paramédical, là où l’objectif principal est d’amener les personnes à respecter au mieux les instructions et les prescriptions (D’Ivernois et Gagnayre, 2004).

Dans notre recherche, l’enjeu principal ne consiste pas à rendre compte de tous les débats autour de l’usage de ces termes, mais bien plus de clarifier l’étayage théorique qui va nous permettre de construire notre travail à l’île Maurice. Comme le souligne Canguilhem (1988), il s’agit souvent de notions vulgaires, plus que de concepts scientifiques. Dans nos écrits, nous nous autoriserons à utiliser les différentes expressions de façon relativement interchangeable et pour faire référence aux expressions d’éducation en/pour/à la santé, nous utiliserons donc le seul acronyme ES.

### **1.1.2 L’éducation thérapeutique du patient (ETP)**

L’éducation à la santé (ES) et l’ETP s’inscrivent l’une et l’autre dans des perspectives de prévention, de promotion de la santé et de réduction des inégalités sociales de santé : l’ES concerne prioritairement la prévention primaire (les personnes sont en « bonne » santé) alors que l’ETP concerne les niveaux secondaire et tertiaire (les personnes ont été diagnostiquées « malades »).

Pour l’OMS (1999), l’éducation thérapeutique du patient (ETP) consiste à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. À la fois proche et différente de l’éducation à la santé, l’ETP présente plusieurs particularités. D’une part, les personnes concernées ne guérissent pas de leur maladie chronique : à partir du moment où le diagnostic est posé, la personne malade chronique entre dans un processus complexe qui connaît des phases de rémission et de stabilisation, ainsi que des phases aiguës avec de possibles complications. D’autre part, le processus de suivi implique les personnes malades chroniques et les professionnels de santé. Enfin, le statut de la personne change puisqu’elle passe, parfois brutalement, d’un état de

## Cadre théorique

santé au statut de personne malade. Ces changements engendrent des modifications des rapports à soi-même, aux autres, au corps, au temps, aux savoirs (Balcou-Debussche, 2016).

Tout au long du processus, l'ETP peut permettre de contrôler, ralentir l'évolution de la maladie et éviter les complications, puisque ces dernières nécessitent des soins continus (Tourette-Turgis et Thievenaz, 2014). L'ETP est une aide apportée aux patients, à leur familles et/ou leur entourage, en vue de leur permettre de « comprendre la maladie et les traitements, collaborer aux soins, prendre en charge leur état de santé et conserver et/ou améliorer la qualité de vie » (Foucaud et *al.*, 2010). Focalisée sur la personne et sur la réalisation de nouveaux apprentissages sur la maladie, le corps, la chronicité, la vie et la mort, l'ETP doit permettre à chaque patient d'engager des réaménagements psychologiques et identitaires (Simon et *al.*, 2007). Cependant, l'ETP est encore souvent réduite à des transmissions d'informations, de savoirs et de savoir-faire, sans que soient pris en considération les facteurs sociaux, environnementaux et personnels qui sont en lien très étroit avec les problèmes de santé (Foucaud et *al.*, 2010).

En France, bien que l'éducation thérapeutique soit inscrite dans la loi "Hôpital, Patients, Santé et Territoires" (HPST) depuis 2009, les recherches dans ce domaine sont encore récentes. Elles se confrontent notamment à des questionnements d'ordre épistémologique et méthodologique, du fait du rapprochement et de la recherche de dialogues entre les sciences médicales et les sciences humaines ; elles interrogent également la dimension praxéologique, avec la difficulté d'intégrer la complexité des savoirs mobilisés, l'hétérogénéité des apprenants et des contextes dans les situations éducatives (Balcou-Debussche, 2012). D'où la pertinence de considérer l'ETP comme un espace frontière (Tourette-Turgis et Thievenaz, 2014), mais aussi comme un espace transitionnel complexe, à la croisée du monde de vie des soignants et de celui des patients (Balcou-Debussche, 2016).

### 1.1.3 L'intervention éducative en contextes

A partir de recherches menées (pour la plupart d'entre elles) en milieu scolaire, Yves Lenoir définit l'intervention éducative comme une interaction bienveillante qui se caractérise "par l'association qu'elle établit entre les dimensions didactiques (rapport au savoir, aux savoirs

## Cadre théorique

et de savoirs), les dimensions psychopédagogiques (rapport au sujet), les dimensions organisationnelles (gestion de la classe) et les dimensions institutionnelles et sociales (rapport au contexte).” (Lenoir et al., 2002, p. 1). Pour les auteurs, l’intervention se caractérise par une action finalisée, interactive, dialectique, bienveillante et intégratrice qui s’appuie sur deux principales médiations : la médiation cognitive qui se réalise du côté de l’apprenant et la médiation pédagogique et didactique qui relève du formateur.

Au-delà du monde de l’école, l’emploi de l’expression “Intervention” se retrouve chez les médecins, infirmiers, travailleurs sociaux, policiers, avocats, économistes, psychologues, sociologues et enseignants : dans ces différents univers, le terme désigne à la fois le rôle social des intervenants et l’action des professionnels (Couturier, 2004). L’intervention éducative ne sépare pas l’acte d’apprentissage et l’acte d’enseignement. Dans le domaine de la santé, elle est en lien étroit avec la mise en place d’un espace “transitionnel” constitué par l’espace éducatif : du fait des rencontres et des interactions qui sont mises en jeu, l’intervention permet ainsi de travailler et développer de “nouvelles cohérences” à travers des situations qui articulent à la fois le dispositif, les acteurs en présence (les patients, le formateur) et les médiations complexes qui s’y réalisent (Balcou-Debussche, 2016). L’intervention éducative prend en compte les savoirs et leurs agencements spécifiques, les représentations des sujets, les dispositifs et les contextes en présence (celui de la séance elle-même, celui auquel se réfère l’apprenant, celui auquel se réfère le formateur...), les pratiques langagières et les interactions, les médiations cognitives et pédagogiques.

Le concept peut ainsi être envisagé de deux points de vue complémentaires : 1- du point de vue opérationnel et pragmatique avec un agir qui s’inscrit dans un métier relationnel et qui conduit à considérer le “venir entre” (inter-venir) ; 2- du point de vue de la construction théorique qui appréhende la pratique dans sa complexité, en prenant en compte l’action qu’exerce l’enseignant (ou le formateur) sur l’apprentissage de l’apprenant, mais aussi sur le rapport que ce dernier établit avec le savoir. Tout en étant appréhendé à partir du paradigme de la complexité, le concept est alors analysé sous un angle pratique, évolutif et interactif, ce qui apparaît pertinent dans le cadre de la recherche en santé que nous construisons ici. En lien avec l’intervention éducative, la médiation est envisagée comme une production humaine qui

## Cadre théorique

mobilise un processus cognitif, mais aussi un processus social qui invite à s'intéresser au développement et à l'émancipation de l'humain ainsi qu'à la façon dont il intègre les normes sociales et la diversité des savoirs. Le chercheur "intervenant" (y compris dans un contexte comme celui de l'île Maurice) est donc amené à s'interroger sur le cadre conceptuel qu'il mobilise et sur ses éventuelles adaptations, sur la façon dont il actualise ses données de référence ainsi que sur ce qui se passe entre les terrains sur lesquels il mène des investigations dans les contextes où l'ensemble du travail scientifique s'inscrit. La figure ci-dessous (Figure 1) montre ainsi la dynamique complexe que les différents contextes (macro, meso et micro) entretiennent entre eux (Balcou-Debussche, 2016) :

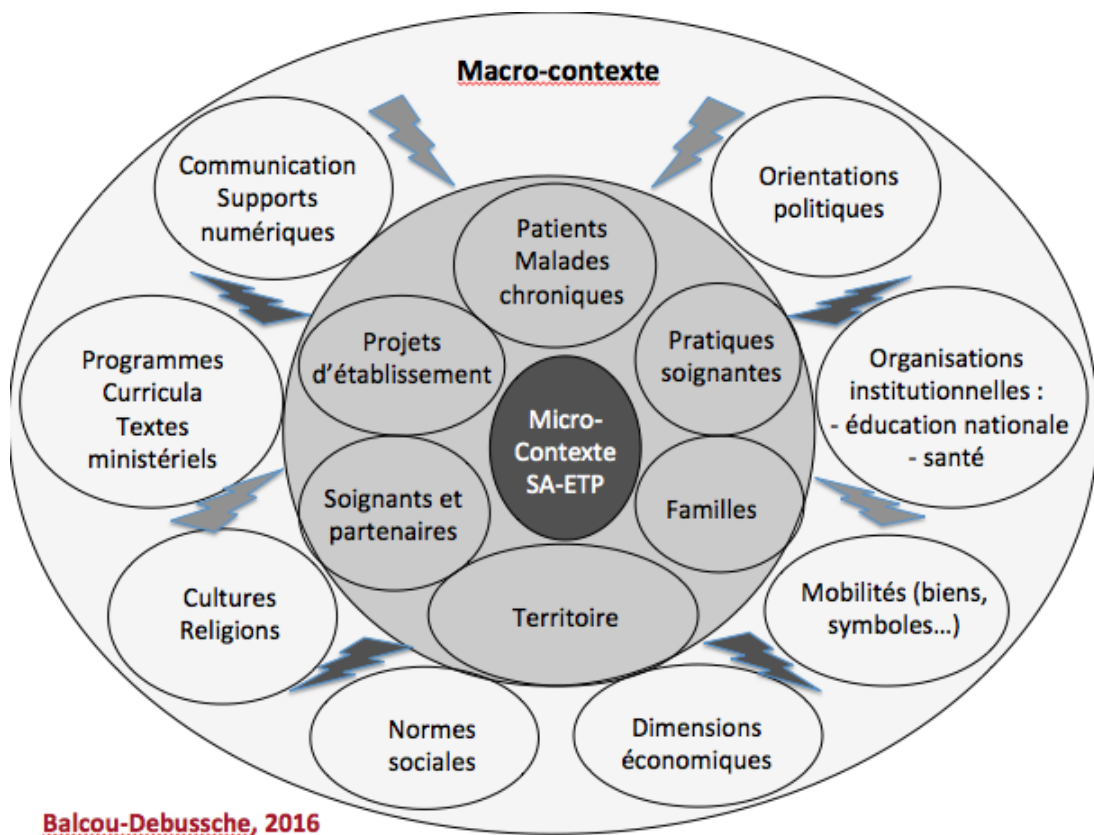


Figure 1. Dynamique des macro, meso et micro contextes (M. Balcou-Debussche, 2016)

Cette modélisation englobante articule entre eux les trois niveaux macro, meso et micro contextuels : 1- le niveau macro se caractérise par la présence de plusieurs éléments en lien

## Cadre théorique

entre eux et/ou en tensions (orientations politiques, cultures et religions dominantes, curricula, textes ministériels) ; 2- le meso système relève d'une dimension plus restreinte, intermédiaire, qui se rapporte notamment aux territoires et aux organisations mises en place, en lien avec le développement du macro-système (professionnels de santé, familles, patients...) ; 3- enfin, le micro contexte comprend un ensemble d'éléments qui sont en jeu dans la situation éducative, dont les représentations (des apprenants, des formateurs), les rationalités, les cultures, les langages et les stratégies des individus.

Dans la recherche que nous menons ici, nous proposons donc de prendre en compte l'imbrication étroite de ces trois niveaux contextuels (le contexte national à l'île Maurice, le contexte universitaire et le contexte dans lequel se déroulent les interventions éducatives, en lien avec le "contexte ordinaire" des personnes concernées par notre travail de recherche). L'intérêt particulier que nous portons à ce qui se passe en "micro contexte" (en lien avec les meso et macro contextes) invite désormais à clarifier les principaux modèles d'apprentissage et approches pédagogiques, ce que nous proposons ci-après.

### 1.1.4 Modèles d'apprentissage et approches pédagogiques

Éduquer à la santé suppose non seulement de clarifier les définitions à partir desquelles un travail en direction des populations va s'engager, mais aussi d'identifier les différents modèles d'apprentissage avec les approches pédagogiques et didactiques qui en découlent. Là encore, il ne s'agit pas de prétendre à l'exhaustivité, mais d'identifier les principaux modèles d'apprentissage qui sont à l'appui des pratiques éducatives en santé.

Selon Chantal Eymard (2011), les différentes pratiques de l'ES peuvent être décrites comme un croisement des modèles de la santé et les modèles de l'éducation. Dans le monde de la santé, les modèles de l'éducation sont le plus souvent mobilisés dans le cadre de perspectives globales dont le projet est : « *d'instruire un sujet considéré a priori comme ignorant des savoirs savants ; de développer les potentialités du sujet en portant l'accent sur les savoirs construits par l'expérience du sujet ; de socialiser le sujet en privilégiant les interactions sociales* » (Eymard, 2011, p. 110).

## Cadre théorique

Les deux principaux modèles théoriques contemporains de l'éducation mobilisés dans l'ES trouvent leur ancrage dans deux modèles d'apprentissage différenciés : le modèle behavioriste et le modèle constructiviste. Les théories behavioristes ont beaucoup influencé les pratiques éducatives en santé, notamment avec le modèle comportementaliste développé par Skinner (1969). Suite à des expériences en laboratoire centrées sur le contrôle du comportement, l'auteur soutient que si un comportement au départ par hasard, est suivi d'un stimulus, la probabilité qu'il se reproduise est augmentée (Skinner, 1969). Le terme stimulus « *désigne tout objet ou événement observable qui déclenche des manifestations réactionnelles observables de l'organisme, ou réponses* » (Mariné et Escribe, 2016, p. 51). Dans un même mouvement, le psychologue américain John B. Watson, insiste sur le rôle de l'environnement par rapport aux comportements d'un sujet en qualifiant la science du comportement comme une étude des « *relations entre des stimuli (S) et des réponses (R)*. » (Mariné et Escribe, 2016, p. 51).

Rapporté au domaine de l'ES, le behaviorisme repose ainsi sur « *un lien de causalité entre l'information et le changement d'attitude* » (Billon-Descarpentries, 2000, p. 20). Dans cette perspective, suite à une intervention éducative : « *les individus vont se soumettre en acceptant les demandes qui leurs sont adressées en se "compliant" aux changements attendus souvent en termes de modifications des comportements ou d'habitude de vie* » (Rimouski, 1988, cité dans Billon-Descarpentries, 2000, p. 19). Tout en critiquant ce modèle, l'auteur souligne qu'il repose sur l'hypothèse qu'il suffit d'informer, sous forme d'injonctions ou d'interdits, pour que l'individu évite des comportements à risque qui nuisent à sa santé. Les pratiques éducatives qui sont construites en prenant appui sur ce modèle doivent réunir trois conditions optimales d'apprentissages :

- focaliser l'attention de l'apprenant sur une maladie spécifique,
- s'obliger à orienter l'apprenant vers des comportements qui mènent vers une vie saine,
- transmettre des connaissances immédiates sur la maladie et les risques encourus.



## Cadre théorique

Étant donné que la finalité du modèle behavioriste reste prioritairement la modification du comportement, le processus mental de l'apprentissage n'est malheureusement pas du tout pris en considération.

À l'opposé de ce modèle comportementaliste, les théories constructivistes se concentrent sur les processus de pensée et sa transformation, en mettant plus précisément la focale sur la construction de la connaissance. Selon Piaget (1896-1980), fondateur de ce courant, le constructivisme est une théorie qui « *tente d'expliquer les relations entre le sujet et les objets dans l'élaboration des connaissances* » (Piaget, p. 125). L'article de Yousfi (2013) fait ressortir que Bachelard (dans ses travaux) souligne en effet que l'apprenant n'est pas vierge de toute connaissance : dans toute situation, le sujet arrive avec des connaissances existantes. Piaget (1979) met l'accent sur le développement de la pensée de l'apprenant et son autonomie, mais il faudra attendre la traduction des travaux de Vygotsky (1978) pour que la perspective socioconstructiviste prenne son essor et que l'apprentissage social devienne progressivement une autre manière d'envisager l'éducation. Abondamment relayés dans le monde de la santé, les travaux de Bandura (1997) s'inscrivent dans cette perspective.

Jacqueline Billon-Descarpentries (2000) énonce quelques principes pour que des interventions éducatives soient construites selon le modèle (socio)constructiviste :

- l'apprenant construit de la connaissance à partir d'une activité mentale et cette construction s'opère à travers les interactions entre l'apprenant et son environnement,
- l'apprentissage va avoir lieu quand il y a 1) une transformation des connaissances antérieures (quand elles sont mis en relation avec de nouvelles informations), 2) une résolution de problème en situation, 3) un questionnement théorico-pratique et pratico-théorique,
- les aspects social et émotionnel sont pris en considération,

## Cadre théorique

- l'apprenant participe à la production de savoirs : il est lui-même créateur de ses connaissances ; son monde fait sens pour lui et l'interprétation qu'il en fait se réorganise en permanence,
- un travail collaboratif se réalise à travers des interactions langagières et de ce fait, tout conflit sociocognitif facilite l'apprentissage,
- l'apprentissage se fait notamment par l'auto-évaluation des réussites, mais aussi des erreurs.

## 1.2 La littératie en santé

### 1.2.1 Qu'entend-on par "littératie en santé" ?

Si les travaux en littératie en santé (LS) représentent les points d'ancrage principaux de notre réflexion et de notre recherche, il apparaît important d'interroger en premier lieu le terme « littératie ».

Issue de l'anglais *literacy*, la littératie est définie par l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques) comme une capacité et un mode de comportement particuliers qui supposent « *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* »<sup>8</sup>. En 2003, l'UNESCO (Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture) définissait la littératie comme : « *l'habileté d'identifier, de comprendre, d'interpréter, de créer, de communiquer et de calculer en utilisant du matériel imprimé et écrit associé à des contextes variés. [Elle] suppose une continuité de l'apprentissage pour permettre aux individus*

---

<sup>8</sup> Source : OCDE (2000). La littératie à l'ère de l'information : rapport final de l'enquête internationale sur la littératie des adultes. En ligne : <http://www.oecd.org/dataoecd/24/62/39438013.pdf>.

## Cadre théorique

*d'atteindre leurs objectifs, de développer leurs connaissances et leur potentiel et de participer pleinement à la vie de leur communauté et de la société tout entière »<sup>9</sup>.*

Spécifique au domaine de la santé, la “health literacy” ou “littératie en santé” (LS) s’est construite autour et à partir des compétences des individus en littératie, y compris avec la (non) maîtrise de la lecture et de l’écriture. C’est dans les années 1980, au Canada que le concept de LS se précise (Henrard et Prévost, 2016). Dans les pays anglophones, les travaux sur la «health literacy» trouvent ainsi leurs principaux ancrages au Royaume-Uni (Nutbeam, 2008) et en Australie (Osborne et *al.*, 2013) alors qu’en France et dans les espaces francophones, les travaux scientifiques sur la littératie en santé connaissent un développement plus récent (Balcou-Debussche, 2016). Ce domaine de recherche est également très exploité en Asie, ce qui permet d’observer, entre autres, une croissance importante du nombre des publications au Japon (Tokuda et *al.*, 2009 ; Mitsutake et *al.*, 2011 ; Ishikawa et *al.*, 2011 ; Suka et *al.*, 2013 ; Lai et *al.*, 2013).

Si la LS a longtemps été centrée sur la compréhension des textes et des chiffres dans le contexte médical, elle inclut désormais le développement de compétences cognitives qui facilitent la compréhension et l’usage des informations permettant au sujet de prendre des décisions en matière de santé, dans des contextes différentes : à la maison, au sein d’une communauté ou dans les services de santé (Nutbeam, 2015). A partir d’un recensement de dix-sept définitions et douze modèles relatifs aux travaux scientifiques autour de la LS, Henrard et Prévost (2016) observent que les définitions mettent de plus en plus en avant les trois principales dimensions de la LS : l’accès à l’information, la compréhension et la prise de décisions.

Pour l’OMS, la définition de la LS s’inscrit dans une perspective plus sociale que médicale. L’accent est mis sur les compétences cognitives et sociales « *qui déterminent la motivation et la capacité des individus à obtenir, comprendre et utiliser des informations d’une façon*

---

<sup>9</sup> Source : UNESCO. (2003). Réunion internationale des experts. Organisation des Nations Unies pour l’éducation, la science et la culture. Institut pour l’Éducation.

## Cadre théorique

*qui favorise et maintienne une bonne santé* »<sup>10</sup>. La LS est promue à l'échelle mondiale avec l'OMS<sup>11</sup> qui la reconnaît comme un facteur déterminant pour se maintenir en bonne santé : dans ce rapport, l'OMS qualifie la LS en tant que « fondamentale pour atteindre la santé et le bien-être de nos sociétés modernes » et plaide pour qu'elle soit une priorité en termes de santé publique.

Pour les pays à faible et moyen revenus, l'OMS a redéfini la LS en termes de caractéristiques personnelles et de ressources sociales en vue de permettre aux individus et aux communautés d'accéder, de comprendre, d'évaluer et d'utiliser les informations et les services, afin de prendre des décisions en matière de santé<sup>12</sup>. La littératie en santé se présente ainsi comme un concept englobant, dynamique et complexe : « *La littératie en santé se réfère aux compétences et ressources nécessaires aux individus pour répondre aux demandes de santé complexes de la société moderne : accéder, utiliser, comprendre, appréhender et évaluer les informations et services de santé pour maintenir ou améliorer sa santé* » (Debussche et al., 2016, p. 59).

En prenant appui sur les travaux de Freebody et Luke (1990), Nutbeam (2000) propose une classification de la littératie en santé selon trois niveaux, en prenant en compte ce qu'elle permet à un individu d'accomplir :

- la littératie fonctionnelle comprend des compétences de base de la littératie, plus particulièrement les compétences en lecture et en écriture,
- la littératie interactive englobe les compétences cognitives en jeu dans la compréhension et l'usage des informations, en vue d'accomplir des tâches cognitives,

---

10 Source : WHO (2009). 7th Global Conference on Health Promotion. En ligne : <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/en/>

11 Source : WHO Europe. (2013). Health Literacy. The solid facts. 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)

12 Source : WHO. (2015). Health literacy toolkit for low- and middle-income countries. (W. R.-E. Asia., Editor, & W. R.-E. Asia, Producer) Retrieved from World Health Organisation: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205244/B5148.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

## Cadre théorique

- La littératie critique se rapporte à des compétences critiques qui permettent d'analyser des informations et de les adapter à différentes situations.

La catégorisation proposée par Nutbeam (2015) permet ainsi d'identifier des "niveaux" de LS en prenant en compte différents types de compétences cognitives et sociales en jeu dans la LS :

- La LS "fonctionnelle" comprend l'appropriation de compétences de base suffisantes pour permettre aux individus d'obtenir des informations pertinentes liées à la santé, ainsi que la possibilité d'appliquer ces informations à certaines activités (par exemple la possibilité d'avoir des informations sur les facteurs de risques sanitaires et l'utilisation des systèmes de santé).
- La LS "interactive" fait allusion à des compétences plus avancées qui permettent aux individus d'extraire et de comprendre des informations qui proviennent de différentes sources ; elle se rapporte également à la possibilité d'appliquer ces informations dans des circonstances qui changent. Ces compétences vont permettre aux individus de prendre des décisions et d'agir indépendamment, avec plus de confiance, notamment lorsqu'elles sont face à de nouvelles informations (par exemple, les informations qui proviennent des professionnels de santé).
- La LS "critique" fait référence à des compétences cognitives encore plus avancées qui se combinent à des compétences sociales, ce qui permet alors aux individus d'analyser les informations de façon critique et d'utiliser ces informations pour avoir un meilleur contrôle sur les différents événements et situations qui surviennent.

### 1.2.2 Des recherches en plein essor

De nombreux travaux de recherche ont été menés dans le domaine de la LS, tant du côté des sciences de l'éducation et de la formation que de la santé publique. La qualité des publications et leur nombre grandissant soulignent désormais un intérêt croissant des préoccupations relatives à la LS.

Parmi les rapports de recherche ayant traité la LS en tant que domaine de recherche, le « Healthy People 2030 »<sup>13</sup> produit par le département de la santé et des services sociaux aux États-Unis rend compte d'un travail exigeant ayant mobilisé différents experts : suite aux réunions de plusieurs groupes de travail, les experts ont abouti à une définition de la *Health Literacy* qui l'envisage en tant qu'axe prioritaire pour éliminer les disparités en santé et atteindre l'équité en santé, en vue d'améliorer la santé et le bien-être de tout le monde. En Australie, en Autriche, au Portugal et en Écosse, de nombreux plans d'action en LS émanent des autorités politiques. Aux Pays-Bas et en Irlande, ce sont aussi des associations non-gouvernementales (ONG) qui portent des projets autour de la LS<sup>14</sup>. En Afrique, le concept de la LS a été mobilisé en lien étroit avec des interventions éducatives qui ont menées dans le cadre de l'éducation thérapeutique au Mali, Burundi et Botswana (Balcou-Debussche, 2014). Ces développements ont trouvé leurs premiers ancrages dans le travail d'équipe qui a été initié dès les années 2000 à l'île de La Réunion en envisageant la littératie en santé selon une perspective de transformations et de formes d'émancipations individuelles et sociales (Balcou-Debussche, 2016).

Les travaux de recherche soulignent également que le niveau de la littératie d'une population a des incidences directes et indirectes sur l'état de santé de cette dernière. Les individus qui ont un faible niveau de la littératie ne réagissent pas positivement à l'ES et ils font très peu d'usage des services de prévention dans la gestion des maladies chroniques (Berkman et al., 2011). Menée dans 18 pays, l'étude de l'OCDE fait ressortir qu'un tiers des pays qui ont participé ont un niveau bas en LS (Moreira, 2018). Au Canada, l'enquête sur la littératie et

---

13 Source : US department of health and human services (2020). Healthy people 2030. En ligne : <https://health.gov/our-work/healthy-people-2030>

14 Source : KCE (2019). Littératie en santé : Quels enseignements tirer des expériences d'autres pays ? Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé, Health Services Research, Belgique.

## Cadre théorique

les compétences des adultes avance qu'à l'instar du niveau national de littératie et de numératie, le niveau moyen de LS est faible<sup>15</sup> avec environ 60% de la population adulte et 80% des personnes âgées qui ont un faible niveau de LS<sup>16</sup>.

L'ensemble des travaux montre ainsi les enjeux importants liés à la LS et fait ressortir l'étroite association du niveau de la LS à l'état de la santé de l'individu. Un faible niveau de LS est associé à plusieurs dimensions telles que le manque d'engagement au niveau du traitement (en ce qui concerne la prise de médicaments et les relations avec les professionnels de santé), un niveau insuffisant de connaissances pour autogérer sa santé ainsi qu'une santé globale plus fragile et un niveau élevé d'hospitalisation et d'admission en urgence. Les populations qui ont une faible littératie en santé sont donc plus à risque (Kutner et al., 2006, Statistique Canada, 2011) et le faible niveau de la LS reste fortement lié à certaines difficultés en santé (Berkman et al., 2011 ; Bostock et Steptoe, 2012 ; Dewalt et al., 2004 ; Mancuso et Rincon, 2006 ; Schillinger et al., 2002 ). Les communautés les plus exposées au risque d'avoir un faible niveau de LS sont les populations immigrées, les personnes âgées et les personnes qui ont été peu scolarisées.

Sur le plan conceptuel, il est important de distinguer deux acceptions de la LS : la première envisage la LS comme « un risque » alors que la seconde la considère comme « un atout à construire » (Greenhalgh, 2015 ; Balcou-Debussche, 2016). La première acception de la LS (en tant que risque) invite à l'identifier et à la mesurer car elle est associée à un mauvais état de santé et une mauvaise adhérence au traitement (Nutbeam, 2015) : lorsqu'elle est faible, des mesures visant à « combler les manques » peuvent ainsi être envisagées en vue de prévenir les complications liées aux pathologies. La deuxième acception de la LS (comme atout) est envisagée en termes des compétences à construire, à accompagner et à développer si bien qu'elle s'inscrit en lien étroit avec l'éducation à la santé : *« il s'agit avant tout de penser le développement de l'éducation en santé dans une perspective constructive et bienveillante accessible à tous, à travers une approche qui puise abondamment dans les travaux menés en*

---

15 Source : Conseil canadien sur l'apprentissage (2007). Littératie en santé au Canada. En ligne : [https://central.bac-lac.gc.ca/.item?id=litteratie\\_en\\_sante&op=pdf&app=Library](https://central.bac-lac.gc.ca/.item?id=litteratie_en_sante&op=pdf&app=Library)

16 Source : Agence de la santé publique du Canada (2014). Littératie en santé. En ligne : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/hl-ls/index-fra.php> (onglet 2)

## Cadre théorique

*promotion de la santé et en sciences de l'éducation, notamment sur l'apprentissage des adultes et les pratiques langagières* » (Balcou-Debussche, 2014, p. 5 ). La perspective est alors « *de développer chez l'individu en bonne santé ou malade des capacités d'action qui [lui] permettront d'être efficace dans des situations complexes qui relèvent tout autant de dimensions sociales, culturelles, économiques et cognitives que du domaine médical* » (Balcou-Debussche, 2014, p. 5). Pour Nutbeam (2015), la LS est un atout aussi personnel que collectif car elle permet de développer, sur plusieurs plans, une plus grande autonomie et un contrôle sur les décisions qui sont liées à la santé.

En lien avec les travaux de Nutbeam (2008), les deux acceptions de la LS sont reprises et présentées par la FNES (Fédération Nationale d'Éducation et de promotion de la Santé) dans une synthèse bibliographique<sup>17</sup> qui propose les deux modélisations suivantes (Figure 2 et Figure 3) :

---

17 FNES (2017). La littératie en santé. Synthèse bibliographique. En ligne : [https://www.fnes.fr/wp-content/uploads/2018/01/Litt%3a9ratie-en-sant%3a9-Synth-biblio-Fnes\\_VDEF2.pdf](https://www.fnes.fr/wp-content/uploads/2018/01/Litt%3a9ratie-en-sant%3a9-Synth-biblio-Fnes_VDEF2.pdf)



## Cadre théorique

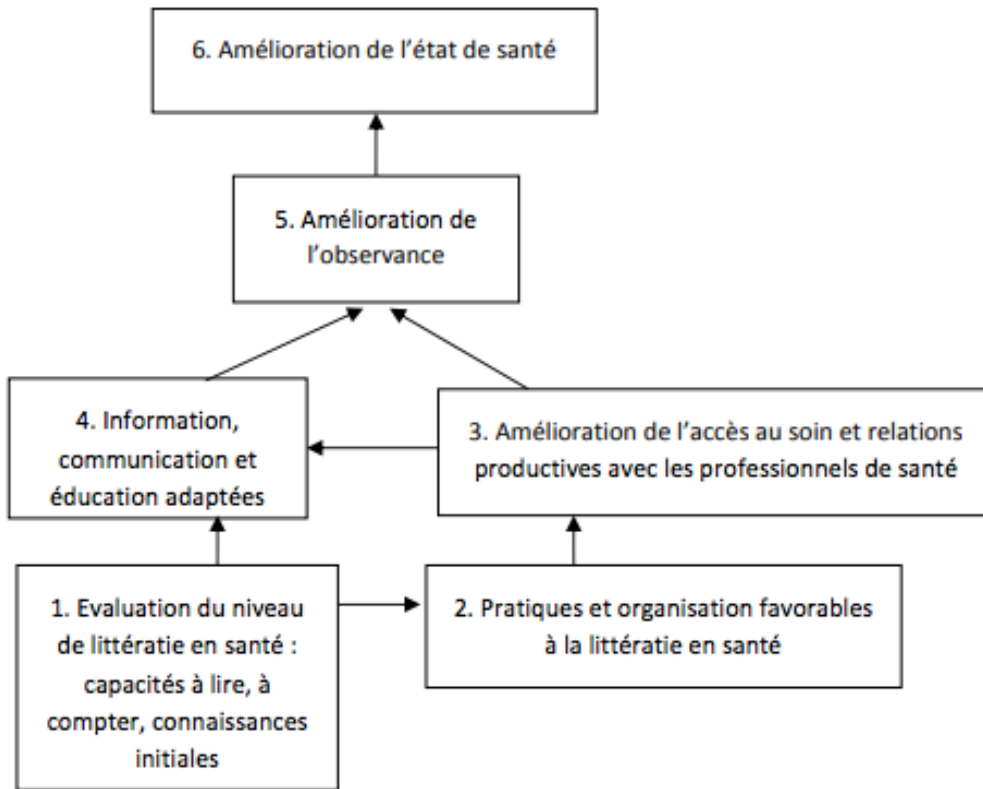


Figure 2. Le modèle conceptuel de la littératie en santé comme un risque.

## Cadre théorique

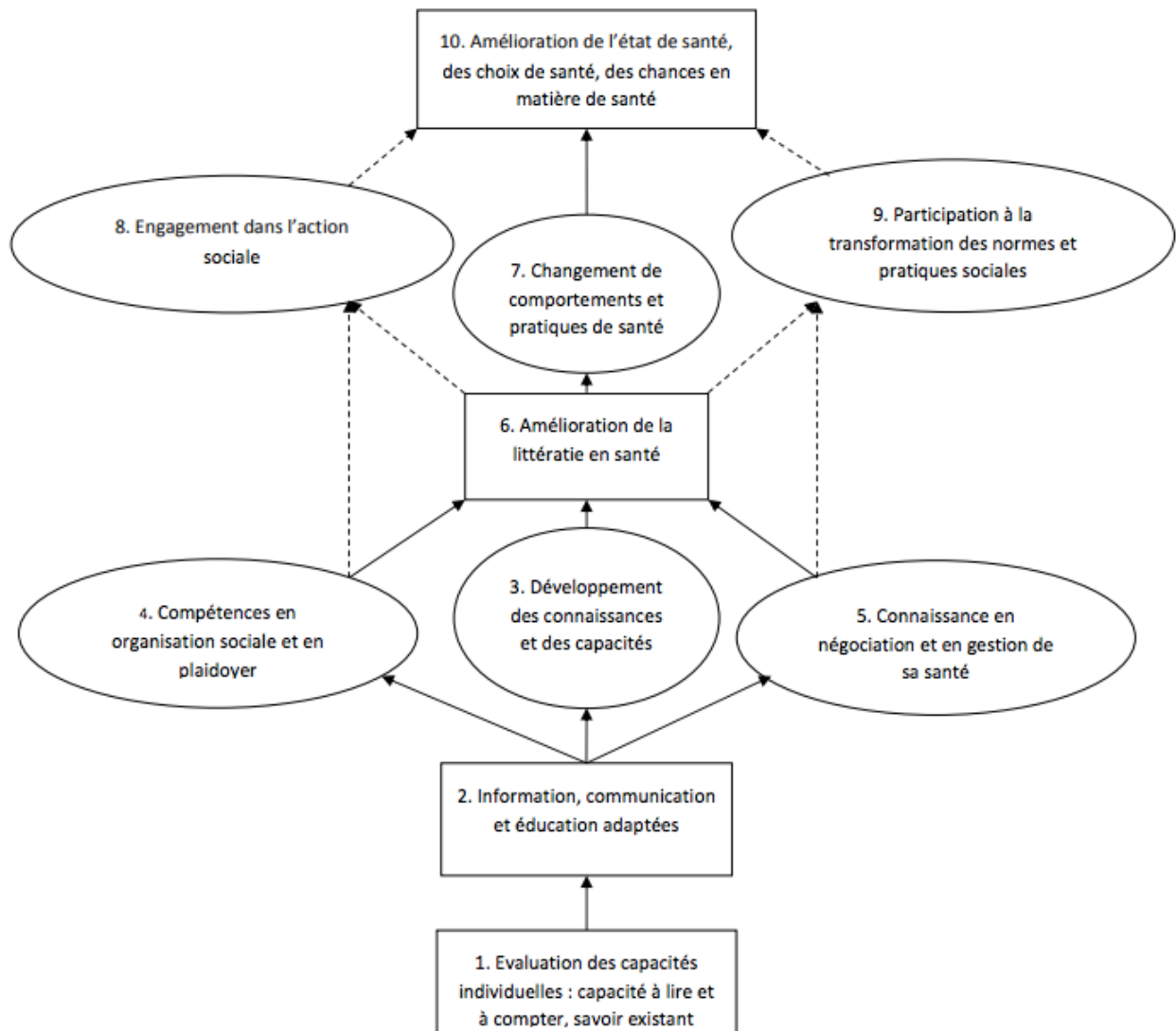


Figure 3. Le modèle conceptuel de la littératie en santé comme une ressource.

### 1.2.3 Les principaux outils de mesure

#### Le REALM et le TOFHLA

Développer un outil universel pour mesurer la LS dans des populations diversifiées est fort difficile (Jordane et *al.* 2011 ; Haun et *al.* 2014). Ici, nous ne cherchons pas à présenter une liste exhaustive des outils disponibles, mais à recenser ceux qui ont fait l'objet d'au moins une étude de validation dans une publication scientifique. Nous proposons aussi de nous limiter aux outils qui sont conçus pour mesurer la LS en général, en excluant ceux qui concernent la LS pour certaines maladies spécifiques ou la santé mentale.

Développés aux États-Unis, les premiers outils explorent la littératie en santé fonctionnelle : le REALM (*Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine*) et le TOFHLA (*Test of Functional Health Literacy in Adults*) :

- Le REALM été développé par Davis et *al.* (1991) : les participants doivent lire une série de 66 termes qui proviennent, là encore, du milieu médical. Les mots sont lus par les participants, à haute voix, en présence d'un professionnel de santé, en allant du moins au plus complexe. C'est le professionnel de santé qui juge si les prononciations sont correctes : chaque bonne prononciation rapporte un point au participant.
- Disponible en deux langues (l'anglais et l'espagnol), le TOFHLA est un questionnaire composé de 50 items construits à partir de mots qui proviennent de prescriptions, de formulaires, d'instructions médicales et de diagnostics (Parker et *al.*, 1995). Son administration exige en moyenne 22 minutes de disponibilité. Une version courte du TOFHLA (le TOFHLA-S) a été mise au point : il comprend 17 items, avec un temps d'administration de 12 minutes. Le score permet aux participants de se situer dans l'un des trois niveaux de LS : inadéquate, marginale ou adéquate (Baker et *al.*, 1999).

Considéré comme étant plus efficace que l'outil REALM, le TOFHLA ne se limite pas à mesurer l'habileté de lire et prononcer correctement puisqu'il s'étend jusqu'à la mesure de la

## Cadre théorique

compréhension des textes et des chiffres (Baker et *al.*, 1999). Pour autant, bien que TOFHLA et REALM soient deux outils très populaires et utiles dans le milieu médical, ils n'explorent pas la LS dans sa globalité multidimensionnelle : ils ne mesurent que des échelles sélectives considérées comme des marqueurs de capacités d'un individu (Baker, 2006).

Plus ou moins construit selon les mêmes principes que le REALM et le TOFHLA, le NVS (*Newest Vital Sign*) évalue la lecture et la compréhension d'une étiquette nutritionnelle. Il est composé de six questions qui durent 3 à 6 minutes. Le score obtenu va de 0 à 6. Un participant qui a un score de 4 ou moins est considéré comme ayant un faible niveau de LS (Weiss et *al.*, 2005).

D'autres questionnaires ont été validés de façon plus récente, s'attachant à la nature multidimensionnelle de la LS. Le HALS (*Health Activity Literacy Scale*) a été développé par le Conseil canadien sur l'apprentissage<sup>18</sup> en 2007. Il différencie les compétences en santé à travers cinq différentes échelles : la promotion de la santé, la protection de la santé, la prévention des maladies, les soins de santé et la compréhension du système de santé (Educational Testing Service, 2006 ; Rudd, 2007). Le HALS a été utilisé dans d'autres pays que le Canada, notamment en Australie<sup>19</sup> et en Suisse (Wang et Schmid, 2006).

En Europe, le HLS-EU (*European Health Literacy Survey tool*) propose de mesurer la LS à travers différentes versions de l'outil (Sørensen et *al.*, 2012). Le HLS-EU-Q47, version originale, comprend 47 items distribués en 12 sous-domaines. La version plus longue, le HLS-EU-Q86, comprend un total de 86 énoncés qui, au-delà de la reprise des 47 items de la HLS-EU-Q47, proposent une partie complémentaire : d'une part, avec des questions basées sur le modèle conceptuel de la HLS-EU (les déterminants de la santé, les contextes), d'autre part avec des questions qui proviennent de la NVS pour mesurer la LS fonctionnelle. Le HLS-EU explore 4 composantes et compétences de la LS : l'accès aux informations, la compréhension, l'évaluation et leur application en matière de santé, dans chacun des trois

---

18 Source : Conseil canadien sur l'apprentissage (2007). Littératie en santé au Canada. En ligne : [https://central.bac-lac.gc.ca/.item?id=litteratie\\_en\\_sante&op=pdf&app=Library](https://central.bac-lac.gc.ca/.item?id=litteratie_en_sante&op=pdf&app=Library)

19 Source : Australian Bureau of Statistics (2006). Health Literacy Australia. Australian Bureau of Statistics. En ligne : [http://www.ausstats.abs.gov.au/ausstats/subscriber.nsf/0/73ED158C6B14BB5ECA2574720011AB83/\\$File/42330\\_2006.pdf](http://www.ausstats.abs.gov.au/ausstats/subscriber.nsf/0/73ED158C6B14BB5ECA2574720011AB83/$File/42330_2006.pdf).

## Cadre théorique

domaines que sont la promotion de la santé, la prévention des maladies et les soins. Le niveau de la LS est déterminé, au final, par le *General Health Literacy Score* qui propose une lecture des résultats selon les intervalles de score suivants : 0-25, insuffisant ; 25-33, problématique ; 33-42, suffisant et 42-50, excellent. Des versions courtes ont été établies après l'analyse de l'*European Health literacy Survey* tels que le HLS-EU-Q16 et le HLS-EU-Q25.

## Le Health Literacy Questionnaire

Le Health Literacy Questionnaire (HLQ) est un questionnaire multidimensionnel qui explore 9 domaines en 44 items. Le développement de l'instrument HLQ a été opéré par l'équipe australienne de l'Université Swinburne en Australie, qui a eu recours à une approche centrée sur la validité à partir d'un travail de délimitation des concepts par entretiens et workshops (Osborne et *al.*, 2013). L'équipe a aussi pris appui sur la définition de la LS par l'OMS, en considérant l'ensemble des compétences cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité des individus à accéder, comprendre et utiliser l'information en vue de promouvoir et se maintenir en bonne santé (Hawkins et *al.*, 2017).

Chaque domaine du questionnaire est une échelle pouvant être utilisée indépendamment. Elaboré à partir de méthodes rigoureuses, ancrées et centrées sur la validité (Buchbinder 2011, Osborne 2013, Hawkins 2020), le HLQ permet de mesurer une ou plusieurs dimensions de la LS d'un individu en lui proposant de faire sa propre auto-évaluation (ce qu'on qualifie de *self-reported Health Literacy* dans la littérature anglo-saxonne). Le HLQ a démontré des propriétés psychométriques robustes : chaque partie est mesurée indépendamment des autres, ce qui permet de faire ressortir les points forts et faibles dans chaque domaine de la LS (Osborne et *al.*, 2013). Le HLQ est actuellement utilisé et traduit dans plus de 37 langues et 62 pays. La première partie du questionnaire comprend 23 items : les participants répondent aux questions via une échelle de Likert qui propose quatre réponses possibles, allant d'un score 1 à 4 : « Pas du tout d'accord », « Pas d'accord », « D'accord » et « Tout à fait d'accord ». La seconde partie du questionnaire comprend 21 questions du type Likert : cinq réponses sont possibles, allant d'un score 1 à 5 : « Impossible ou toujours difficile », « Généralement difficile », « Parfois difficile », « Généralement facile » et « Toujours facile ».

## Cadre théorique

Dans la première partie du questionnaire (Tableau 1), les items sont reliés à 5 domaines (notés de 1 à 5) de la LS : 1) se sentir soutenu et compris par les professionnels de santé ; 2) disposer d'informations suffisantes pour gérer sa santé ; 3) gérer activement sa santé ; 4) disposer de soutien social pour sa santé et 5) évaluer l'information en santé. La seconde partie du questionnaire couvre 4 autres domaines de la LS (de 6 à 9) : 6) capacité à s'engager activement avec les professionnels de santé ; 7) navigation dans le système de santé ; 8) aptitude à trouver des informations en santé de bonne qualité et 9) compréhension suffisante de l'information pour savoir ce qu'il faut faire (Tableau 1).

<b>Première partie :</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Se sentir soutenu et compris par les professionnels de santé (4 questions)</li><li>2. Disposer d'informations suffisantes pour gérer sa santé (4 questions)</li><li>3. Gérer activement sa santé (5 questions)</li><li>4. Disposer de soutien social pour sa santé (5 questions)</li><li>5. Évaluer l'information en santé (5 questions)</li></ol>
<b>Deuxième partie :</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>6. Capacité à s'engager activement avec les professionnels de santé (5 questions)</li><li>7. Naviguer dans le système de santé (6 questions)</li><li>8. Aptitude à trouver des informations en santé de bonne qualité (5 questions)</li><li>9. Compréhension suffisante de l'information pour savoir ce qu'il faut faire (5 questions)</li></ol>

Tableau 1. Les différents domaines dans le questionnaire HLQ

## Cadre théorique

Les significations d'un faible et d'un haut niveau de la LS dans les différents domaines mesurés par le questionnaire HLQ apparaissent dans le tableau suivant (Tableau 2), construit à partir de l'article de Osborne et *al.* (2013).

Le Domaine	Faible niveau de LS	Haut niveau de LS
1. Se sentir compris et soutenu par les professionnels de la santé	La personne est incapable de s'engager avec les médecins et d'autres professionnels de la santé. Elle n'a pas de soins de santé réguliers et/ou a des difficultés à faire confiance aux professionnels de la santé comme une source d'information et/ou de conseils.	La personne a établi une relation de confiance avec au moins un professionnel de la santé qui la connaît bien. Elle lui fait confiance pour lui fournir des conseils utiles et des informations pour l'aider à comprendre l'information et à prendre des décisions concernant sa santé.
2. Avoir suffisamment d'information pour gérer sa santé	La personne sent qu'il y a beaucoup de lacunes dans ses connaissances. Elle ne possède pas suffisamment d'information pour vivre et gérer ses préoccupations face à sa santé.	La personne se sent sûre qu'elle possède toute l'information dont elle a besoin pour vivre, gérer et prendre des décisions sur sa condition de santé.
3. Gérer activement sa santé	La personne ne perçoit pas sa santé comme sa responsabilité, elle n'est pas engagée dans sa santé et ses soins de santé. Elle ne se sent pas concernée par les soins de santé.	La personne reconnaît l'importance et est en mesure de prendre la responsabilité de sa propre santé. Elle s'engage de manière proactive dans ses soins et prend ses propres décisions en ce qui concerne sa santé. Elle fait de sa santé une priorité.
4. Avoir du soutien social en lien avec la santé.	La personne est complètement seule et sans aide pour sa santé.	Le système social de la personne lui fournit tout le soutien qu'elle veut ou dont elle a besoin.

## Cadre théorique

<p><b>5. Comprendre l'information relative à la santé</b></p>	<p>La personne ne comprend pas la plupart des informations en santé, peu importe l'effort qu'elle y met. Elle confond les informations contradictoires lorsqu'il y en a.</p>	<p>La personne est capable d'identifier les bonnes informations et les sources d'information fiables. Elle peut déceler les informations contradictoires par elle-même ou avec l'aide de quelqu'un d'autre.</p>
<p><b>6. Avoir les habiletés pour s'engager activement avec les professionnels de la santé</b></p>	<p>La personne est passive face à l'approche des soins de santé. Elle peut être inactive, elle ne cherche pas activement ou ne clarifie pas l'information, les conseils et/ou options qui s'offrent à elle. Elle accepte l'information sans poser de question. Elle n'exprime pas ses incompréhensions. Elle accepte ce qui lui est offert sans chercher à s'assurer que cela répond à ses besoins. Elle se sent incapable de partager ses préoccupations.</p>	<p>La personne est proactive sur sa santé et se sent en contrôle dans les relations avec les professionnels de santé. Elle est capable de demander conseil pour des soins de santé supplémentaires aux différents professionnels lorsque nécessaire. En lien avec le concept du pouvoir d'agir.</p>
<p><b>7. Naviguer à l'intérieur du système de santé</b></p>	<p>La personne n'est pas capable de plaider pour elle-même. Elle n'a personne pour l'aider à utiliser le système de santé pour faire face à ses besoins de santé. La personne ne considère pas les ressources au-delà de celles qui sont évidentes. Elle a une compréhension limitée de ce qui est disponible et des ressources auxquelles elle a droit.</p>	<p>La personne est capable de se renseigner sur les services disponibles afin de combler tous ses besoins. Elle est capable de plaider pour elle-même dans le système de santé.</p>
<p><b>8. Avoir l'habileté pour trouver les bonnes informations relatives à la santé</b></p>	<p>La personne n'a pas accès à l'information en santé lorsqu'elle en a besoin. Elle dépend des autres pour trouver l'information.</p>	<p>La personne utilise plusieurs sources pour trouver de l'information et cette dernière est récente.</p>



## Cadre théorique

<b>9. Comprendre suffisamment les informations relatives à la santé pour savoir quoi faire</b>	La personne ne comprend pas les informations en santé écrites ou des instructions au sujet des traitements ou des médicaments. Il est impossible pour elle de remplir les formulaires médicaux à cause de lacunes en lecture/écriture.	La personne est capable de comprendre toutes les informations écrites (y compris les informations numériques) par rapport à sa santé. Elle remplit correctement les formulaires
--	--	---

Tableau 2. De l'article "The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ)" par Osborne, R. H., Batterham, R. W., Elsworth, G. R., Hawkins, M., et Buchbinder, R., 2013, BMC Public Health, 13, pg 658

Chaque domaine de la LS est distinct : il est mesuré indépendamment des autres, ce qui permet de faire ressortir les points forts et faibles des individus, à partir des différentes échelles.

Les scores attribués à chaque domaine, constitués de plusieurs items, ne peuvent pas être additionnés pour obtenir un score total qui déterminerait le niveau global de la LS : autrement dit, il n'est pas possible de déterminer des profils d'individus qui seraient « en moyenne » peu satisfaisants, satisfaisants ou très satisfaisants. En revanche, il est pertinent de tenir compte des résultats obtenus dans les différentes dimensions, soit individuellement, soit en prenant en compte le collectif : « *La combinaison des échelles permet de décrire un profil des atouts et des limites d'une personne, d'une communauté, ou d'une population en matière de littératie en santé* » (Debussche et al., 2017, p. 740). Le HLQ original anglais a été traduit et validé dans plusieurs langues, dont la langue française (Debussche et al., 2018).

### La grille Diabète Littératie Santé (DLS)

Le DLS (Diabète Littératie Santé) est une grille de recueil de données qualitatives qui a été créée à partir des entretiens menés au cours de la recherche ERMIES-Ethnosocio, qui a permis de décrire et analyser les profils et les variations individuelles de la LS de personnes diabétiques de type 2 (Debussche et Balcou-Debussche, 2018, p. 157). La grille DLS porte sur huit variables (Figure 4) qui ont été identifiées et réparties en trois pôles : 1) Pôle gestion de la maladie ; 2) Pôle expertise et réseau social et 3) Pôle savoirs en santé. Pour déterminer

## Cadre théorique

le « rapport à » chaque variable, la grille DLS est remplie à la fois par l'interviewé et par l'enquêteur (Debussche et Balcou-Debussche, 2018, p. 161).

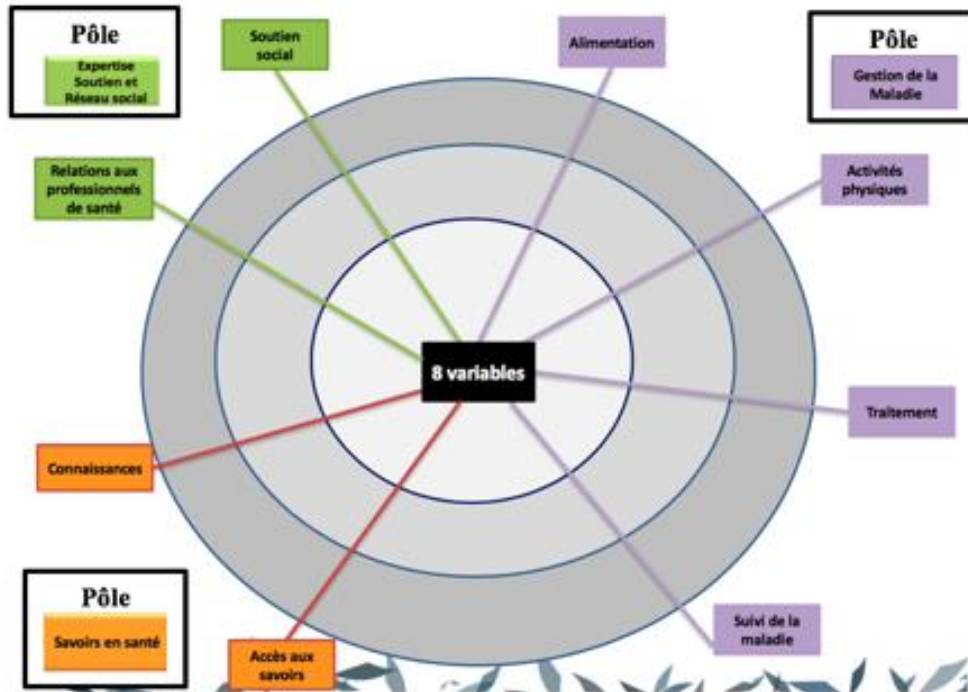


Figure 4. DLS : Trois pôles et huit variables

Dans le cadre de cette recherche, les entretiens ont été réalisés en début et en fin d'étude, ce qui a permis d'établir l'évolution dans le temps des huit variables qui font partie de la grille DLS. Sur deux ans, les évolutions les plus importantes ont été notées dans le pôle « Gestion de la maladie » avec le passage d'un nombre important de patients du fonctionnel à l'interactif pour l'alimentation. S'agissant de la pratique des activités physiques, beaucoup de participants sont passés de l'interactif au critique, ce qui montre que les participants ont compris les bienfaits de pratiquer des activités physiques, et qu'ils ont trouvé des moyens pour les intégrer dans leurs pratiques quotidiennes. A l'inverse, pour la variable traitement, l'évolution n'est pas importante : la plupart de participants sont restés à un niveau très fonctionnel. Ces évolutions sont présentées dans la Figure 5.

## Cadre théorique

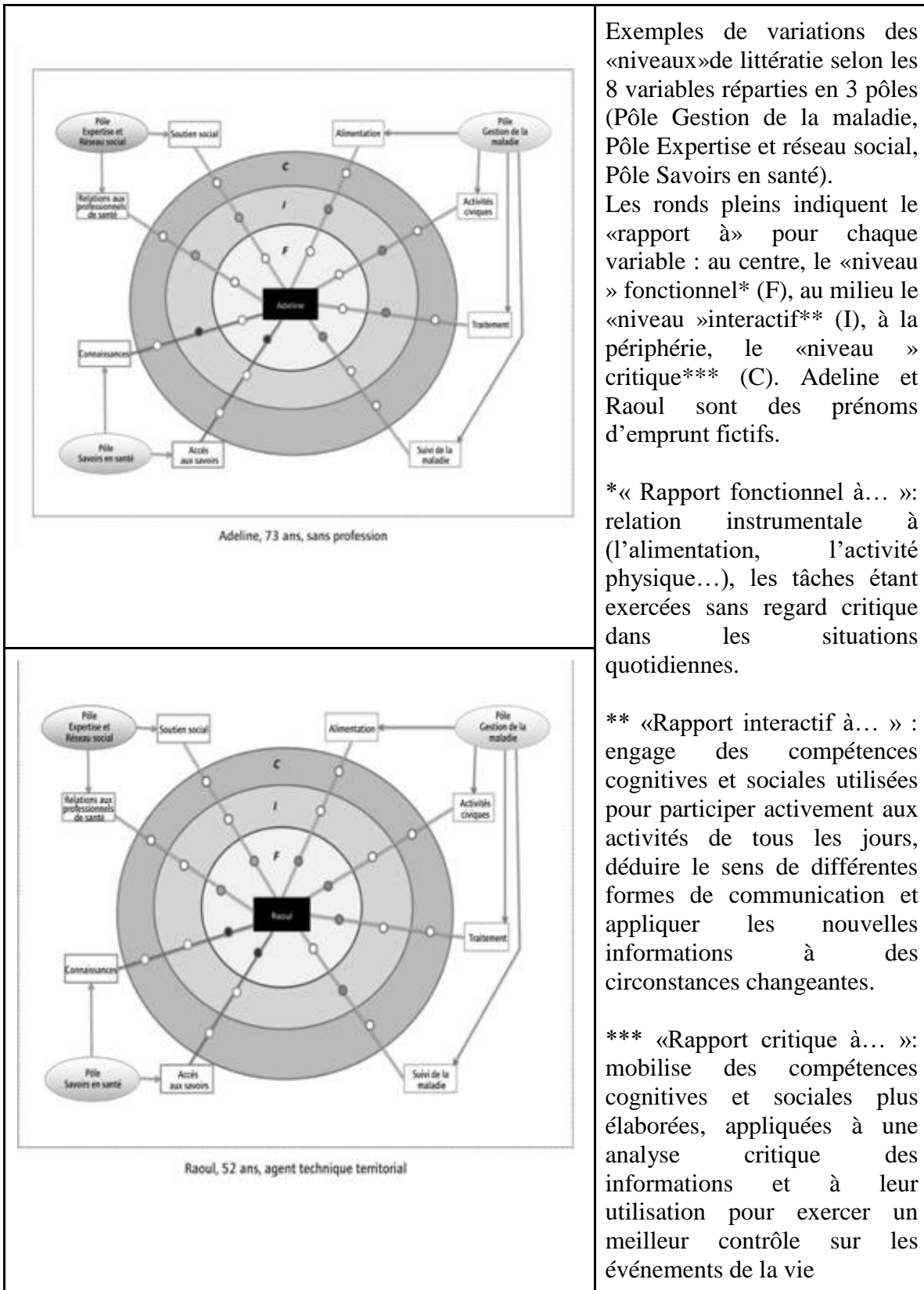


Figure 5. Debussche et Balcou-Debussche, 2018, p. 163

### 1.2.4 Un enjeu : développer la LS

Depuis les années 2000, à La Réunion, les travaux de Balcou-Debussche et *al.* ont permis de concevoir et développer des dispositifs d'apprentissage contributifs au développement de la LS. Nommés « Nids d'Apprentissage » (NA) et pensés à travers une perspective intégrative, les dispositifs ont permis de multiplier et d'évaluer les interventions éducatives auprès de personnes malades chroniques dans différents contextes (Balcou-Debussche, 2006, 2010, 2012, 2016).

Inscrits dans une perspective de développement de la LS, les « Nids d'apprentissage » correspondent à des situations d'apprentissage qui prennent appui sur une approche de type socioconstructiviste : la construction progressive des savoirs, tout au long de chaque séance, permet de développer certaines compétences chez l'apprenant, afin que ces derniers réussissent à prendre des décisions par rapport à leur santé, quelles que soient la complexité et l'évolution de leur environnement. Pensée selon une perspective systémique, l'approche des NA est intégrative, respectueuse de la complexité des savoirs, de l'hétérogénéité des personnes et des variations des contextes dans lesquels ces dernières sont impliquées (Balcou-Debussche, 2016).

*“Le « nid d'apprentissage » peut alors être défini comme une situation centrée sur la construction de savoirs dans laquelle les savoirs travaillés in situ vont permettre à l'apprenant de prendre des décisions relatives à la gestion de sa santé, de modifier éventuellement ses pratiques ordinaires tout en tenant compte de ce que l'apprenant est en tant qu'individu singulier, en interrelation avec les autres ou avec son environnement. Le travail s'exerce ainsi sur deux grands champs. D'une part, le champ des connaissances avec la présence d'un espace d'analyses libres et d'un espace d'analyses encouragées qui va être fonction de la qualité de conception de la situation et de la capacité du formateur à éduquer la capacité d'attention de l'apprenant en vue de nouvelles élaborations. D'autre part le champ de l'action avec un espace de liberté qui ne doit pas faire oublier que la décision d'action appartient toujours à l'individu. En parallèle, un espace d'actions encouragées conduit le formateur à travailler sur les*

## Cadre théorique

*dispositions individuelles de l'apprenant, en l'aidant à prendre conscience des atouts et des contraintes de son environnement.*” (Balcou-Debussche, 2012, p. 50)

Chaque NA a été conçu à partir des résultats connus des recherches en ETP et d'analyses des savoirs en jeu dans chaque situation éducative (en fonction des thèmes retenus), mais aussi à partir d'observations *in situ* et d'analyses croisées de situations, dans des contextes variés (La Réunion, l'Océan Indien, plusieurs pays d'Afrique, à l'hôpital, en réseau de santé, à domicile...). Chaque session éducative, en groupes de cinq à dix personnes, d'une durée de deux heures, est centrée sur le modèle biomédical et biopsychosocial de la santé, ce qui permet de tenir compte des facteurs sociaux, contextuels et personnels influant sur la santé, tout en travaillant les connaissances à construire sur les organes, la santé et la maladie (Balcou-Debussche, 2012).

Les « Nids d'apprentissage » permettent ainsi le développement d'un processus intégratif centré sur le savoir, mais aussi sur la possibilité d'appropriations effectives de savoirs complexes par des personnes hétérogènes, en tenant compte des atouts et des contraintes de leur « contexte ordinaire » (Balcou-Debussche, 2016). Ces dispositifs et situations d'apprentissage ont été développés suite aux investigations menées dans le cadre de la recherche ethnosociologique REDIA-prev2 à l'hôpital ainsi qu'aux domiciles des personnes diabétiques de type 2. L'analyse des entretiens et des observations a mis en exergue la “suspension des réalités” et en conséquence, la pertinence d'intégrer les dimensions contextuelles dans des situations d'apprentissage (Balcou-Debussche et Debussche, 2009). En permettant à l'apprenant de développer de nouvelles connaissances et de l'estime de soi (éclosion), dans un espace confortable et non conflictuel (un nid), chaque “nid d'apprentissage” : « *est construit selon un schéma général qui consiste à partir des pratiques sociales de l'apprenant pour y revenir en fin de parcours, en passant par une mise en relation des pratiques habituelles avec les savoirs de référence, une découverte d'activités possibles à mener (avec analyse de leurs bénéfices sur la santé) et un questionnement sur l'opérationnalisation et la faisabilité de ces activités en contexte ordinaire* » (Balcou-Debussche, 2016, p. 54). Dans les situations éducatives, la construction de savoirs par les apprenants est privilégiée et les particularités des apprenants sont prises en considération,

## Cadre théorique

notamment les spécificités culturelles (les rapports à l'écrit, les goûts et les valeurs) et la vie personnelle et familiale (Balcou-Debussche, 2016, p. 54). Les agencements proposés pour chaque thématique permettent aux apprenants de prendre des décisions par rapport à la santé en modifiant leurs pratiques ordinaires et en tenant compte de leur environnement social, économique et culturel (Balcou-Debussche, 2012).

Entre 2004 et 2010, le travail collaboratif mené entre les chercheurs en sciences humaines et sociales et les professionnels de santé a permis de concevoir 5 NA et d'aboutir à la publication de supports didactiques contextualisés. L'articulation des trois premières situations d'éducation a construit ce que les auteurs ont appelé "un cycle de base" pour les personnes diabétiques et à risque cardiovasculaire, sur les thématiques suivantes : "apprendre à maîtriser le risque cardiovasculaire", "apprendre à maîtriser l'apport des graisses dans l'alimentation" et "apprendre à gérer son activité physique". Chaque "nid d'apprentissage" s'accompagne de supports didactiques qui comprennent, pour chaque thématique, un livret à destination de l'apprenant et un livret pour le formateur. Ayant fait l'objet d'analyses préalables, ces supports didactiques sont utilisés au cours des sessions d'éducation : à l'issue des séances, les apprenants emportent chez eux le livret sur lequel ils ont travaillé en ayant bénéficié de l'accompagnement du formateur durant la totalité de la séance. Chaque situation peut réunir un groupe d'une dizaine de personnes, pendant une heure trente à deux heures.

La première thématique « apprendre à maîtriser les risques cardiovasculaires (RCV) » permet à l'apprenant d'estimer lui-même son « total santé ».

- « Apprendre à maîtriser le risque cardiovasculaire » (Balcou-Debussche, 2009). Le support didactique se présente sous la forme d'un livret en français (mais aussi traduit en anglais), ce qui n'empêche pas de mobiliser la langue maternelle des apprenants et des formateurs, dans chaque pays. Les photos, les schémas, les couleurs spécifiques à chaque variable du risque cardiovasculaire et les opérations mathématiques simples permettent aux participants de s'approprier des connaissances et développer des compétences (comme, par exemple, la capacité de prendre des décisions en mettant en relation les connaissances construites graduellement durant la séance). Chaque apprenant est amené à calculer son "total santé", puis à analyser plusieurs activités

## Cadre théorique

susceptibles d'améliorer (et/ou de maintenir) ce total santé, en perspective d'une santé optimale des artères (marcher chaque jour, prendre ses médicaments, diminuer l'alcool et/ou le tabac, éviter les graisses et les sucreries...).

- La deuxième thématique « l'apport des graisses dans l'alimentation » invite les apprenants à différencier les graisses saturées et insaturées dans les aliments, ce qui leur permet d'identifier les aliments qu'il faut privilégier dans leur alimentation et ceux dont il faudrait diminuer la fréquence et/ou la quantité consommée. En prenant conscience de l'existence de ces deux types de graisses dans les aliments, la personne malade chronique apprend ainsi à reconnaître quels sont les aliments qui en contiennent (et en quelles quantités).
  
- La troisième situation « apprendre à gérer l'activité physique » offre la possibilité de découvrir les bénéfices d'activités simples telles que la marche ou le jardinage sur la santé (Balcou-Debussche, 2012). L'apprenant est amené à estimer sa propre dépense énergétique par semaine, ainsi que son intensité : il travaille à partir d'un ensemble de vignettes sur lesquelles apparaît le type d'activités (avec photo à l'appui), accompagné d'un code de couleurs qui indique la qualité de l'activité en question (dépense énergétique très faible, légère, modérée ou intense). Après avoir analysé ses pratiques habituelles (d'activité, de sédentarité), l'apprenant questionne les conditions effectives de mise en œuvre des activités physiques qu'il a l'intention de développer : il tient compte du lieu géographique dans lequel il se situe, de ses moyens économiques, de sa culture, de son organisation familiale et professionnelle.

## Cadre théorique

Après avoir pris conscience des risques sur le plan cardiovasculaire et après avoir analysé les enjeux d'une alimentation variée et équilibrée, et d'une activité régulière, les personnes diabétiques sont invitées à découvrir les enjeux d'un passage à l'insuline (étape qu'elles redoutent souvent) :

- « Comprendre les enjeux de la mise sous insuline ». La première partie de la séance permet de comprendre l'impact de la mise sous insuline sur le pancréas et de rapporter les résultats d'analyses biologiques de l'apprenant à ses risques de complications du diabète. La seconde partie permet d'apprendre à faire une injection, à varier les points d'injection et à adapter les doses d'insuline en tenant compte des résultats.

Enfin, il s'agit de prévenir les complications du diabète, dont celles qui sont souvent observées au niveau des pieds :

- « Éviter les complications des plaies du pied ». Cette situation permet d'analyser les pratiques usuelles mobilisées au niveau des soins des pieds, tout en mettant la focale sur la prévention des complications des plaies, notamment pour les personnes diabétiques et à risque cardiovasculaire.

Du point de vue de leur conception, les NA reposent ainsi sur la prise en compte d'une double analyse des savoirs : d'une part, les savoirs « savants » et d'autre part, les savoirs « expérientiels » des personnes malades chroniques. Cette double analyse permet d'ajuster le problème auquel chaque situation éducative est supposée répondre, ce qui permet ensuite de proposer un agencement adapté aux savoirs en jeu, aux personnes et aux contextes qui sont les leurs. Si les NA ont été développés au départ à La Réunion et dans le cadre du réseau de santé Réucare (Balcou-Debussche, 2006, 2010), ils ont été développés à l'hôpital, en structure associative, en ONG et en « Contexte ordinaire », d'où le nom donné au dispositif NA-CO (Balcou-Debussche, 2019). La structuration a été pensée de telle façon que les situations éducatives puissent être menées en tous lieux, par différents types de professionnels, avec des supports adaptés à l'appui, tant pour la personne malade chronique que pour le formateur. Les NA et NA-CO ont été pensés selon trois mouvements complémentaires : contextualisation / décontextualisation / recontextualisation :



## Cadre théorique

*« ...la décontextualisation et la recontextualisation sont pensées selon une posture de constante vigilance : penser d'emblée que le déplacement d'un dispositif, aussi optimal qu'il puisse paraître, peut ne pas être pertinent ailleurs ; construire, selon une éthique de la recherche, un travail partenarial avec les acteurs déjà engagés ; soumettre le dispositif à l'analyse critique des partenaires et autoriser les ajustements ; esquisser les voies permettant aux nouveaux partenaires de s'approprier la démarche et d'en maîtriser les composantes en vue d'une autonomisation à visée émancipatrice » (Balcou-Debussche, 2019, p. 3).*

En 2010, le dispositif « Nids d'apprentissage » a été sélectionné par l'UNESCO dans le cadre de l'opération « Dix idées pour l'Afrique de demain » (Balcou-Debussche, 2010, 2016). La co-construction entre les experts des sciences humaines et sociales et les experts du domaine médical qui ont mené de nombreuses expérimentations sur le terrain réunionnais a permis, depuis une quinzaine d'années, d'explorer la possibilité de proposer ces interventions éducatives dans plusieurs pays, notamment au Burundi (Debussche, Balcou-Debussche, et *al.*, 2010), en France (Balcou-Debussche, 2006), à La Réunion (Balcou-Debussche, et *al.*, 2010), à Mayotte (Debussche, et *al.*, 2012) et au Mali (Debussche, et *al.*, 2018). L'approche est également développée au Botswana, le Ministère de la santé ayant choisi d'amplifier la prévention du risque cardiovasculaire en mobilisant et en adaptant les livrets qui constituent le support principal pour les interventions auprès des patients et les formations des professionnels de santé.

### 1.3 Vers une recherche-intervention (R-I) ?

Pour éclairer les questions liminaires relatives à une démarche de recherche appropriée, nous nous appuyons sur les travaux de Beillerot (1995) qui évoque les rapports entre les savoirs savants et les pratiques professionnelles dans des projets de recherche en Sciences de l'éducation et de la formation : selon l'auteur, l'éducation peut être perçue comme un champ de pratiques, mais aussi comme un objet de recherche. Dans cette perspective, l'ouvrage collectif intitulé « la Recherche Intervention par les sciences de l'éducation » coordonné par Jean-François Marcel (2016) aborde la recherche-intervention en la développant selon trois

## Cadre théorique

parties : ce qu'elle désigne, autorise et produit. Marcel (2010) distingue notamment une recherche « sur » les pratiques et une recherche « pour » les pratiques. Sur le plan épistémologique, notre recherche doctorale repose sur deux niveaux complémentaires : heuristique et praxéologique. Formulé autrement, ce développement de la pensée scientifique repose sur deux objectifs distincts, mais complémentaires : la recherche qui nous conduit vers la production des connaissances scientifiques et la praxéologie qui nous oriente vers une certaine transformation.

La Recherche-Intervention n'est donc pas l'équivalent de la "recherche-action" : Barbier (1996), Crézé et Liu (2006), Mesnier et Misotte (2003) ou Monceau (2005) soulignent en effet que les projets de type « recherche-action » sont reliés par toute une chaîne qui est enclenchée par l'identification d'un problème, par des acteurs de terrain qui les font remonter à la direction. Les acteurs de terrain vont par la suite formaliser et relayer le problème identifié en une demande, plus souvent englobée en une commande. L'objectif est alors de trouver des solutions aux problèmes élaborés avec la participation active des acteurs. Les acteurs contribuent par la suite au niveau de l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des solutions proposées en collaboration avec le(s) chercheur(s). Le focus ici est mis sur l'action qui va être menée conjointement par les acteurs du terrain et le(s) chercheur(s), mais il n'y a pas nécessairement de transformation des acteurs dans ce type de démarche.

### 1.3.1 La R-I en dix points

Marcel (2016) propose une grille qu'il qualifie comme « point de départ » afin d'esquisser des principes communs dans des projets du type recherche-intervention. Cette grille regroupe dix caractéristiques de la démarche de recherche retenue (Marcel, 2016). Les dix caractéristiques sont les suivantes :

#### 1. Demande-Commande

Le projet recherche-intervention démarre suite à une demande qui est bien souvent floue et une fois formalisée, la demande prend la forme d'une commande.

## Cadre théorique

### 2. Commande-Pilotage

La démarche recherche-intervention ne peut pas exister sans une instance de pilotage qui comporte de prise de décisions par les commanditaires ; elle est régie par des échéances et des livrables. Elle conduit à faire des suivis, des ajustements et des négociations.

### 3. Sur-Pour

Il existe deux dimensions dans cette démarche : la dimension heuristique et la dimension praxéologique. L'intervention cible le *Pour* (praxéologique) et la recherche cible le *sur* (heuristique).

### 4. Co-élaboration

On est ici sur la démarche participative : le « avec » avec la co-élaboration d'un tiers espace socio-scientifique de la rencontre des visées, des processus et des acteurs.

### 5. Socio-scientifique

Un dispositif de recherche-intervention décrit par (Vinck, 2009) en tant qu' « objet intermédiaire » socio-scientifique.

### 6. Savoirs-Connaissances

Plusieurs types de savoirs circulent dans les dispositifs. Trois catégories de savoirs sont en « circulation » : scientifiques, académiques qui proviennent des chercheurs ; pratiques et professionnels qui viennent des intervenants ; savoirs d'expérience et de sens commun des autres participants.

## Cadre théorique

### 7. Langues-Langages

L'enjeu des différentes langues mobilisées est à considérer dans cette démarche.

### 8. Ici-Ailleurs

La posture du chercheur-intervenant entre la proximité (l'ici : la préoccupation des acteurs et la co-élaboration avec les acteurs) et la distance (l'ailleurs : le processus de recherche, la méthodologie). Les postures sont nécessairement en tension dans l'entre-deux : l'étranger / le nomade (ni d'ici, ni d'ailleurs) ; Avec le trait d'union, la R-I propose un équilibre entre les deux.

### 9. Déontologie-éthique

Les règles explicites qui régissent le mode de travail invitent à trouver un équilibre entre proximité et distanciation dans les processus de recherche-intervention.

### 10. Chercheur-Citoyen

Le chercheur est considéré en tant que passeur des connaissances scientifiques dans le champ social, au service des acteurs sociaux (Marcel, 2016).

## 2 CADRE D'ANALYSE

### 2.1 Le contexte de la recherche

#### 2.1.1 L'île Maurice

L'île Maurice, état indépendant au sein de l'océan Indien d'une superficie de 1850 km<sup>2</sup>, ne connaissait aucune occupation humaine avant d'être colonisée au XVII<sup>e</sup> siècle. L'île a obtenu son indépendance le 12 Mars 1968.

La population mauricienne est composée d'environ 1,2 million d'habitants issus de plusieurs vagues d'immigration, d'où la présence de groupes présentant des ancrages culturels fort divers (Figure 6) : environ 68% sont des Indo-Mauriciens (soit plus de 50% de la population de confession hindoue), dont un peu plus de 15% pratiquent l'islam (les autres sont de confession tamoule et/ ou de diverses déclinaisons hindoues), les Créoles (27%), le plus souvent appelés « la population générale », les sino-Mauriciens (3%) et les Franco-Mauriciens, à raison de 2% environ (Paris, 2011).

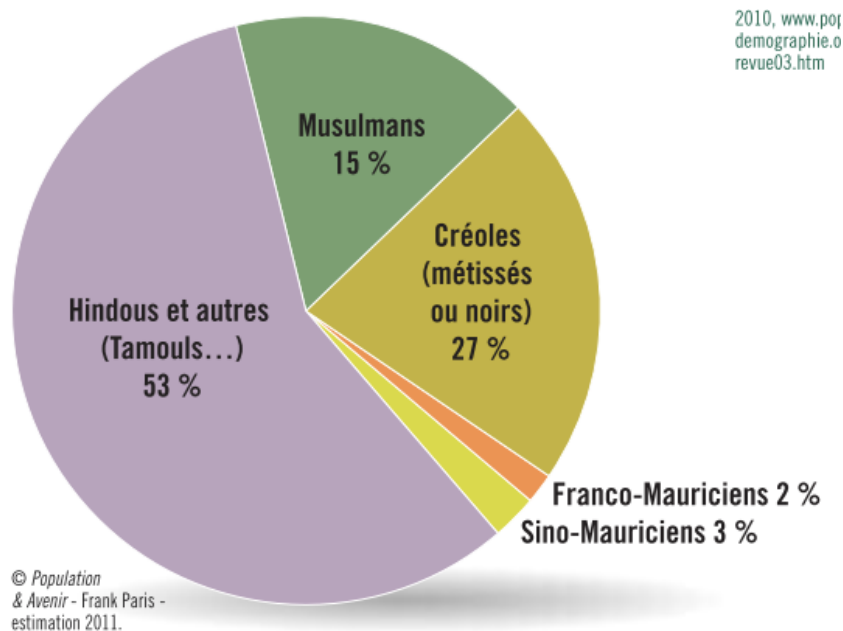


Figure 6. Répartition des différents peuples à l'île Maurice.

Dans les années 1980, la sortie de l'industrie sucrière (qui constituait jusqu'alors 95% des exportations) s'est traduite par une diversification de l'économie mauricienne, notamment en direction de nouveaux secteurs tels que le textile, le tourisme, la finance et les Technologies de l'Information et de la Communication (TIC)<sup>20</sup>. Selon le rapport de Human Development Report (2019), l'île Maurice se retrouve au 66ème rang parmi les 189 pays et territoires qui font partie des nations-unies (UN), avec un *Human Development Index* (HDI) de 0.796. Ce HDI (ou IDH) est un indice statistique qui permet d'évaluer le développement humain des pays du monde, en se fondant sur trois critères : le PIB (produit intérieur brut par habitant), l'espérance de vie à la naissance et le niveau d'éducation des enfants de 17 ans et plus<sup>21</sup>. Depuis juillet 2020, la banque mondiale a classifié l'île Maurice comme un pays à revenu élevé (*high-income country*)<sup>22</sup> : ce

20 Source : Mauritius Economy Profile (2019). En ligne ; [https://www.indexmundi.com/mauritius/economy\\_profile.html](https://www.indexmundi.com/mauritius/economy_profile.html)

21 Source : Institut national d'étude démographique. Indice de développement humain. En ligne : <https://www.ined.fr/fr/lexique/indice-de-developpement-humain/>

22 Source : World bank (2020). World bank in Mauritius. En ligne : <https://www.worldbank.org/en/country/mauritius/overview>

## Cadre d'analyse

classement tient surtout compte du revenu national brut (RNB) par habitant et du revenu qui s'est élevé à US\$ 12,740<sup>23</sup> par tête d'habitant, à Maurice.

Du point de vue de la structuration des familles mauriciennes, les dernières statistiques sur le recensement de la population font ressortir que 25% de la population vit toujours dans une famille élargie<sup>24</sup>. Même si une grande majorité des personnes vit dans une famille de type nucléaire, les mauriciens optent le plus souvent pour une habitation qui est en fait une extension de la maison des parents. Dans la plupart des cas, les jeunes adultes vont choisir d'habiter à côté ou seulement à quelques mètres de la maison familiale. Les parents gardent ainsi une certaine influence sur les décisions de leurs enfants : même en étant adultes, des décisions importantes telles que le mariage sont prises en accord avec les parents. Les valeurs familiales et les pratiques collectives sont encore de toute importance dans la société mauricienne. Dans des familles, il reste courant de prendre soin des personnes âgées si bien que dans la plupart de cas, ces dernières ne privilégient pas les séjours en maisons de retraite<sup>25</sup>.

S'agissant de l'alimentation, les mauriciens (majoritairement originaires de l'Inde) cuisinent des plats qui correspondent à une fusion des pratiques de référence indienne et mauricienne. Les habitudes de la plupart de la population comprennent les aliments proposés par les marchands ambulants (*Food Hawkers*) qui sont présents un peu partout sur l'île, notamment au bord de la rue et le long des plages. Ces marchands vendent divers types de fritures : samoussas (préparations salées, frites, fourrées aux légumes et/ou à la viande), beignets, bouchons, faratas (galettes salées à base de farine, cuites avec de la graisse) et dholl pouri (galettes à base de pois et de farine cuites avec de la graisse). Les pratiques quotidiennes incluent aussi le fameux Kebab mauricien ainsi que les plats chinois tels que les mines frits (nouilles sautées), les riz frits et les boulettes, partout disponibles et très demandées. Abondamment consommés par les mauriciens à l'heure du petit déjeuner, déjeuner ou goûter, ces aliments ne coûtent pas très cher. Parmi les marchands ambulants, on rencontre aussi des marchands de confit qui vendent des fruits locaux (par exemple les ananas et autres fruits tropicaux comme les goyaves de chine), très prisés par

---

23 Source : Express.mu (2020). La Banque mondiale classe Maurice comme un pays à revenus élevés. En ligne : <https://www.lexpress.mu/article/379532/banque-mondiale-classe-maurice-comme-un-pays-revenus-eleves>

24 <http://statsmauritius.govmu.org/English/Documents/census2/house.htm>

25 Source : Cultural Atlas. Mauritian culture. Family. En ligne : <https://culturalatlas.sbs.com.au/mauritian-culture/mauritian-culture-family>

## Cadre d'analyse

les mauriciens qui les consomment avec du sel et du piment. S'agissant des pains, c'est surtout le pain blanc qui est disponible dans toutes les localités : il est donc majoritairement consommé.

### 2.1.2 La santé des Mauriciens

Dotée de peu de ressources naturelles, l'île a connu une performance économique remarquable qui a aussi entraîné des mutations sociales rapides. Le développement économique et les changements dans le mode de vie de la population ont causé une augmentation de la prévalence des maladies non-transmissibles, dont le diabète, l'hypertension, les maladies cardiovasculaires, le cancer et les maladies pulmonaires<sup>26</sup>. Des recherches ont souligné que les mauriciens ont délaissé leur alimentation traditionnelle au profit d'une nourriture de type fast-food, riche en sel, sucre et graisses, mais aussi très pauvre en termes de valeur nutritive (Bhurosy et Jeewon, 2016 ; Oogarah-Pratap, 2007). En 2018, 92% des mortalités sont causées par les maladies non-transmissibles<sup>27</sup>. L'étude<sup>28</sup> effectuée par le ministère de la santé sur les maladies non-transmissibles fait également ressortir que la prévalence du diabète standardisé selon la structure d'âge et de sexe de la population dans la classe d'âge 18-74 ans est de 19.5% (Figure 7).

---

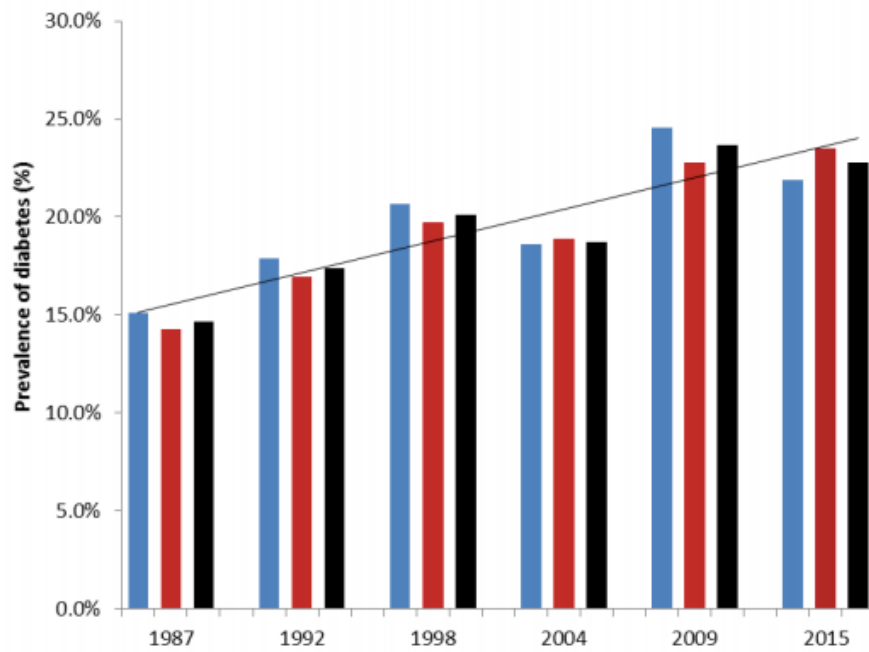
26 Source : WHO (2017). Biennium Report 2016/2017. WHO country office Mauritius. En ligne : <https://www.afro.who.int/publications/who-mauritius-biennium-report-2016-2017>

27 Source : WHO (2018). NonCommunicable Diseases: Country Profiles 2018. En ligne : <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2018/en/>

28 Source : Republic of Mauritius (2015). The Mauritius Non Communicable Diseases Survey 2015. Port Louis: Ministry of Health and Quality of Life



**Figure 3.2: Age-standardised prevalence of diabetes across the six surveys according to gender.**



**Figure notes: All prevalences were standardised to the 2008 population of Mauritius aged 25-74 years.**

*Figure 7. Prévalence du diabète à l'île Maurice.*

## Cadre d'analyse

Les deux principales causes de mortalité sont le diabète de type 2 (20.6%), suivi de près par les maladies cardiovasculaires qui représentent 19.8% des décès<sup>29</sup> (Figure 8).

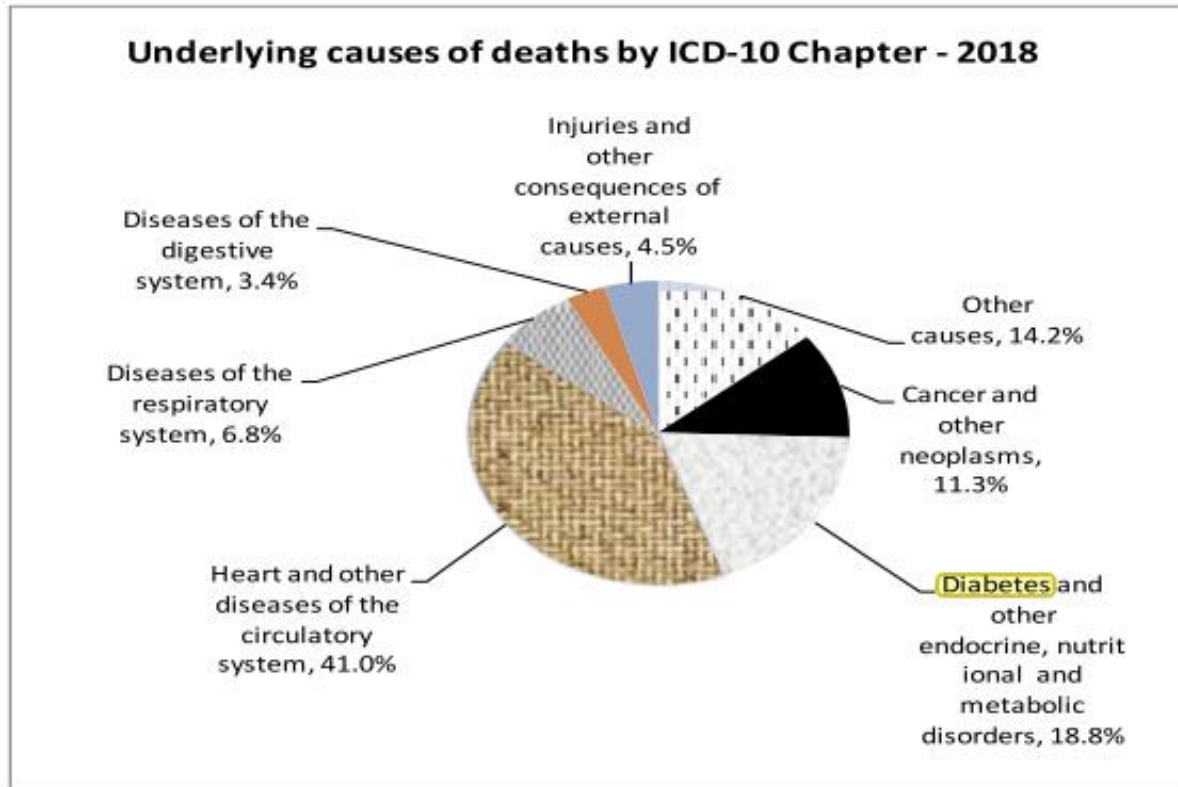


Figure 8. Causes de mortalité à l'île Maurice.

29 Ministry of Health and Wellness (2018). Health Stats Reports 2018. Island of Mauritius and Island of Rodrigues. En ligne : <https://health.govmu.org/Documents/Statistics/Health/Mauritius/Documents/HEALTH%20STATS%20REPORT%202018.pdf>

## Cadre d'analyse

Une étude plus récente de la Fédération internationale du diabète<sup>30</sup> fait ressortir que l'île Maurice a un taux de prévalence du diabète de (*age-adjusted comparative diabetes*) très élevé : l'île Maurice est actuellement en 5<sup>ème</sup> position et les estimations pour le pays sont respectivement de 24.3% et 25.3% en 2030 et 2045. Si une telle tendance est maintenue, l'île Maurice atteindra la 2<sup>ème</sup> position en 2030 et 2045. Ce même rapport révèle que les dépenses allouées au diabète à l'île Maurice correspondent à 16.9% du budget national alloué à la santé, soit le pourcentage le plus élevé dans la région Sud-Est de l'Asie. De 2016 à 2018, la consommation moyenne de cigarette par habitant a augmenté régulièrement : la tendance est visible dans le diagramme suivant, avec une consommation moyenne de 793 cigarettes par habitant en 2018<sup>31</sup> (Figure 9).

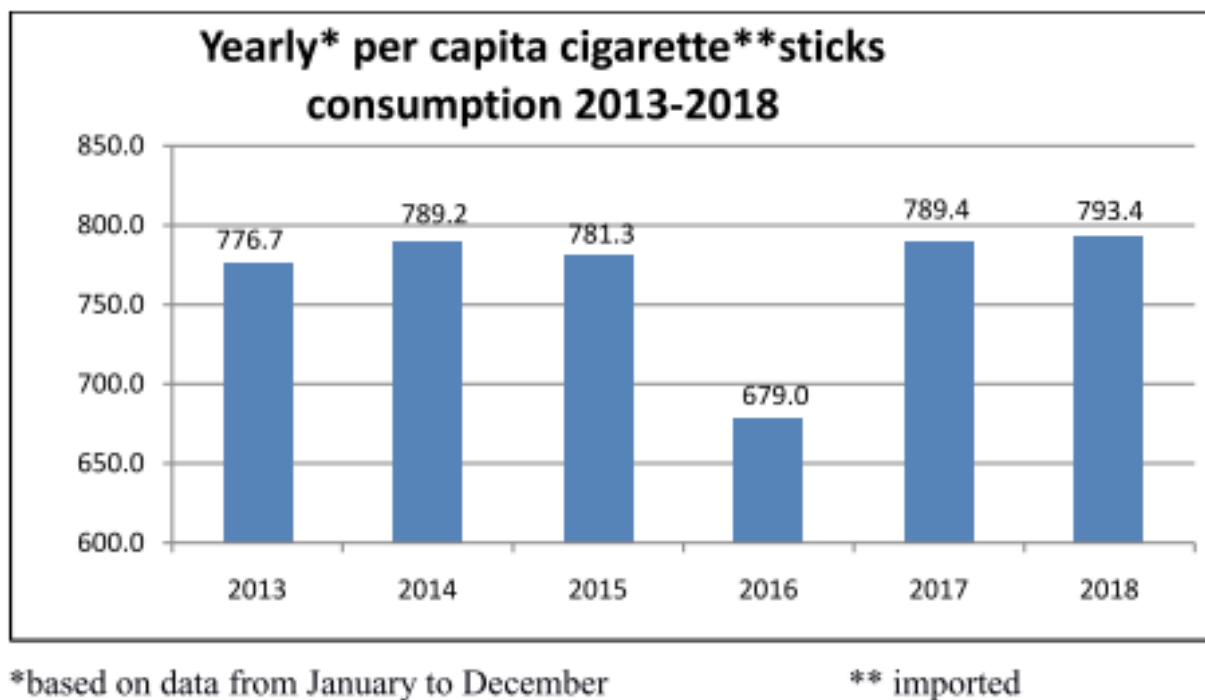


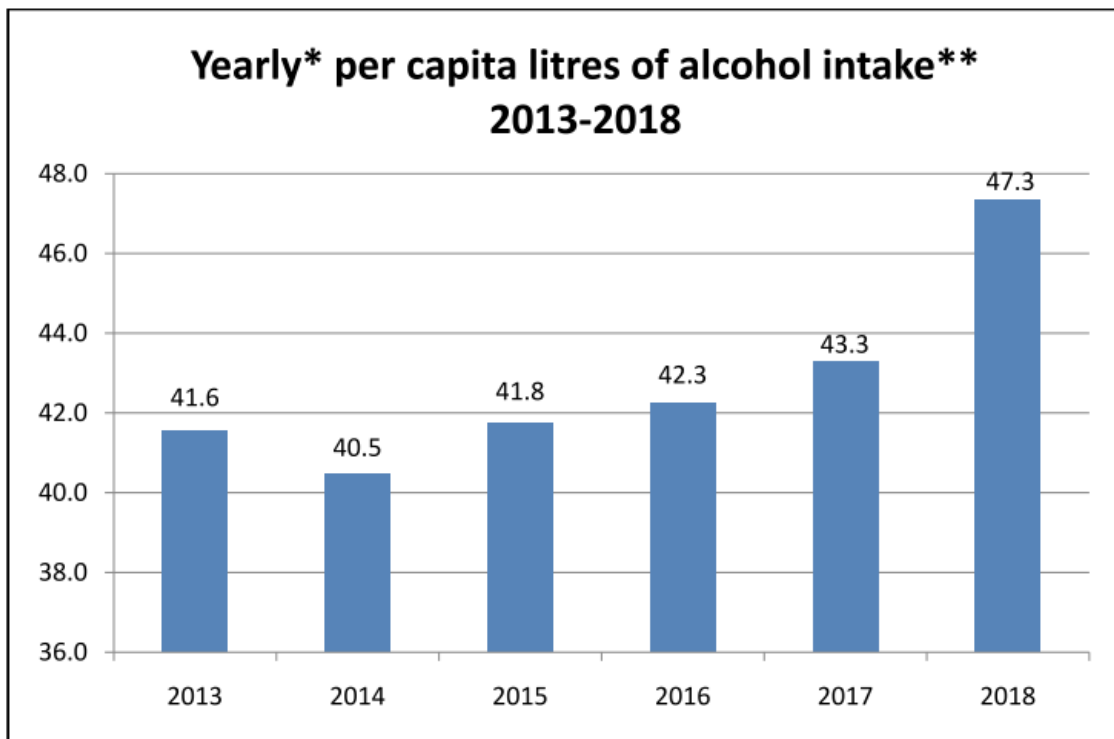
Figure 9. Consommation moyenne de cigarettes à l'île Maurice.

30 FID (2019). Atlas du diabète. En ligne : <https://diabetesatlas.org/fr/>

31 Ministry of Health and Wellness (2018). Health Stats Reports 2018. Island of Mauritius and Island of Rodrigues. En ligne : <https://health.govmu.org/Documents/Statistics/Health/Mauritius/Documents/HEALTH%20STATS%20REPORT%202018.pdf>

## Cadre d'analyse

Dans le même rapport du ministère de la santé, une tendance équivalente est observée en ce qui concerne la consommation d'alcool : le nombre de litres consommés a augmenté de 51 à 60 millions de 2014 à 2018. De 2013 à 2018, les évolutions sont représentées dans le graphique suivant<sup>32</sup> (Figure 10).



\*based on data from January to December

\*\* imported

Figure 10. Consommation moyenne d'alcool.

32 Ministry of Health and Wellness (2018). Health Stats Reports 2018. Island of Mauritius and Island of Rodrigues. En ligne : <https://health.govmu.org/Documents/Statistics/Health/Mauritius/Documents/HEALTH%20STATS%20REPORT%202018.pdf>

## Cadre d'analyse

Pour la population âgée de plus de 18 ans, les chiffres avancés par l'OMS ne sont pas très favorables : 29% de la population mène une vie sédentaire, 27% souffre d'hypertension et 12% sont obèses. La consommation de sel est de 14 g par jour, ce qui est trois fois supérieur à la quantité recommandée par l'OMS<sup>33</sup>. S'agissant des excès de lipides, 44.1% de la population a un taux élevé de cholestérol (supérieur ou égal à 5.2 mmol) et 25% a un taux élevé de triglycérides (supérieur ou égal à 2.0 mmol). Le rapport met également en exergue l'aspect sédentaire des mauriciens : 23.7% de la population adulte ne pratique pas suffisamment d'activités physiques<sup>34</sup>. Ainsi faut-il considérer qu'en prenant appui sur les études réalisées par le ministère de la santé et sur les chiffres rapportés par l'OMS, les facteurs de risque pour le diabète et autres maladies cardiovasculaires sont de plus en plus préoccupants.

### 2.1.3 Le système de santé public

À l'île Maurice, le système de santé<sup>35</sup> est organisé de manière pyramidale : il est composé de «structures de premier niveau pour les pathologies courantes, les soins de proximité et la santé maternelle» (Jacquemot, 2012/3, p. 96). Les premiers soins sont donnés dans des dispensaires et les hôpitaux de district (ou à caractère régional) qui offrent une palette de soins ambulatoires, des services d'urgences et de soins qui nécessitent une hospitalisation (Jacquemot, 2012/3).

L'île Maurice est divisée en neuf districts qui correspondent à une division administrative de premier niveau. Une seconde division est opérée pour la répartition de services de santé, ce qui permet de déterminer des régions sanitaires : Région 1, Région 2, Région 3, Région 4 et Région 5. Chaque région est constituée des hôpitaux et des centres de santé d'une zone couvrant de 165,544 à 334,413 habitants (Figure 11). Les cinq principaux hôpitaux généralistes (*Principal General Hospital*) sont répartis dans cinq districts distincts<sup>36</sup>. En complément, deux hôpitaux généralisés du district (*District General Hospital*) offrent, tout comme les hôpitaux principaux,

---

33 WHO. (2018, May). Global Health Observatory country views. En ligne :

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136943/ccsbrief\\_mus\\_en.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136943/ccsbrief_mus_en.pdf?sequence=1)

34 Source : Republic of Mauritius (2015). The Mauritius Non Communicable Diseases Survey 2015. Port Louis: Ministry of Health and Quality of Life

35 Source : Ministry of Health and Wellness (2018). Health Stats Reports 2018. Island of Mauritius and Island of Rodrigues. En ligne :

<https://health.govmu.org/Documents/Statistics/Health/Mauritius/Documents/HEALTH%20STATS%20REPORT%202018.pdf>

36 Dr A.G.Jeetoo (Port-Louis), Sir Seewoosagur Ramgoolam National Hospital (Pamplemousses), Victoria Hospital (Quatre Bornes) et Pandit J.Nehru Hospital (Flacq)

## Cadre d'analyse

des services ambulatoires ainsi que de l'hospitalisation. La pertinence, pour ce type de structure de plus grande proximité, est essentiellement liée à la difficulté des habitants de certains districts de se rendre dans les hôpitaux principaux.

Le système de Santé est sous la tutelle du *Ministry of Health and Wellness* et les services de santé publique sont gratuits pour les mauriciens et les résidents. Du fait de la gratuité des soins dans des institutions de santé publique, la sécurité sociale ne prend pas en charge les soins réalisés dans le privé. Tout Mauricien qui nécessite des soins de santé se rend en premier lieu dans l'un des dispensaires (*community health center*) de sa localité : les activités sont dispensées uniquement en journée, pour des soins ambulatoires. À l'île Maurice, on dénombre un total de 116 dispensaires.

Si les patients doivent être référés aux spécialistes et/ou pour des tests médicaux pointus ou pour l'hospitalisation, ils sont dirigés vers l'hôpital principal ou celui du district le plus proche. Des soins ambulatoires plus spécialisés sont aussi dispensés dans des centres médicaux connus comme les *mediclinics* : on en compte cinq à travers l'île. Des suivis concernant les maladies non-transmissibles telles que le diabète et les maladies cardiovasculaires sont proposés dans les 18 centres de santé régionaux (*Area Health Center*). Les mauriciens ont aussi le choix de se rendre dans l'une des six cliniques ayurvédiques pour des soins ambulatoires. Quant aux pathologies spécifiques telles que les soins ophtalmologiques, psychiatriques, pulmonaires et oto-rhino-laryngologiques (*ENT : Ears, Nose and Throat*), elles sont traitées dans des centres et hôpitaux spécialisés.

Du côté des professionnels de santé à l'île Maurice, nous recensons environ 12 médecins et 31 infirmières pour 10,000 personnes. Quant à l'utilisation des services de santé publique, en 2018 le nombre d'usagers était de 683,217 (Ambulatoire : 484,138 et Hospitalisation : 199079) alors que les 19 institutions de santé privées ont accueilli un total de 263,376 personnes pour la même

## Cadre d'analyse

période : 72% de la population utilise donc le système de santé public, alors que 28% se fait soigner dans le privé<sup>37</sup>.

---

<sup>37</sup> Source : Ministry of Health and Wellness (2018). Health Stats Reports 2018. Island of Mauritius and Island of Rodrigues. En ligne : <https://health.govmu.org/Documents/Statistics/Health/Mauritius/Documents/HEALTH%20STATS%20REPORT%202018.pdf>

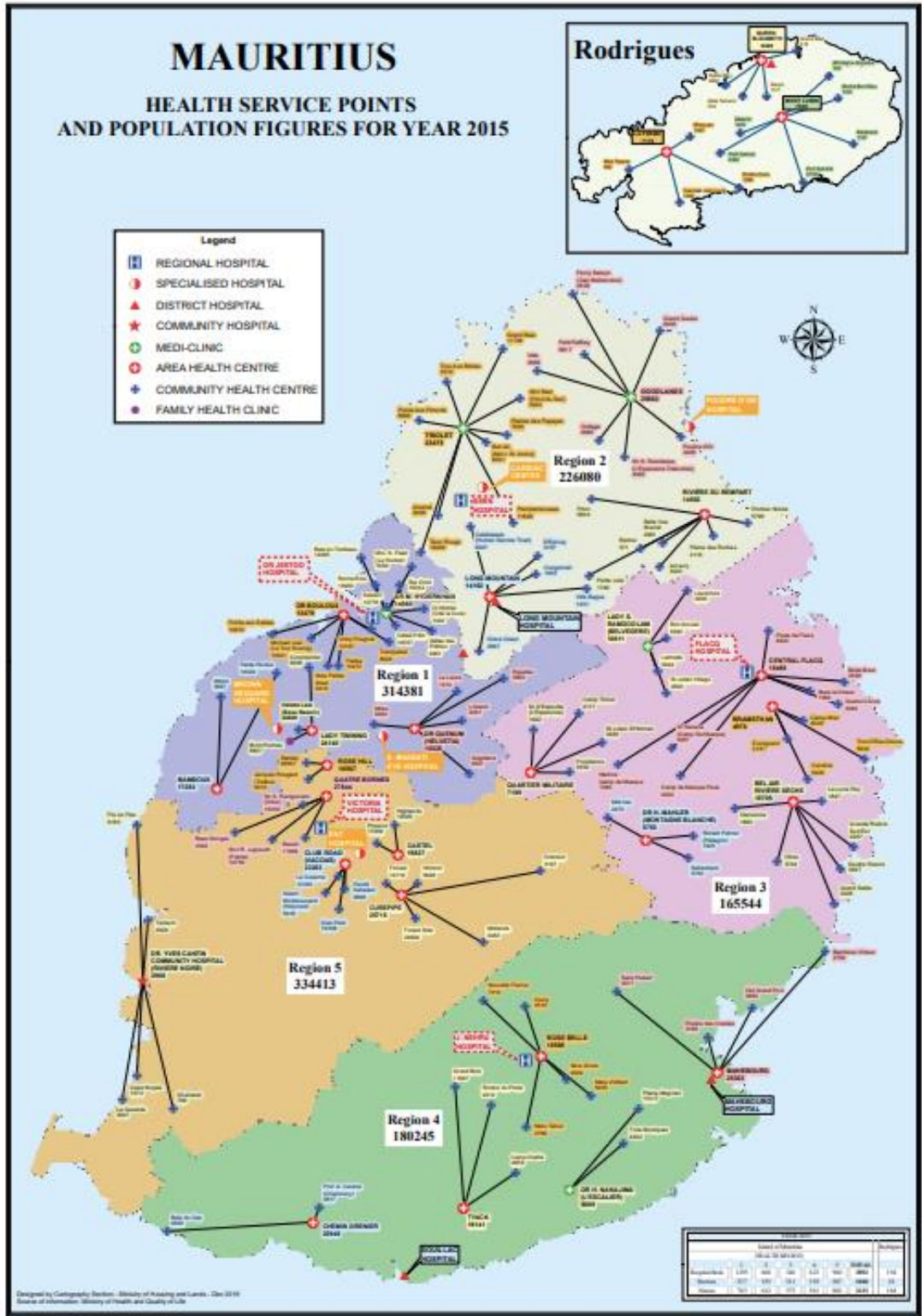


Figure 11. Organisation du système de santé public à l'île Maurice.



## Cadre d'analyse

L'OMS attire l'attention sur l'importance de prévenir et gérer les maladies NCD (*Non-Communicable Disease*) à l'île Maurice étant donné leur forte prévalence, y compris au sein d'une population vieillissante<sup>38</sup>. Le département du Ministère de la santé, *NCD and Health Promotion Unit*<sup>39</sup> a ainsi pour objectifs la prévention primaire, secondaire et tertiaire des maladies NCD, afin de mieux les gérer et ainsi promouvoir la santé en améliorant la qualité de vie de la population. Les neuf actions élaborées pour atteindre ses objectifs sont les suivantes :

1. Dépister dans les écoles et dans les lieux du travail.
2. Améliorer la santé de la population à travers des interventions nutritionnelles et en encourageant à pratiquer plus d'activités physiques.
3. Développer des infrastructures pour faciliter la promotion des activités physiques.
4. Organiser et dispenser l'éducation en santé et aussi des services de conseil (counseling) pour prévenir et retarder les complications liées aux maladies NCD.
5. Offrir des opportunités pour gérer son mode de vie.
6. Sensibiliser et mobiliser la population pour qu'elle participe à des activités en matière de santé.
7. Autonomiser (*empower*) la population pour qu'elle puisse contrôler son état de santé.
8. Agir comme un facilitateur pour organiser des conférences/séminaires nationales et internationales autour des maladies NCD.
9. Organiser et entamer des recherches/études sur les maladies NCD.

---

38 Source : WHO (2017). Biennium Report 2016/2017. WHO country office Mauritius. En ligne : <https://www.afro.who.int/publications/who-mauritius-biennium-report-2016-2017>

39 Source : Ministry of Health and Wellness of Mauritius. Department "Non communicable disease and Health promotion division. En ligne : <https://health.govmu.org/Pages/Departments-Hospitals/Departments/Non-communicable-Diseases-and-Health-promotion-Division.aspx>

## Cadre d'analyse

La promotion de la santé est aussi relayée à travers des campagnes d'information et de sensibilisation, la construction des parcours de santé, le développement de clubs de santé et de sessions de Yoga dans des centres récréatifs accessibles au public. Ces campagnes de sensibilisation et d'information sont dispensées afin de promouvoir un mode de vie sain : les facteurs de risque sont présentés par le biais de posters, pamphlets et autres campagnes d'informations sur les chaînes nationales<sup>40</sup>. D'autres actions sont parfois menées en proximité, pour la prévention primaire et secondaire des maladies NCD. Avant 2007, les dépistages des maladies NCD étaient réalisés grâce à des caravanes de santé mobiles qui se déplaçaient sur l'ensemble de l'île, mais ce service a été étendu aux organismes privés et publics et aux établissements scolaires. Dans chaque région (Fig. 8), une unité du NCD et de promotion de la santé (*NCD and Health Promotion*) comprend des professionnels de santé spécialisés en maladies NCD, ce qui permet d'offrir des services allant des dépistages aux soins primaires et secondaires<sup>41</sup>.

Dans les établissements primaires, le programme HKP (*Healthy Kids Program*) mis en place depuis 2016 se poursuit (Figure 12) : il a pour but d'améliorer la nutrition à travers la formation des enseignants, des enfants et de leurs parents. L'objectif est de renforcer les habitudes alimentaires saines chez les enfants dès le plus jeune âge<sup>42</sup>. Ce programme a débuté sur une base pilote pour atteindre presque toute la population estudiantine des établissements. En 2019, le programme a été implémenté dans toutes les écoles primaires et toutes les classes sauf les *Grade 1*. Le nombre d'écoles primaires ainsi que le nombre d'étudiants que le HKP a pu atteindre sont représentés dans le schéma suivant<sup>43</sup> :

---

40 Source : WHO (2017). Biennium Report 2016/2017. WHO country office Mauritius. En ligne : <https://www.afro.who.int/publications/who-mauritius-biennium-report-2016-2017>

41 Source : Republic of Mauritius (2018). Prevention and control of non communicable disease. Port Louis: Ministry of Health and Quality of Life. En ligne : [http://download.govmu.org/files/2017/P02\\_Prevention\\_and\\_Control\\_of\\_Non\\_Communicable\\_Diseases.pdf](http://download.govmu.org/files/2017/P02_Prevention_and_Control_of_Non_Communicable_Diseases.pdf)

42 Source : Inside News (2019). Le Nestlé Healthy Kids Programme (NHKP) implémenté dans toute l'île Maurice. En ligne : <https://www.inside.news/le-nestle-healthy-kids-programme-nhkp-implemente-dans-toute-lile-maurice/>

43 Source : Mauritius Institute of Education (2019). Healthy kids programme. En ligne : <http://portal.mie.ac.mu/healthy-kids-programme/>

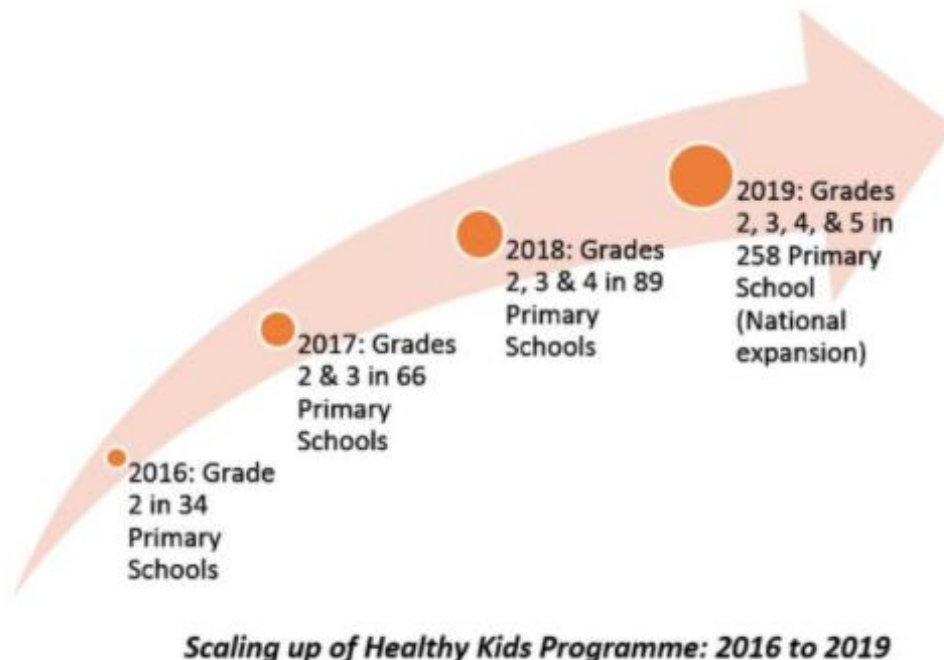


Figure 12. Le Healthy Kids Program dans les établissements primaires.

Dans les établissements secondaires (les collèges), le *School Health Programme* a été introduit en vue de dépistages précoces, mais aussi pour promouvoir des habitudes et des modes de vie sains. Malheureusement, toute la population estudiantine de ces établissements ne bénéficie pas de ce service. Seule une faible proportion, plus précisément trois niveaux de classe, peuvent participer : les classes *Grade 1*, *Grade 9* et *Lower VI*. Dans ces classes, les étudiants sont respectivement dans ces tranches d'âge : 11-12 ans, 14-15 ans et 17-19 ans<sup>44</sup>. Ces programmes de dépistage sont aussi accompagnés de sessions d'information interactives. Les actions proposées qui sont implémentées ou en cours d'implémentation dans le milieu scolaire sont appliquées dans les écoles pré-primaires, primaires et secondaires. Cependant, au niveau des universités publiques, les programmes d'éducation en santé ne sont pas préconisés, même si ces universités se trouvent sous la tutelle du même ministère des écoles pré-primaire, primaire et secondaire.

44 Source : WHO (2017). Biennium Report 2016/2017. WHO country office Mauritius. En ligne : <https://www.afro.who.int/publications/who-mauritius-biennium-report-2016-2017>

## Cadre d'analyse

Dans les centres de santé régionaux, mais aussi dans les hôpitaux, des nutritionnistes encadrent les personnes qui ont été diagnostiquées comme étant obèses et en surpoids, ainsi que des patients qui leur sont adressés par les médecins dans le cadre de la prévention secondaire et/ou tertiaire<sup>45</sup>. Enfin, dans le cadre de la prévention des maladies NCD pour la catégorie de la population jeune adulte, les orientations actuelles visent à interdire la vente des fritures et boissons gazeuses dans les cantines, dans tous les établissements scolaires<sup>46</sup>.

## 2.2 La recherche exploratoire en ONG

L'éducation en santé est peu connue à l'île Maurice car elle n'a jamais fait partie intégrante du cursus scolaire, que ce soit au niveau des établissements primaires, secondaires ou tertiaires. Pour adapter les modes de vie et les habitudes des jeunes (dans les établissements secondaires), la priorité est donnée aux programmes de santé qui comprennent des dépistages, afin de permettre un diagnostic précoce et une prise en charge à temps pour ceux qui présentent des facteurs de risque. Outre les dépistages, ces programmes incluent aussi des sessions d'information, y compris dans les écoles primaires. En explorant le fonctionnement du domaine de la santé à l'île Maurice, on observe que les patients sont certes informés et conseillés en matière de santé, mais ils ne bénéficient pas d'interventions spécifiques en éducation en santé (ou en éducation thérapeutique). Le seul espace dans lequel nous avons identifié des pratiques éducatives dans le domaine de la santé à l'île Maurice est celui d'une ONG internationale<sup>47</sup>.

C'est au sein de cette ONG que nous avons pu mener notre premier travail exploratoire, ce qui nous a permis d'identifier des pratiques diversifiées de l'éducation thérapeutique tout en répertoriant, en filigrane, les modèles et les théories sous-jacentes sur l'apprentissage, les savoirs et les compétences mobilisés dans ces pratiques.

---

45 Ibid.

46 Source : Express.mu (2007). Pupils must be educated about healthy eating habits. En ligne : <https://www.lexpress.mu/article/pupils-must-be-educated-about-healthy-eating-habits>

47 Source : Association pour la Promotion de la Santé (APSA). En ligne : <http://apsa.mu/services/screening-prevention/>

## 2.2.1 L'ONG internationale

Créée depuis une trentaine d'années, la structure offre aux personnes diabétiques un soin et un service professionnel afin qu'elles puissent mieux comprendre et gérer leur maladie. L'équipe mène des actions de lutte dans le domaine du diabète, non seulement à Maurice et à Rodrigues, mais aussi au Burundi, au Botswana et au Zimbabwe. Les missions<sup>48</sup> de l'ONG sont de :

1. Prévenir l'apparition du diabète et des maladies cardiovasculaires par la détection précoce des facteurs de risque.
2. Aider les personnes atteintes du diabète à avoir une meilleure qualité de vie et prévenir les complications liées à un diabète mal contrôlé.
3. Fournir une approche globale en matière de soins aux personnes atteintes du diabète.

Les actions peuvent être synthétisées à l'aide du schéma suivant (Figure 13) :

---

<sup>48</sup> Source : APSA. Missions. En ligne : <http://apsa.mu/about/>

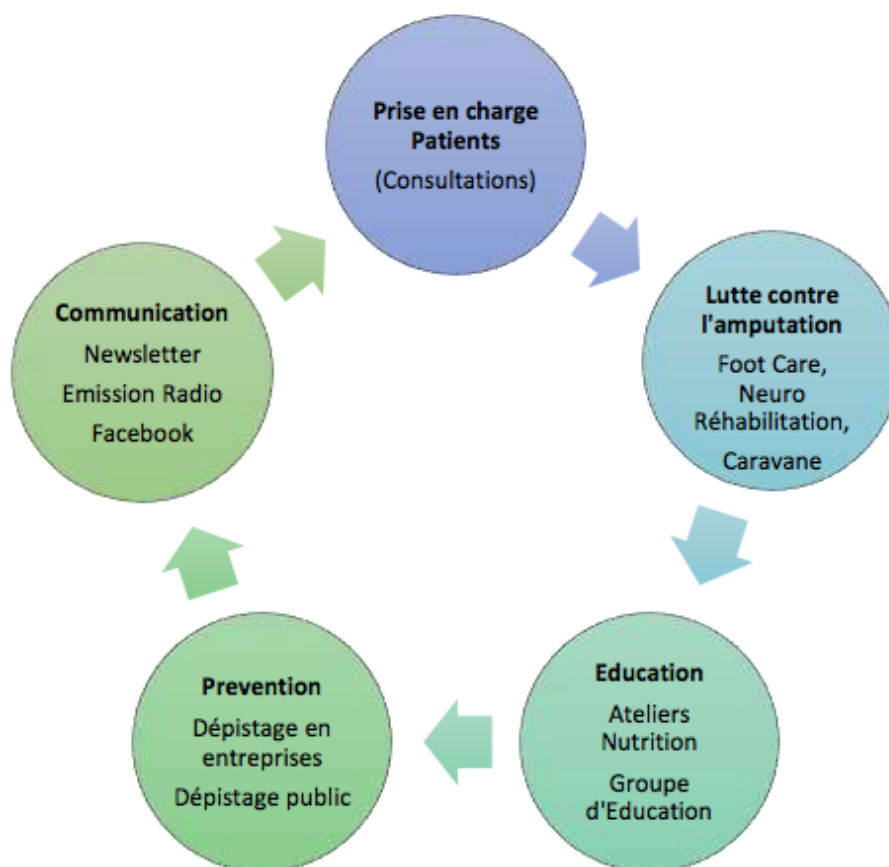


Figure 13. Les actions de l'ONG.

À titre exploratoire, nous avons pu observer une situation éducative sur le thème : « Apprendre à maîtriser le risque cardiovasculaire ». Cette intervention s'est réalisée dans le cadre des activités menées en ETP par l'ONG à l'île Maurice, en partenariat avec le laboratoire *Icare* de l'Université et le CHU de La Réunion.

Lors de l'observation de la séance, la formatrice débute la session en interrogeant les participants sur leurs résultats sanguins. Les apprenants sont ensuite exposés aux variables modifiables qui interviennent dans le risque cardiovasculaire : la tension artérielle, le cholestérol, les triglycérides, la glycémie et le tour de taille. Chaque participant a un livret de la collection « Éducation et Prévention des Maladies Chroniques » (EPMC), ce qui constitue le

## Cadre d'analyse

support principal de la session d'éducation. Les participants réalisent eux-mêmes une auto-évaluation en se basant sur leurs propres données. Un système de score est utilisé : plus le score total est élevé, meilleure est la santé du participant. Le travail proposé permet ainsi à chaque patient de calculer son total santé (il ne peut pas dépasser 60 points puisqu'on ne peut pas allouer plus de 10 points à chaque variable et que 6 variables sont répertoriées comme déterminantes dans la santé des artères).

Accompagnés et soutenus par le formateur, les participants essaient de trouver les repères nécessaires en prenant appui sur les différentes couleurs proposées (une couleur différente est utilisée pour chaque déterminant de la santé, ce qui facilite la tâche des participants qui ne maîtrisent pas suffisamment la lecture et l'écriture). Dans un premier temps, les participants travaillent sur leur livret avec un assistant formateur qui les encadre. Lorsque tout le monde a terminé, la formatrice rapporte les résultats de tous les participants au tableau pour une discussion collective, ce qui permet de s'assurer que tous les participants se sont approprié les savoirs en jeu. Bien que les savoirs mobilisés soient complexes, la majorité des participants réussit à leur donner sens en mettant en relation les connaissances construites. Par exemple, une participante pose une question sur le score qui se rapporte à la santé totale : « si deux participants ont le même total santé, est-ce que cela veut dire que leurs problèmes de santé sont similaires ? ». L'affichage des résultats de chacun permet précisément de voir qu'il n'en est rien.

La deuxième étape de la séance consiste à accompagner les participants, qu'ils soient porteurs d'une pathologie ou non, et à choisir des actions qui sont favorables à leur santé. En tenant compte du contexte varié des participants et en sus des couleurs, des photographies et des signes mathématiques sont utilisés pour ne pas exclure certains participants (par exemple, en difficultés face à l'écrit). Les apprenants sont amenés à expérimenter les possibilités d'augmenter leur total santé en privilégiant ou en limitant certaines actions telles que manger des légumes crus/cuits et un fruit à chaque repas, marcher, prendre des plats équilibrés, limiter l'apport des graisses, diminuer les sucreries et le grignotage, limiter l'alcool, suivre le traitement et arrêter de fumer. D'un point de vue médical, les patients sont éclairés sur les incertitudes qu'ils ont par rapport à leur santé et leur maladie, tandis que sur le plan psychosocial ils interrogent les possibilités (ou non) de mener des activités qui vont leur permettre d'améliorer leur état de santé, en augmentant

## Cadre d'analyse

leur *total santé*. Après avoir pris connaissance des bénéfices de chaque action, la formatrice accompagne les patients dans leur choix sans toutefois imposer ou influencer leurs décisions. Cette phase qui dure en moyenne 35 minutes aboutit à la capacité des participants à prendre des décisions à propos d'une ou deux activités qu'ils veulent adopter, en tenant compte de leurs habitudes de vie.

Lors de la dernière phase de cette situation d'apprentissage, les participants analysent leur choix d'actions, avant de confirmer leur engagement à exercer et maintenir ces activités. La formatrice invite les participants à réfléchir à la réalisation des actions choisies en tenant compte des éventuelles contraintes sociales, économiques et personnelles. Pour chaque activité prévue, elle essaie d'aider les participants à analyser l'ensemble des configurations possibles en considérant des habitudes existantes, en évaluant les impacts des actions choisies et en mesurant les conséquences du choix des actions. Après l'analyse, certains participants décident d'opter pour une seule action au lieu de deux parce qu'ils prennent conscience qu'ils ne vont pas pouvoir respecter leur engagement. Par exemple, lors de la séance, une participante a reconsidéré sa décision en se désistant et en décidant de ne pas choisir d'actions dans l'immédiat.

L'observation de l'ensemble de la séance montre ainsi que la première partie du « nid d'apprentissage » (en moyenne, une durée de 25 minutes) permet l'accès et la compréhension des informations biomédicales par les participants, tout en leur permettant de procéder à une auto-évaluation de l'état de santé de leurs artères. Lors de la seconde partie (en moyenne, une durée de 35 minutes), chaque apprenant est confronté à l'analyse de nouvelles activités qui pourraient permettre d'augmenter (ou de mieux maintenir) son *total santé*. Enfin, l'apprenant est amené à conforter son choix d'activités en tenant compte de ses possibilités de les mettre en œuvre dans son contexte ordinaire, et sur un temps relativement long. L'articulation de ces trois temps permet ainsi à chacun de réinterpréter ses pratiques sociales habituelles (alimentation, activité physique, traitements...), afin de trouver de *nouvelles cohérences* (Balcou-Debussche, 2016) entre les pratiques de référence et les pratiques en devenir, en tenant compte du projet de santé, de l'évitement des complications de la maladie et de la faisabilité dans la vie ordinaire.

Au-delà de l'analyse de la situation elle-même, ce travail exploratoire permet de mesurer les enjeux des pratiques développées en éducation thérapeutique, y compris du point de vue des



## Cadre d'analyse

modèles et théories sous-jacentes sur l'apprentissage, les savoirs et les compétences. Nous observons également que le processus d'apprentissage contribue au développement de la littératie en santé avec des personnes très hétérogènes, ce qui conforte les résultats obtenus dans d'autres contextes (Balcou-Debussche, 2010, 2012, 2013). Tels qu'ils sont développés, les dispositifs d'apprentissage offrent en effet la possibilité de comprendre et de développer la compréhension des informations et les prises de décision des personnes dans la gestion de leur maladie, en interaction avec les professionnels de santé (Nutbeam, 2008 ; Osborne, 2015 ; Balcou-Debussche, 2016).

### 2.2.2 Le Centre des diabétiques

Suite aux recommandations du *National Service Framework for Diabetes* et de l'*International Advisory on diabetes*, un centre spécialisé dans la lutte contre le diabète a vu le jour, dans le sud de l'île. Dans ce centre, est mise en œuvre la politique de prévention en ce qui concerne le diabète, l'obésité et l'hypertension<sup>49</sup>.

Nous avons réalisé deux visites dans cet hôpital, spécialisé dans le domaine cardiovasculaire et dans le diabète. Les observations menées *in situ* nous ont permis de mieux comprendre comment les patients diabétiques sont pris en charge, à travers un scénario assez semblable à ce que nous avons eu l'occasion d'observer dans d'autres hôpitaux/dispensaires (où nous étions présente en tant que patiente ou accompagnatrice d'une personne malade). Le modèle dominant reste plutôt prescriptif et transmissif : le médecin parle et le patient écoute. La plupart du temps, les interactions entre médecin et patient sont absentes : seul le médecin parle, alors que le patient ne fait que répondre par l'affirmative. Le médecin donne des instructions, mais en lien avec le nombre important de patients qui attendent à être vus, il n'a pas le temps de vérifier si le patient a bien compris ses instructions. Dans certains cas et pour certains patients, le médecin les réfère

---

49 Source : Express.mu (2010). Prévention du diabète : Un centre spécialisé opérationnel à l'hôpital de Souillac. En ligne : <https://www.lexpress.mu/article/pr%C3%A9vention-du-diab%C3%A8te-un-centre-sp%C3%A9cialis%C3%A9-op%C3%A9rationnel-%C3%A0-%E2%80%99h%C3%B4pital-de-souillac>

## Cadre d'analyse

aux infirmières spécialisées dans les soins de pieds diabétiques, notamment lorsque ces derniers présentent des plaies ou des ulcères aux pieds.

Une rencontre avec l'officier en charge de l'hôpital nous a donné l'occasion d'éclaircir quelques zones d'ombre : « L'éducation des patients », le terme utilisé par notre interlocuteur, n'est pas réalisée pendant les heures de consultation, mais les médecins et infirmières répondent volontiers aux questions des patients s'ils en ont. Une fois par semaine, une « causerie » est organisée : cette session est optionnelle, en groupe, pour les patients diabétiques. La perspective consiste à les informer sur différents sujets, afin de les aider à mieux gérer leur maladie et éviter les complications causées par le diabète. Cette session d'information est dispensée par des infirmières spécialisées et le diabétologue : interactive, elle varie entre une à deux heures, ce qui permet ainsi aux patients de poser des questions.

Des rencontres informelles avec quelques patients dans la salle d'attente font également surgir d'autres informations et questionnements. Souvent, bien qu'ils aient déjà été vus par le médecin, des patients attendent afin d'assister à la session d'information qui va avoir lieu l'après-midi : ils sont prêts à attendre jusqu'à deux heures pour y assister. Lors de nos observations, nous avons remarqué que la plupart étaient des personnes retraitées : puisqu'ils sont déjà là pour des suivis, ils en profitent pour assister à la causerie, car ils ne veulent pas se déplacer pour venir uniquement pour cette « causerie ». Pourtant, ceux que nous avons rencontrés habitent tous dans le sud, à quelques kilomètres du centre. A l'hôpital, nous avons vu 15 patients diabétiques : ils avaient tous des rendez-vous pour des suivis : parmi eux, 10 hommes et 5 femmes, âgés entre 44 et 84 ans, d'un âge moyen de 63 ans ; 7 personnes étaient professionnellement actives et les 8 restants en retraite. S'agissant de leur niveau de scolarité, 3 n'ont jamais été à l'école, 7 n'ont réalisé que le cursus primaire et 5 ont fréquenté des collèges (établissement secondaires).

Nous avons pu investiguer succinctement les représentations de ces personnes. Quand nous leur avons demandé la/les raison(s) qui a/ont causé leur diabète, la majorité a fait allusion à un excès de sucre/glucose. Une personne a affirmé que le diabète n'est pas causé par un excès de sucre parce que dans sa famille, ils sont tous diabétiques (son épouse et son fils) : comme ils disent qu'ils en consomment très peu, pour cette personne le diabète est causé par d'autres facteurs « qu'on ne sait pas trop ».

## Cadre d'analyse

*« Dans la famille, on est tous diabétiques, moi, mon épouse et aussi mon fils, qui est jeune, il a 38 ans. Pourtant on ne consomme pas du sucre en abondance, la raison pour laquelle je pense que c'est pas le sucre qui cause le diabète mais il y d'autres choses... »*

Un autre patient avance que c'est un mauvais sort qui est tombé sur lui, avec des malédictions qui sont tombées du ciel. Un autre pense que c'est peut-être de la magie noire qu'on lui a fait, pour qu'il contracte le diabète.

*« Non non, ce n'est pas du sucre, vous savez comment sont les gens, dès fois ces sont des proches qui vont chez des sorciers pour nous jeter des sorts comme ça »*

Un autre patient pense qu'il fallait consommer plus de sucre roux, au lieu du sucre blanc raffiné : pour lui, on ne risque pas de souffrir du diabète si on privilégie la consommation du sucre roux de la canne, aussi appelé « cassonade ».

*« Depuis que je sais que je suis diabétique, je ne consomme plus le sucre blanc mais je consomme sucre roux qui n'augmente pas le glucose dans notre sang. »*

Une autre représentation très commune de patients diabétiques est que le diabète est héréditaire. Ils avancent qu'ils souffrent du diabète parce que leurs parents et grands-parents étaient aussi diabétiques. Quand nous leur avons demandé s'ils prennent désormais plus des précautions pour qu'ils ne contractent pas le diabète comme les autres membres de la famille, ils ont été, pour la plupart d'entre eux, assez fatalistes : ils pensent qu'ils auront le diabète tôt ou tard dans leur vie, dès lors ce n'est pas la peine de s'en soucier.

Certains patients diabétiques nous ont fait part que le diabète n'est pas vraiment un désastre car dans toutes les familles, dans chaque maison, des gens sont diabétiques : ils sont d'avis que ce n'est pas si inquiétant que cela, quand on est diabétique.

### 2.2.3 L'exploration du HLQ auprès de 32 personnes diabétiques

A notre connaissance, il n'existe aucune donnée sur les profils de littératie en santé à l'île Maurice : c'est pourquoi nous avons testé la version française du questionnaire HLQ auprès de 32 personnes diabétiques de type 2. Ce premier test réalisé auprès des patients diabétiques visait ainsi à interroger la pertinence du questionnaire HLQ dans le contexte mauricien, en vue de répondre aux besoins spécifiques en matière de littératie en santé d'une population que nous considérons comme vulnérabilisée par la maladie chronique.

Pour rappel (voir Chapitre 1, page 35-39), le questionnaire est composé de 9 échelles en 2 parties. La 1ère partie propose 5 échelles (score de 1 à 4 : Pas du tout d'accord, Pas d'accord, D'accord, Tout à fait d'accord) : 1) se sentir soutenu et compris par les professionnels de santé ; 2) disposer d'informations suffisantes pour gérer sa santé ; 3) gérer activement sa santé ; 4) disposer de soutien social pour sa santé et 5) évaluer l'information en santé. La 2ème partie propose 4 échelles scorées de 1 à 5 (Impossible ou toujours difficile, généralement difficile, parfois difficile, généralement facile, toujours facile) : 6) capacité à s'engager activement avec les professionnels de santé ; 7) navigation dans le système de santé ; 8) aptitude à trouver des informations en santé de bonne qualité et 9) compréhension suffisante de l'information pour savoir ce qu'il faut faire (Tableau 1).

Durant cette phase exploratoire, nous avons eu recours à la version française du questionnaire HLQ. Nous avons dû aider certains participants qui étaient en difficulté pour le remplissage des questionnaires, si bien que le temps de passation a varié entre 20 à 45 minutes. Nous avons souvent paraphrasé, par oral, les questions en créole mauricien car certains participants n'étaient pas à l'aise dans la compréhension du français. Ils ont souvent eu l'impression que nous posions la même question plus d'une fois : nous avons donc expliqué les différences entre les questions en nous appuyant sur des exemples, ainsi que nous le présentons ci-après :

## Cadre d'analyse

➤ Question 1 versus Question 10 :

1. Je pense avoir des bonnes informations sur la santé

10. J'ai assez d'informations pour faire face à mes problèmes de santé.

➤ Question 4 versus Question 12

4. Je compare les informations sur la santé qui viennent de différentes sources

12. Je compare toujours les informations sur la santé à partir de différentes sources et je décide ce qui est le mieux pour moi.

Dans la plupart des cas, les participants qui ont été scolarisés (au collège et/ou à l'université) ont rempli les questionnaires sans aide de notre part. Ils nous ont signalé qu'ils n'ont pas l'habitude de remplir des questionnaires en français, et ont avancé l'argument que toutes les fois qu'ils sont amenés à répondre à des questionnaires, c'est en anglais ou en créole mauricien. Ils n'ont pas vraiment évoqué de difficultés de compréhension, mais plutôt une préférence pour les questionnaires qui sont en anglais ou créole plutôt qu'en français. Certains répondants ont aussi mentionné que le questionnaire est long et coûteux en temps. De ce fait, tout le monde n'était pas nécessairement motivé pour remplir le questionnaire HLQ en entier : quatre d'entre eux n'ont rempli qu'une partie. Les raisons évoquées étaient liées à la nécessité de partir, soit pour retourner sur leur lieu de travail, pour s'occuper de la maison, du ménage, se préparer à manger ou s'occuper des enfants.

## Cadre d'analyse

Les données sociodémographiques de l'échantillon sont présentées dans le tableau suivant (Tableau 3) :

Tranche d'âge	Nombre	Sexe	Nombre	Urbain/Rural	Nombre	Niveau Scolaire	Nombre	Aide au remplissage (Nombre)
34-44	2	Homme	17	Urbain	8	Primaire	18	22
45-54	6	Femme	15	Rural	23	Collège	10	
55-64	10			Manquant	1	Université	4	
65+	13							
Manquant	1							

Tableau 3. Profils sociodémographiques (N=32).

Parmi les 32 participants, 18 ont un niveau d'éducation primaire et 24 résident en région rurale. 22 d'entre eux ont eu recours à une aide pour le remplissage du questionnaire.

L'analyse des questionnaires HLQ donne les résultats suivants pour les 9 domaines (Figure 14 et Figure 15) :

## Cadre d'analyse

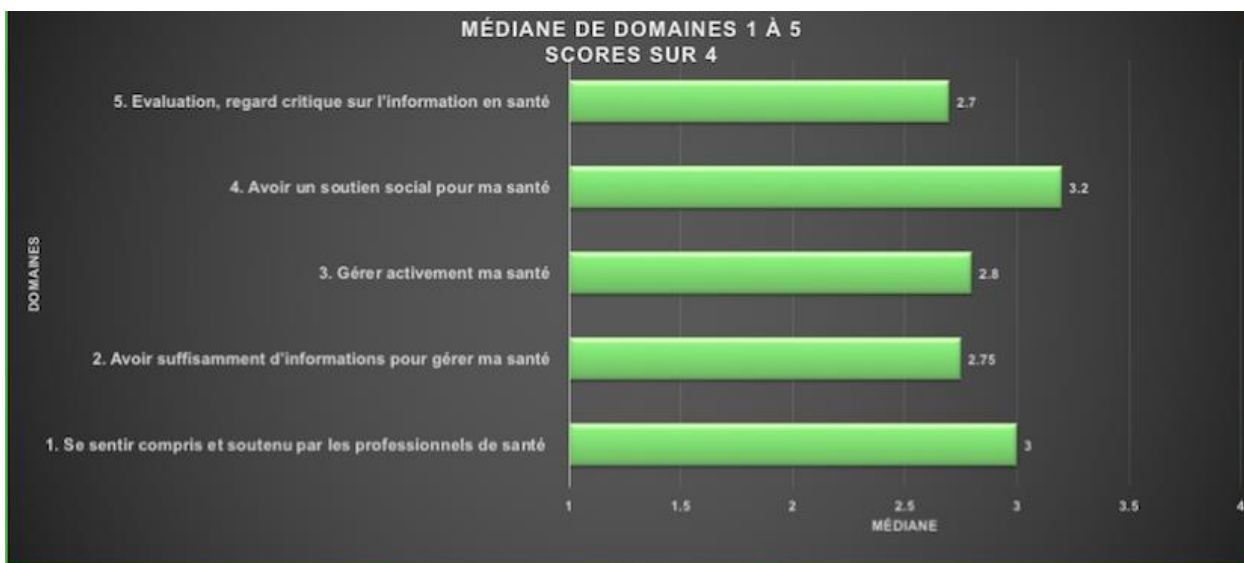


Figure 14. HLQ Domaines 1-5 (N=32)

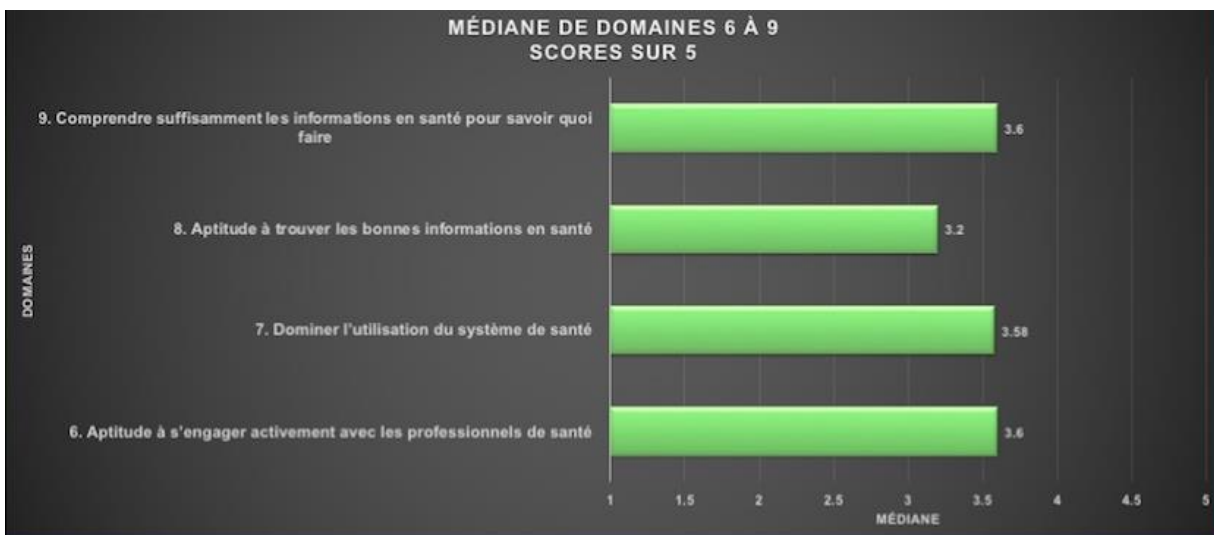


Figure 15. HLQ Domaines 6-9 (N=32).

Dans cet échantillon, les plus grandes difficultés ont été observées au niveau des informations en santé (en avoir suffisamment, les évaluer, être en capacité de les trouver) alors que les points forts sont situés dans deux domaines : au niveau d'une bonne relation avec les professionnels de santé et les services (se sentir soutenu et compris, s'engager, naviguer), ainsi qu'au niveau d'un très bon soutien social.

## 2.3 Éléments de problématisation

Dans la précédente partie, nous avons cherché à montrer comment notre partie exploratoire nous a amenée à interroger la littérature en santé selon deux approches que nous considérons désormais comme complémentaires : 1- une approche quantitative explorée à travers la passation du HLQ ; 2- une perspective qualitative qui nous a conduite à mener quelque entretien et des observations de situations éducatives en ETP.

Notre travail exploratoire nous a aussi amenée à découvrir le monde des personnes malades chroniques à l'île Maurice, accueillies pour des soins en structure spécialisée et pour la plupart d'entre eux adultes, le plus souvent chargés de famille. Il nous a aussi montré les difficultés et la fragilité du travail éducatif d'ensemble : les personnes malades qui ne se sentent pas bien se désistent des séances éducatives au dernier moment ; certaines d'entre elles n'ont pas les moyens de se déplacer pour poursuivre le travail éducatif ; la présence du chercheur n'est pas toujours simple à faire valoir, en présence de personnes qui ont besoin d'attention et de soins.

C'est donc en prenant appui sur les atouts et les limites de ce travail exploratoire que notre projet se précise, en interrogeant désormais la pertinence d'une étude de la littérature en santé dans un cadre différent : celui de l'université dans laquelle nous travaillons en tant qu'enseignante, et dans laquelle nous ambitionnons de nous positionner aussi en tant que chercheur.e. Tout en restant inscrit dans le contexte mauricien, le développement de ce projet nous oblige cependant à opérer un glissement : celui du passage du monde des personnes malades chroniques à celui du monde des étudiants, jeunes adultes, *a priori* "en santé". C'est pourquoi nous analysons ci-après les arguments qui viennent soutenir cette orientation, tant du côté de sa potentielle inscription parmi d'autres études menées à l'international que du côté de la faisabilité du recueil des données et de leurs analyses.



### 2.3.1 Le choix du terrain de la recherche

Les universités sont des environnements potentiels clés pour promouvoir la santé (*Australian Commission on Safety and Quality in Health Care*, 2013 ; Kickbusch et al., 2013). En conséquence, il est important de pouvoir mesurer d'une façon robuste la LS des étudiants d'institutions tertiaires (Storey et al., 2020). À l'université, les étudiants sont dans une période de transition de l'adolescence à l'adulte : ils passent moins de temps à la maison et ils dépendent également moins de leurs parents pour prendre des décisions en matière de santé (Liou et Lu, 2006). En identifiant les lacunes dans la LS des étudiants, les universités peuvent les encadrer par rapport à leur santé et bien-être (Liou et Lu, 2006 ; (Vamos et al., 2016) : elles peuvent donc prendre des mesures préventives en matière de santé, en perspective d'un bénéfice dans les études et d'une meilleure santé de ces étudiants sur le long terme.

Plusieurs universités étrangères ont déjà commencé à explorer les compétences en LS de leurs étudiants (Zhang et al., 2016 ; Vamos et al., 2016). Certains travaux qui sous-tendent l'initiative d'investiguer la LS des étudiants à l'université ont démontré que les étudiants ont un "faible niveau" de LS (Ickes et Cottrell, 2010 ; Vamos et al., 2016 ; Evans et al., 2019). Des études menées dans le milieu universitaire (Budhathoki et al. (2018) ; Holt et al. (2020) ; Mullan et al., 2017) ont démontré que les étudiants ont des profils en LS assez variés : il semble qu'en moyenne, les atouts se situent plutôt au niveau du soutien social et que les besoins se font ressentir au niveau de la navigation dans les systèmes de santé. À ce jour, le concept de la LS n'est pas exploré à l'île Maurice et encore moins dans les institutions tertiaires : l'orientation de notre étude va donc permettre de déterminer, pour la première fois, les profils de LS d'un ensemble donné d'étudiants inscrits dans une université mauricienne.

Notre université publique fonctionne sous la tutelle du Ministère de l'éducation de l'île Maurice, en partenariat avec l'Université de Limoges, France. Elle comprend deux campus qui accueillent une population de 1500 étudiants environ. Les formations sont dispensées à plein-temps, à temps partiel et en alternance dans les domaines d'ingénierie, gestion, comptabilité, banking et informatique, aux niveaux licence et master.

## Cadre d'analyse

Etant enseignante à temps complet dans cette université, nous considérons que notre recueil de données peut être facilité du fait de la proximité que nous avons déjà avec nos étudiants. Nous connaissons l'environnement général, ainsi que les formateurs qui s'adressent à nos étudiants et que nous pouvons donc solliciter pour venir en appui à notre travail. L'orientation que nous donnons désormais à notre recherche nous permet enfin d'envisager un possible impact de notre recherche sur nos étudiants et formateurs, ce qui constitue *a priori* une plus-value pour l'Université qui nous permet par ailleurs de mener à bien notre travail scientifique. Cependant, nous avons conscience que ce choix présente aussi des limites, ce que nous analysons dans les développements qui suivent.

## 2.4 Retenir la R-I à l'Université ?

Le choix de ce terrain de recherche nous invite à situer notre travail de thèse par rapport à la R-I, dont nous avons déjà exploré les contours dans l'ouvrage de Jean-François Marcel qui considère que la recherche-intervention « *constitue un des enjeux majeurs pour le devenir des sciences de l'éducation en France* » (Marcel, 2016) ; cette réflexion est amorcée dans la partie « *Caractériser la démarche de recherche-intervention* » (Marcel, 2016, pp. 9-21).

### 2.4.1 Demande et/ou commande

L'Université au sein de laquelle nous travaillons, et où nous réalisons notre recueil de données, n'a pas effectué de demande spécifique. En l'absence de commande émanant de l'organisation, notre recherche n'est donc pas liée à la structure par un contrat ou une obligation de restitution des résultats. C'est une recherche-intervention au cœur d'un problème sociétal, qui relève d'une auto-saisine, une initiative que nous avons prise en tant que doctorante après la phase exploratoire et d'expérimentation, afin de répondre à nos questions de recherche. Cette thèse n'a pas été liée à la formalisation d'une commande ayant fait l'objet d'un paiement.

Pour que la recherche-intervention relative à notre sujet de thèse puisse aboutir, il nous a fallu une autorisation de la direction de l'Université. Cette autorisation était formelle, mais implicite : elle nous a permis d'accéder à l'espace de l'Université pour déployer la recherche. En l'absence

## Cadre d'analyse

d'un contrat/demande explicite et d'un cahier des charges, nous avons donc bénéficié d'une certaine flexibilité en termes d'organisation des interventions, composition, régulation, adaptation et ajustements pour mener ce projet de recherche-intervention.

### 2.4.2 La question des langues

Différentes langues sont mobilisées dans le cadre de cette thèse, ce qui est plutôt facilité par la relative familiarité des mauriciens à "circuler" d'une langue à une autre (Sonck, 2005).

- La chercheure et les participants maîtrisent l'anglais et le français et la langue maternelle de tous les acteurs est le créole mauricien.
- Le livret didactique NA est écrit en Français et les éducateurs en santé/médecins oscillent, à l'oral, entre l'anglais, le français et le créole durant les sessions éducatives.
- Les demandes formelles sont toutes adressées en Anglais car c'est la langue officielle du pays.
- Les questionnaires HLQ fut proposés en Anglais et également en Français.
- Les entretiens sont menés en créole, ce qui permet aux participants d'être à l'aise et de s'exprimer aisément.
- Les sessions d'éducation transcrites en créole demandent à être traduites en Français, à des fins d'analyse et d'interprétation.
- Des communications scientifiques (colloques, écriture d'articles et posters) qui reposent sur la thèse sont effectuées en anglais et en français.
- Finalement la rédaction du rapport de thèse est en français.

### 2.4.3 La dimension éthique

Notre double appartenance, à la fois en tant que chercheuse qui a choisi son Université comme terrain de recherche (pour rappel, nous sommes également enseignante au sein de cette organisation), peut soulever des questions de posture. La question se pose d'autant que les participants à cette recherche sont des personnes que nous côtoyons dans notre quotidien, ce qui peut remettre en question l'équilibre proximité/distanciation dans la validité et la rigueur de nos résultats de recherche.

Pour autant, nous considérons ici que cette familiarité et proximité avec notre terrain de recherche constituent plutôt un atout. En effet, les sessions d'éducation en santé sont organisées avec la collaboration des participants et les autres acteurs de l'institution, ce qui permet un certain engagement de ces derniers. Cette proximité et familiarité contribuent à motiver les étudiants pour participer à l'étude : elles permettent aussi une certaine confiance et aisance dans les entretiens.

Malgré cette proximité avec les participants, nous adoptons une posture distanciée dans les contextes qui requièrent une telle position. Les participants sont au courant de la recherche en cours, mais durant les sessions d'éducation en santé, nous sommes présente uniquement en tant qu'observatrice. Notre participation est passive, sans aucune interférence dans le processus d'enseignement-apprentissage, la durée des sessions ou les thématiques abordées. Nous n'intervenons jamais dans les discussions entre éducatrices en santé et participants.

### 2.4.4 La restitution des résultats

Marcel (2016) souligne l'importance de la restitution en recherche-intervention, laquelle ne se limite pas à la présentation de résultats. La restitution va au-delà des résultats : c'est la production de connaissances qui sont soumises à des exigences scientifiques, avec des savoirs en forme de recommandations qui peuvent contribuer à une transformation visant une certaine efficacité.

## Cadre d'analyse

En l'absence d'un contrat avec l'institution, la restitution de l'ensemble de la démarche dans le cadre de cette thèse est le rapport de la thèse à soumettre, avec la soutenance au sein de l'école doctorale. Ce rapport de thèse ne nécessitera pas d'être traduit pour le monde social concerné par ce sujet de thèse puisque les administrateurs à la direction de l'Université, destinataires de ce rapport de thèse, relèvent du monde académique. De ce fait, nous pensons qu'il sera recevable dans le format et le langage dans lequel il est écrit.

## 2.5 Explorer la triangulation des analyses

Afin d'affiner et solidifier notre projet, et avant de structurer notre recueil de données, nous sommes interrogée sur les possibles façons de maîtriser, voire minimiser la subjectivité du chercheur car elle « *est considérée comme un danger d'introduire un biais et, par-là, de menacer le caractère scientifique d'une enquête* » (Kohn et Christiaens, 2014, p. 75). Dans un premier temps, pour assurer au mieux la validité et la pertinence de nos analyses, nous avons eu recours à une triangulation du codage en travaillant à partir d'un extrait d'une session d'éducation en santé menée en français. Selon Drapeau (2004), il est possible d'assurer une meilleure validité interne en vérifiant la crédibilité des informations à travers la triangulation. Nous avons donc sollicité deux collègues du laboratoire qui travaillent sur des thématiques très proches des nôtres, et nous leur avons demandé de coder l'extrait de l'intervention éducative (en français) de façon totalement indépendante. Bien que nos deux autres collègues chercheuses mènent des recherches sur des axes qui sont en forte proximité avec nos travaux, elles sont totalement extérieures à la recherche menée dans le cadre de cette thèse. Une telle précaution est d'ailleurs vivement préconisée par Huberman et Miles (1991).

Parmi les sessions, nous avons retenu quelques transcriptions significantes, que nous avons codées pour pouvoir mener une analyse thématique par les deux chercheurs-experts référents dans le domaine, en vue de garantir au mieux la neutralité et la validité de notre travail. À tout moment, en cas de zones d'ombre dans le processus relatif à la recherche et/ou à l'intervention, nous avons validé notre travail avec celui des deux autres chercheurs-experts du domaine pour assurer la solidité de nos approches, notamment en ce qui concerne les voies d'analyse et les interprétations de résultats. En termes de travail commun de codage, nous nous sommes

## **Cadre d'analyse**

appuyées sur la grille (Tableau 4) déjà établie à partir de nombreux travaux de recherche dans le domaine de la LS (Ballet, 2016 ; Caroupin et Ballet, 2017 ; Balcou-Debussche, 2016). C'est ainsi que nous avons pu coder, chacune de notre côté, un extrait de 10-15 minutes d'une session d'éducation qui fait partie du cycle éducatif « nids d'apprentissage ».

Pour chacune des premières catégories, 2 sous- catégories sont créées : 1- en contexte (en dehors du contexte de la séance en ETP - familial, professionnel, voisinage, corps médical, réseaux etc.) ; 2- en séance éducative (soit un contexte particulier).

## Cadre d'analyse

Catégories	En contexte	En séance
<p><u>Accès à l'information</u></p> <p>Énoncés en relation avec l'accès à l'information en situation (compréhension des consignes, des repères sur un outil pédagogique, des tâches, de la progression de la situation)</p>	<p><u>Accès à l'information dans tout contexte (familial, professionnel, voisinage, etc.), en dehors de la séance d'ETP</u></p> <p>Réception de l'information sans l'analyser ou la critiquer par <u>l'apprenant</u>. L'apprenant recherche une information, il cherche à avoir accès.</p> <p><u>Le formateur</u> apporte l'information ou tout au moins questionne l'apprenant sur l'accès qu'il en a, en lien avec son cadre de vie.</p>	<p><u>Accès à l'information dans un contexte particulier : la séance d'ETP.</u></p> <p>Vis-à-vis de la tâche à réaliser, comment <u>l'apprenant</u> la comprend-il pour la faire ? Quelles questions pose-t-il pour la réaliser ? Exemples : il demande un éclaircissement de la consigne ; il répond aux questions du formateur, il sait/ne sait pas.</p> <p>Concerne aussi tout ce que <u>le formateur</u> donne comme information pour réaliser la tâche, savoir ce qu'il y a à faire.</p> <p>Le formateur questionne aussi l'apprenant sur des éléments précis, liés au déroulement de la séance elle-même.</p>
<p><u>Compréhension</u></p> <p>Énoncés en lien avec les appropriations de savoirs et les résultats attendus dans chaque séance.</p> <p>Questions ouvrant sur un processus de compréhension.</p>	<p><u>Compréhension relative à tout contexte, en dehors de la séance d'ETP</u></p> <p>Tout ce que <u>l'apprenant</u> a compris avant d'être en séance d'ETP.</p> <p>Tout ce qui rend compte de l'intégration des savoirs par l'apprenant, en <b>relation</b> avec ce qu'il pratique.</p> <p>Le <i>formateur</i> pose la question de compréhension</p>	<p><u>Compréhension dans un contexte particulier : en séance d'ETP</u></p> <p>Prise en compte d'un processus de compréhension par <u>l'apprenant</u>.</p> <p>Plusieurs cas possibles de compréhension :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A compris ;</li> <li>2. N'a pas compris ;</li> </ol>

## Cadre d'analyse

	<p>des nouvelles informations par rapport aux connaissances antérieures de l'apprenant.</p>	<p>3. A compris en partie [il dit qu'il n'a pas tout compris] ;</p> <p>4. A compris "à côté". L'apprenant pointe quelque chose, il n'est pas vraiment en mesure de l'explicitier, c'est encore un peu flou.</p> <p>Le <u>formateur</u> pose une question pour aider à la compréhension du patient, ou dit ce qu'il a compris du discours des apprenants. Il favorise l'apprentissage en posant des questions en lien avec les savoirs.</p>
<p><u>Prise de décision</u></p> <p>Énoncés en lien avec la décision d'actions / d'activités en faveur de la santé.</p>	<p><u>Prise de décision en contexte (en dehors de la séance d'ETP, ou qui tient compte du contexte "ordinaire")</u></p> <p>Ce que <u>l'apprenant</u> expose, explique...</p> <p>Les décisions qu'il a déjà prises avant d'être dans la séance d'ETP, en lien avec sa maladie (les habitudes qu'il a changées avant de venir en séance).</p> <p><i>Contextualisation faite en séance :</i></p> <p>L'apprenant prend une décision pendant la séance mais cette décision est contextualisée.</p> <p>Le <u>formateur</u> demande si des décisions ont été prises</p>	<p><u>Prise de décision dans un contexte particulier : en séance d'ETP</u></p> <p>Quand <u>l'apprenant</u> est sur le point de..., ou bien a décidé de pratiquer quelque chose de différent dans sa vie, au moment « t » de la séance.</p> <p>Le <u>formateur</u> demande, incite si des décisions sont à prendre ? Comment ? En prenant en compte quelles conditions ? Il réajuste et peut conseiller.</p>



## Cadre d'analyse

	? Comment ? En prenant compte quelles conditions ? Il réajuste et peut conseiller.	
--	--	--

Tableau 4. Grille utilisée pour une triangulation du codage de dimensions de la LS.

Suite à cette 1<sup>ère</sup> étape, nous avons confronté les résultats de nos codages communs. La perspective était d'analyser nos façons de procéder, mais aussi d'aboutir à un consensus afin de « stabiliser » les résultats de notre analyse commune. A cet effet, les 3 résultats des 3 chercheur.es sont représentés dans les graphiques suivants (Figure 16 et Figure 17).

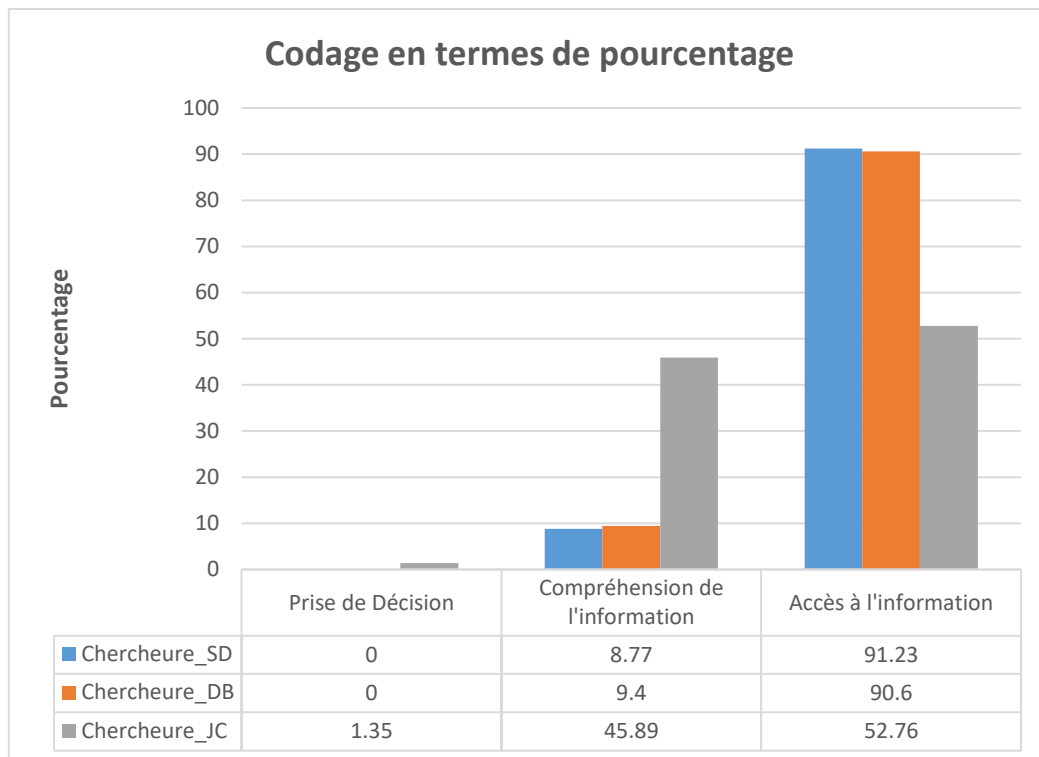


Figure 16. Codage des 3 chercheur.es, représentés en termes de pourcentage.

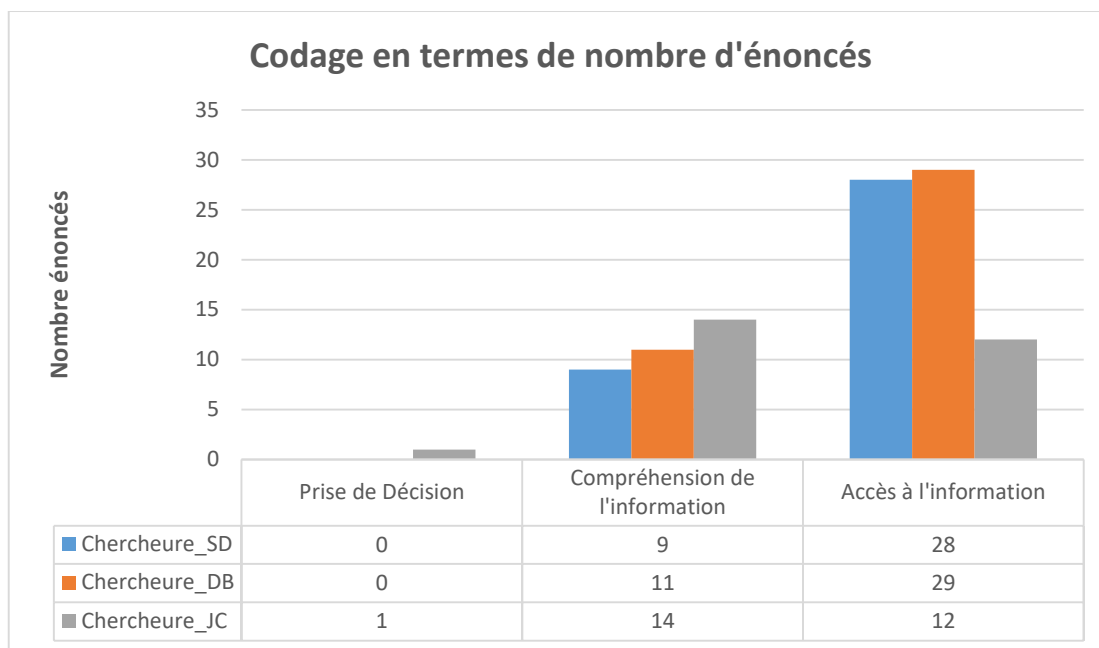


Figure 17. Codage en termes de nombre d'énoncés.

Que ce soit à partir du nombre d'énoncés (Figure 16) ou du pourcentage des extraits dans chaque thématique (Figure 17), dans cette analyse différenciée de données communes, nous observons, dans les trois domaines de la LS, que les codages de deux des chercheur.e.s sont très proches : elles sont toutes deux d'accord avec le fait que la dimension « prise de décision » n'est quasiment pas travaillée dans l'extrait de la situation d'apprentissage. Elles estiment toutes deux qu'une grande proportion des interactions se concentre sur la compréhension et l'accès à l'information en santé : en termes de pourcentages, la différence n'est que de 0.63% (au niveau du codage de ces deux dimensions). En revanche, l'analyse de notre 2<sup>nd</sup>e collègue souligne sa façon différente de comprendre les discours tenus en situation, et donc les résultats qui en découlent. Face à cette situation, nous avons donc remis en perspective nos analyses conjointes en confrontant nos divergences et nos intersubjectivités : nous avons repris les énoncés et grâce à nos échanges, nous avons pu stabiliser des codages plus convergents, en vue d'une analyse fiable et valide de nos données qualitatives. C'est à partir de cette expérience stimulante que nous avons pu nous engager dans les analyses des discours recueillis dans le cadre de notre propre recherche doctorale.

## 2.6 Problématique et hypothèses

Durant la phase exploratoire, différentes expérimentations et observations nous ont permis de nous confronter à certaines réalités sur le terrain, ce qui nous a amenée à nous interroger sur plusieurs points :

- Quelle entrée privilégier dans un scénario qui intègre le projet d'une culture d'éducation en santé au sein d'une Université publique qui offre des formations en ingénierie, informatique et gestion, en perspective d'améliorer le niveau de littératie en santé des étudiants ?
- Quelle posture adopter dans les dispositifs d'éducation en santé en tant que notre rôle pluriel, celui d'une chercheuse au sein d'une structure où nous sommes nous-même enseignante, ce qui suppose une certaine proximité avec les acteurs (principalement les étudiants) que nous côtoyons au quotidien et qui vont avoir une participation collaborative dans la recherche en cours ?
- Quelle est la démarche la plus appropriée pour atteindre deux visées principales de notre thèse, la dimension heuristique et la dimension praxéologique ?

Le moment est venu d'affiner nos choix et orientations en montrant comment la construction de notre cadre théorique et l'analyse de nos données exploratoires nous permettent désormais de construire notre recherche, autour des principaux ancrages suivants.

## 2.6.1 Le contexte de la recherche

- Nous considérons ici que la réussite éducative est l'une des priorités dans n'importe quel établissement scolaire, mais face aux statistiques sur l'état de la santé de notre population (Ministry of Health and Quality of Life, 2015), nous réalisons aussi qu'il nous faut nous préoccuper de la santé des étudiants qui nous sont confiés au sein de notre université. Dans quelques années, nos étudiants seront potentiellement parents et responsables de familles, d'où cette volonté d'interroger les conditions qui permettent de faciliter l'acquisition de capacités en LS, à travers la mobilisation de nos institutions et de diverses structures éducatives en santé.
- L'analyse des écrits disponibles nous démontre que jusqu'ici toutes les mesures et stratégies adoptées au niveau national se présentent sous forme de campagnes de sensibilisation, basées sur des transmissions d'informations (*Health Talks*) et des restrictions de vente de certains produits alimentaires considérés comme néfastes pour la santé dans le milieu scolaire (Musango, Timol et al. , 2020; Kassean, 2012; Chan Sun et Jeetun, 2012). Le rapport national "Health Sector Strategy" pour les années 2017-2021 énumère différentes stratégies pour avoir une population en bonne santé et une meilleure qualité de vie : "*Health education programs in schools contribute to the protection and promotion of the health of children with a view to preventing health problems later in lives. The Ministry of Health and Quality of Life sustains the implementation of a comprehensive quality school health program in pre-primary, primary and secondary schools to prevent morbidity, premature mortality and disability due to both communicable and non-communicable diseases.*" (Ministry of Health and Quality of Life, p. 24) . En nous référant à ce rapport, nous faisons le choix d'interroger les conditions du développement de la littératie en santé chez des étudiants à qui nous proposons un ensemble de situations éducatives que la présente recherche permet d'analyser et de soumettre à la communauté scientifique et professionnelle.

## Cadre d'analyse

- Tout en nous appuyant sur les travaux antérieurs réalisés autour des “nids d'apprentissage (voir Chapitre 1, page 42-44), nous proposons ici une recherche qui présente plusieurs particularités :

→ Une déclinaison sur le terrain Mauricien ;

→ Un apport de données nouvelles dans un cadre de promotion de la santé, à l'Université, auprès d'étudiants : c'est un levier pour la promotion de la santé ; cela représente un impact social potentiel au niveau des familles ; c'est le terrain qui va permettre le bon déroulement de la recherche, du fait de notre connaissance des ressources humaines et matérielles, de sa familiarité et de sa proximité.

→ Une approche qui puise dans les connaissances en santé publique (les liens entre la LS et l'état de santé des individus ; les différents outils de mesure ; la LS perçue comme un « risque » à mesurer ou un atout à développer...) et en sciences de l'éducation et de la formation (l'intervention éducative ; les situations d'apprentissage en éducation thérapeutique et en éducation à la santé ; la prise en compte du contexte « ordinaire »...).

→ Un projet qui s'inscrit, non pas dans une perspective de mesure d'un risque pour la santé des individus, mais dans un travail de développement de la LS en considérant le « déjà là » chez tous les individus. Il s'agit aussi d'une première approche de l'impact des nids d'apprentissage avec une population jeune, en santé.

### 2.6.2 Les choix méthodologiques

Compte tenu de l'orientation scientifique de notre thèse, nous retenons la définition de la recherche-intervention de Jean-François Marcel (2016) qui met en avant la recherche-intervention (R-I) comme « *l'outil privilégié de la réconciliation entre les sciences de*

## Cadre d'analyse

*l'éducation et la demande sociale* ». La R-I est alors définie « *comme une démarche en lien avec une demande sociale, formalisée à des degrés divers...* » (Marcel, 2015, p. 15). Dans cette démarche, les deux niveaux, la recherche et l'intervention, préservent leur autonomie malgré un certain degré d'interdépendance.

L'espace mis en place dans une démarche de recherche-intervention est décrit par Marcel (2016) en tant que tiers-espace-socio-scientifique, illustré par le schéma suivant (Figure 18) :

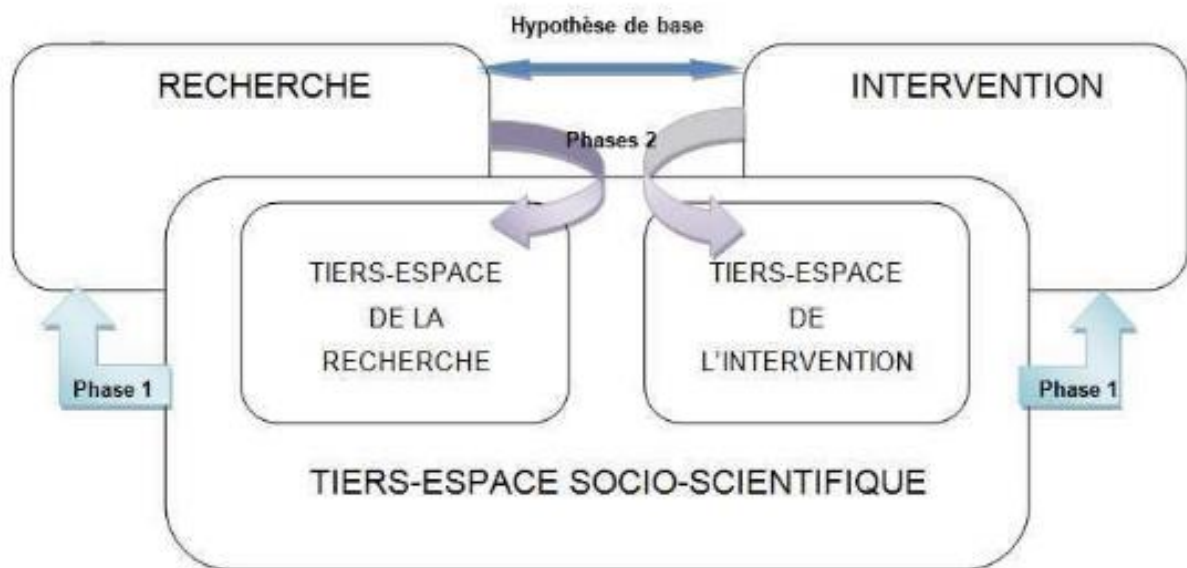


Figure 18. Tiers-espace socio-scientifique.

Le schéma met en exergue les deux variantes de la démarche (la recherche et l'intervention), ce que Marcel (2010) réfère respectivement comme « la recherche sur » et « la recherche pour » : ces deux variantes s'enrichissent réciproquement. Marcel fait aussi ressortir que, pour que « *la mise en relation puisse avoir lieu, sont nécessaires simultanément un projet scientifique cohérent et consistant, une demande sociale...* » (Marcel, 2010, p. 15). Il précise également que « *cet espace ne relève pas d'une génération spontanée, il faut le construire, l'installer et le faire vivre et reconnaître* » (Marcel, 2010, p. 15).

## Cadre d'analyse

En prenant appui sur ces travaux, nous retenons le principe d'une articulation de la recherche et de l'intervention, où la recherche alimente l'intervention et vice-versa. Il est important d'articuler ces deux sphères pour préserver l'autonomie de chacune d'elles. Notre recherche doctorale ne s'inscrit donc pas dans la « recherche-action » telle que décrite par Barbier (1996), Crézé et Liu (2006), Mesnier et Misotte (2003) ou Monceau (2005). En mettant en place et en interrogeant le processus de Recherche-Intervention au sein de notre Université, les étudiants sont susceptibles d'acquérir progressivement de nouveaux savoirs et compétences ; quant aux formateurs, ils sont susceptibles d'en apprécier la pertinence.

Tout en puisant dans l'approche R-I, notre recherche retient aussi une approche quantitative, y compris en utilisant le HLQ comme outil de mesure, du fait de sa robustesse et de sa disponibilité en anglais et en français (voir Chapitre 1, page 35-39). Le questionnaire multidimensionnel et psychométrique, développé par l'équipe du Pr. Osborne, de l'Université Swinburne a été élaboré selon une méthodologie exigeante (Osborne et *al.*, 2013).

S'agissant du recueil des données qualitatives, nous proposons de réaliser les entretiens à partir de la grille Diabète Littératie Santé (DLS), élaborée par des chercheurs en Sciences Humaines et Sociales à partir d'une analyse fine des entretiens de 42 personnes diabétiques de type 2 (Balcou-Debussche, 2016). L'approche qualitative de la LS sera également travaillée à travers l'observation des situations éducatives. La recherche qualitative conçoit « la réalité comme une construction humaine, reconnaît la subjectivité comme étant au cœur de la vie sociale et conçoit son objet en terme d'action-signification des acteurs » (Mukamurera et *al.*, 2006, p.111). Paillé et Muchielli (2003) invitent d'ailleurs les chercheurs à créer du sens à travers l'intercompréhension, l'intersubjectivité et la transparence, car nos façons de comprendre le monde sont fortement influencées par notre sensibilité théorique et expérientielle.

Dans notre recherche, ce qui se passe lors des situations éducatives en santé est donc interrogé sous l'angle d'un développement potentiel de la littératie en santé. Nous prêtons une attention particulière à la subjectivité des participants, à ce qu'ils retiennent de la situation éducative, à ce qu'ils disent mais aussi à la façon de le dire. Nos analyses prennent donc appui sur les discours tenus *in situ*, lors des séances éducatives en santé, mais aussi lors des entretiens individuels.

## Cadre d'analyse

Sur l'ensemble de notre recherche, nous mobilisons ainsi une approche mixte qui associe la méthode qualitative et quantitative (Creswell, 2009). Jourdan et Simar (2010, p. 747) soulignent que « *sa singularité est de penser les apports issus de différentes méthodologies dans une logique d'articulation et non de juxtaposition* ». Ils avancent aussi que c'est une posture spécifique qui garde sa consistance épistémologique, tout comme d'autres méthodologies.

En résumé, la recherche permet ainsi conçue permet de travailler une triangulation méthodologique (questionnaires, entretiens, observations) afin d'approcher au mieux la complexité de l'objet. Les recueils des données quantitatives et qualitatives sont réalisés en utilisant des méthodes rigoureuses. A ce stade de notre réflexion, nos questions de recherche peuvent être posées ainsi :

1. Des interventions éducatives en santé, structurées et contextualisées, peuvent-elles contribuer à développer la littératie en santé dans une population jeune adulte qui étudie à l'Université à l'île Maurice ?
2. Quelle est la nature des savoirs mobilisés dans le dispositif d'éducation en santé proposé et mis en place à l'Université ?
3. Quelle est la perception des étudiants sur leur littératie en santé (LS), dans les différents domaines de la LS ?
4. Le dispositif d'éducation en santé proposé permet-il aux participants de s'approprier des savoirs qui permettent de mobiliser des compétences susceptibles d'améliorer la LS ?
5. Quelles sont les transformations, évolutions et formes d'émancipation du participant après sa participation au(x) session(s) d'éducation en santé ?



## Cadre d'analyse

Nous émettons désormais les hypothèses suivantes :

1. Du fait de la relative absence d'interventions éducatives en santé dans le contexte mauricien (niveau macro), la littératie en santé des étudiants inscrits à l'Université est potentiellement plus faible que ce que les recherches montrent dans d'autres contextes, dans les différents domaines investigués (niveau meso).
2. A un niveau micro, le développement et la mise en place d'une intervention éducative structurée en santé (dans une perspective de R-I ?) auprès des étudiants de l'université contribue *a priori* au développement de la littératie en santé. Cette contribution est susceptible de se manifester à travers trois entrées : l'accès aux savoirs, leur compréhension et la prise de décisions en faveur de la santé. Elle est susceptible de se traduire par une évolution des discours, des postures et des projets des étudiants, en lien avec leur santé et celle de leurs proches.

S'agissant de notre travail de chercheur.e, nous faisons aussi l'hypothèse que la démarche de Recherche-Intervention que nous retenons va nous permettre de développer des processus, de mettre en place des interventions significatives et de produire des connaissances qui répondront à nos objectifs et à nos exigences de rigueur méthodologique et d'inscription sociale de notre travail, tout en respectant les critères de scientificité.

La partie qui suit décrit et précise les démarches, initiatives et postures retenues pour notre recherche, à la fois en tant que doctorante d'un laboratoire, mais aussi en tant que chercheure-intervenante sur notre terrain de recherche, à l'Université.

## 2.7 - Méthodologie et choix d'analyse

### 2.7.1 La mise en place du dispositif d'apprentissage

Dans le cadre du développement de notre recherche, nous avons organisé la mise en place des sessions d'éducation en santé en nous appuyant sur le cycle éducatif « nids d'apprentissage » que nous avons défini dans la première partie (Voir Chapitre 1, page 42-44). Nous avons donc proposé trois séances thématiques complémentaires aux étudiants de l'Université : « Apprendre à maîtriser le risque cardiovasculaire », « Apprendre à maîtriser les graisses dans l'alimentation » et « Apprendre à gérer son activité physique ».

Le schéma d'organisation de ce cycle éducatif se présente comme suit (Figure 19) :

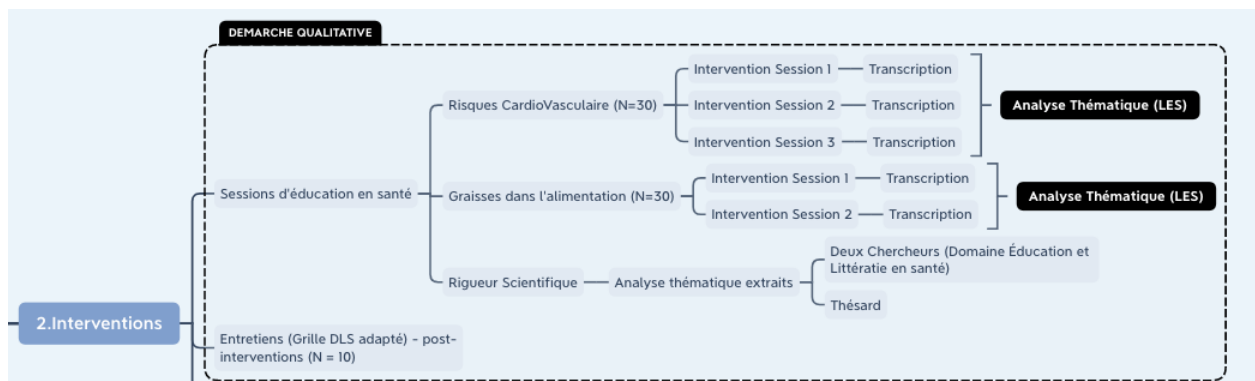


Figure 19. Schéma d'organisation du cycle éducatif.

## Cadre d'analyse

Dans le cadre de notre recherche doctorale, les conditions matérielles et temporelles ont été réunies pour organiser, autour de deux thématiques, les sessions d'éducation en santé: « Apprendre à maîtriser les risques cardiovasculaires » (RCV) et « Apprendre à maîtriser les graisses dans l'alimentation » (Graisses).

Les situations d'apprentissage sur la première thématique ont été organisées en temps T1 (Septembre 2019) et celles reposant sur la seconde thématique ont été proposées en temps T2 (Mars 2020). Trois sessions en T1 ont permis de réunir un total de 30 participants sur la thématique «RCV». Les sessions organisées en temps T2 sur les «Graisses» ont réuni à nouveau 30 participants, dont un premier sous-ensemble de 17 participants qui ont participé à l'une de sessions sur la thématique RCV, auxquels se sont joints 13 nouveaux participants (Figure 20).

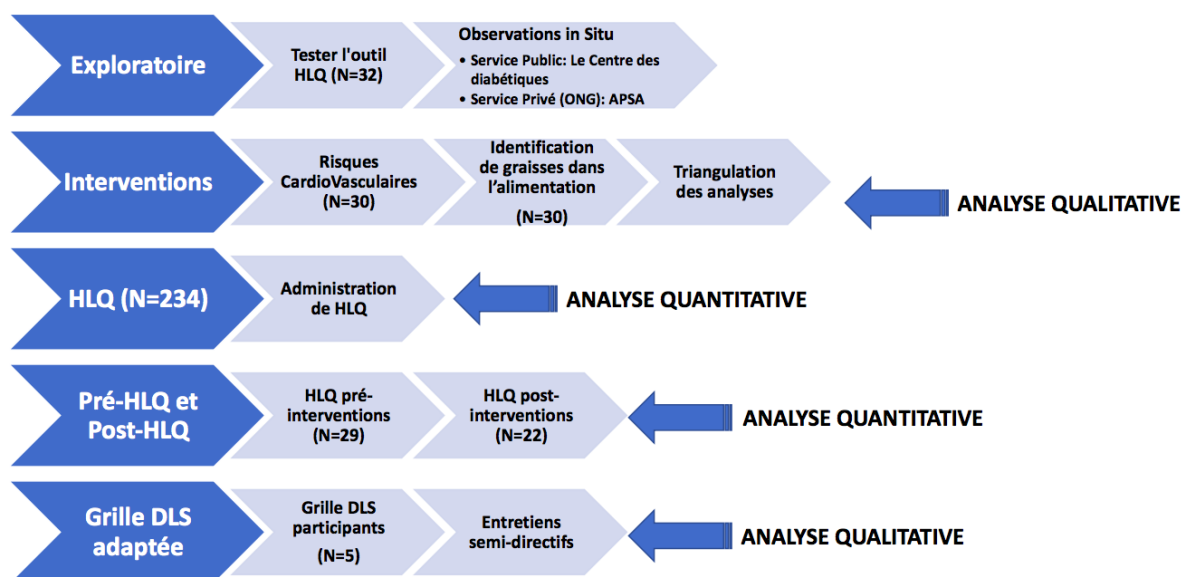


Figure 20 . Schéma du protocole méthodologique

Dans le cadre de cette recherche, nous avons travaillé essentiellement sur la thématique RCV. C'est pourquoi nous en décrivons ci-après la structuration et le déroulement, de façon plus détaillée.

## Cadre d'analyse

Dans la situation d'apprentissage sur le risque cardiovasculaire, « ... il s'agit pour l'apprenant, de pouvoir distinguer clairement les variables sur lesquelles il est possible d'agir et celles sur lesquelles on ne peut rien. Il s'agit aussi de repérer les variables déterminantes dans le RCV ainsi que leur différence d'impact sur le RCV global. Enfin, l'enjeu principal consiste à aider l'apprenant à choisir une ou deux actions bénéfiques pour la santé des artères, en tenant compte des possibilités effectives de mener à bien ces actions, dans les contextes particuliers (familial, professionnel, culturel) qui sont les siens. » (Balcou-Debussche, 2009, p.11-12). L'apprenant est donc amené à prendre conscience de la nécessité de prendre soin de ses artères afin d'éviter les accidents et les complications, dont les micro et macro-angiopathies. En partant des savoirs tels que les apprenants les mobilisent et les pensent, le travail de chaque apprenant sur les savoirs de référence (à partir de différentes observations, expérimentations, émission d'hypothèses, comparaison et analyses), lui permet d'identifier les variables modifiables telles que la tension artérielle, le tour de taille, l'hémoglobine glyquée (HbA1c), le HDL-cholestérol et la consommation de tabac. Les participants à la séance calculent alors leur « total santé » à partir de leurs résultats antérieurs (tour de taille, glycémie, analyses du sang effectuées dans les laboratoires) : ils sont ainsi en mesure d'estimer la santé potentielle de leurs artères en rapportant leur « total santé » au total maximum (60 points, ce qui correspond à une « bonne » santé potentielle des artères). En fonction de leurs résultats et de la distance qui les sépare du total maximal, les apprenants sont ensuite appelés à envisager des activités (à augmenter, maintenir ou débiter) qu'ils vont pouvoir mener dans leur « contexte ordinaire ». L'analyse de chaque projet permet ainsi à chacun.e de s'engager à mener (ou non) des actions identifiées comme profitables à leur santé, et praticables dans leur contexte particulier (familial, social, professionnel, personnel...).

Deux photos de deux situations d'apprentissage proposées se trouvent en Annexe 1.

## 2.7.2 La triangulation des données

### La passation des questionnaires HLQ

La constitution de notre population de référence

Dans un premier temps, les questionnaires ont été diffusés auprès d'un millier d'étudiants environ, en utilisant leur adresse email universitaire. Nous avons demandé une licence qui nous a été octroyée par l'équipe de l'Université Swinburne en Australie. Nous avons mis le questionnaire en ligne en utilisant « Google Form » et nous avons respecté les règles et les consignes des auteurs du questionnaire (l'équipe de l'Université Swinburne en Australie). Pour la diffusion en ligne, nous avons sécurisé les données en créant un mot de passe accessible uniquement aux destinataires identifiés dans la recherche.

Cependant, cette proposition en ligne n'a pas donné les résultats que nous pouvions espérer. Face à cette situation, nous nous sommes donc adressée à nos collègues enseignants à qui nous avons demandé de libérer les étudiants 15-20 minutes pendant les heures de cours ; nous avons également réservé une salle informatique qui pouvait accueillir ces étudiants pour qu'ils puissent participer au sondage en ligne. Étant donné que nous sommes plus intéressées par les réponses de ces étudiants que par le « qui », nous avons opté pour un passage de ces questionnaires en respectant l'anonymat.

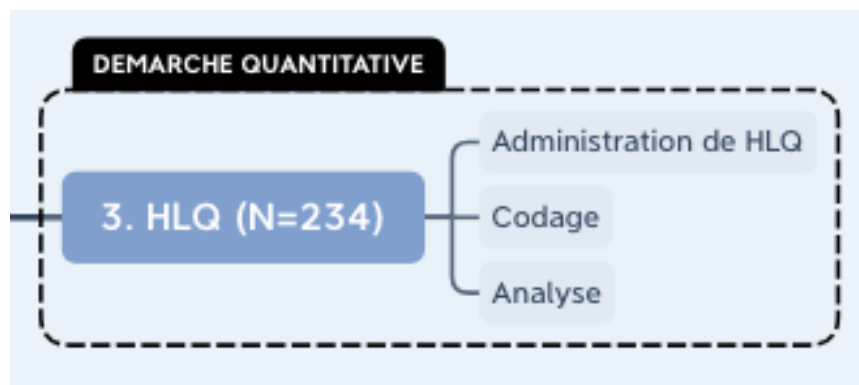


Figure 21. Démarche quantitative HLQ (N=234).

## Cadre d'analyse

Le HLQ à deux reprises, auprès d'un groupe restreint

Dans un autre scénario de cette étude, nous nous sommes intéressée au « qui ». Nous voulions savoir « qui » disait « quoi », dans l'optique de pouvoir construire différents profils d'étudiants et leur LS. De ce fait, ceux qui ont participé au(x) session(s) d'éducation en santé ont d'abord rempli les questionnaires à un temps T0, avant leur participation aux sessions d'éducation. Ils l'ont aussi rempli à un temps T1 qui marque la fin du cycle éducatif en santé. Dans le schéma ci-dessous, le passage du HLQ en pré-interventions est fait en temps T0 et celui en post-interventions est fait en temps T1 (Figure 22).



Figure 22. Démarche Quantitative : Pré et Post Interventions.

## L'observation des séances

Nous avons observé cinq situations d'apprentissage à l'université : trois sessions sur la thématique «RCV» et deux sessions sur la thématique « Maîtriser les graisses dans l'alimentation ». Des informations relatives à ces sessions sont présentées dans le Tableau 5.

	Nombre de participants	Formatrice	Durée de la séance
RCV 1	9	Nutritionniste	168 Minutes
RCV 2	9	Formatrice en santé	81 Minutes
RCV 3	12	Médecin	135 Minutes
Graisses 1	14	Nutritionniste	78 Minutes
Graisses 2	16	Nutritionniste	71 Minutes

Tableau 5. Cinq situations d'apprentissage observées

## Cadre d'analyse

L'objectif était de répondre à plusieurs questionnements :

- comment les savoirs sont-ils mobilisés dans ces sessions d'apprentissage ?
- comment des participants hétérogènes (étudiants) réussissent-ils à travailler les savoirs savants dans ces sessions, en lien avec leurs propres expériences en santé ?
- comment les savoirs sont-ils construits et comment les discours tenus en situation nous renseignent-ils sur les réflexions et interrogations des étudiants ?

Au total, 43 étudiants ont pu participer à l'une des situations éducatives organisées à l'Université sur le risque cardiovasculaire. Nous avons filmé deux séances, transcrit la totalité des discours tenus en situation et traduit (lorsque cela s'avérait nécessaire). La transcription étant « l'acte de conversion d'une communication visuelle ou audio en format écrit à des fins d'analyse dans la recherche » (Chandler et *al.*, 2008), les sessions ont été retranscrites de la façon la plus fidèle possible, en conservant la façon de dire de chaque locuteur. Pour autant, dans certains cas, la traduction de sessions d'éducation en français s'est avérée nécessaire car les formateurs ont mobilisé divers choix et registres langagiers au cours des sessions d'éducation : le créole mauricien a souvent été mêlé à l'anglais et au français.

Dans la présente recherche, les deux situations d'apprentissage soumises à nos analyses qualitatives ont été observées *in situ*, et enregistrées en intégralité. Les deux enregistrements vidéo ont une durée totale de 4 heures et 9 minutes, ce qui représente 49 pages de transcription intégrale et un total de 15010 mots (un extrait de la transcription se trouve en Annexe 2). Pour mener à bien nos analyses sur ce corpus, nous ne pouvions plus envisager la triangulation du codage des sessions d'éducation en santé car ces dernières ont été majoritairement menées en créole mauricien : n'ayant pas de collègues chercheurs qui maîtrisent le créole mauricien dans le domaine de l'éducation en santé, nous avons donc poursuivi nos analyses nous-même en prenant appui sur l'expérience de triangulation décrite précédemment (Voir Chapitre 2, page 83-88).

## **Cadre d'analyse**

Tout au long de ces sessions, notre posture était celle d'une observatrice qui participait "physiquement" à la session, sans s'autoriser une quelconque intervention ; les participants savaient qu'ils étaient observés. Nous avons mis la focale sur l'observation des pratiques des étudiants et sur l'écoute des déclarations verbales. Nous avons également pris des notes écrites. En tant qu'observatrice des sessions, nous n'avions à aucun moment à intervenir et/ou interférer durant les sessions. En revanche, nous nous sommes souvent retrouvée à la fin des sessions avec le besoin d'interagir avec la formatrice, pour éclaircir quelques zones d'ombres.

En fonction de la disponibilité des salles, les sessions d'éducation ont eu lieu soit dans une salle de conférence, soit dans une salle polyvalente ou une salle d'animation. Les sessions ont duré en moyenne deux heures. Elles ont été animées par une formatrice en santé qui a bénéficié d'une formation par des experts dans le domaine et de l'accompagnement de professionnels de santé (une nutritionniste et un médecin) qui, contrairement à la formatrice en santé, n'ont pas pu bénéficier de cette formation. Dans tous les cas, la formatrice a en sa disposition le livret du formateur, qui explicite le déroulement de la séance ainsi que les consignes à donner aux apprenants pour conduire au mieux ces sessions d'éducation. Les sessions ont accueilli 8 à 12 apprenants, tous étudiants inscrits à l'Université dans le département informatique appliquée. Les livrets didactiques utilisés pour chaque thématique ont été utilisés en séance, et remis à chaque apprenant à la fin.

La transcription des sessions d'éducation enregistrées dans leur intégralité est soumise à une analyse reposant sur une grille (Tableau 8, page 113) établie à partir du cadre conceptuel et des théories entourant les objets de recherche.

## **Les entretiens semi-directifs**

Des entretiens semi-directifs sont réalisés auprès des étudiants (N=10) qui ont participé aux sessions d'éducation en santé. Ces entretiens reposent sur des échanges à propos des deux à trois thématiques du cycle d'éducation en santé (nids d'apprentissage) : ils ont été réalisés après les interventions éducatives en temps T1, ce qui marque la fin du cycle éducatif en santé. Pour mener ces entretiens, nous avons pris appui sur la grille DLS, que nous avons adaptée, avec l'autorisation de l'auteur (voir chapitre 1, page 39-41). Telle qu'elle a été établie au départ, la



## Cadre d'analyse

grille DLS comprend les huit variables suivantes : l'alimentation, l'activité physique, le traitement, le suivi de la maladie, l'accès aux savoirs, les connaissances, les relations aux professionnels de santé et le soutien social. Pour rappel, ces variables ont été déterminées suite à l'analyse d'entretiens approfondis menés auprès d'une quarantaine de personnes diabétiques de type 2, dans le cadre de la recherche ERMIES-ethnosocio, à La Réunion. Pour que la grille DLS puisse être utilisée avec / par les étudiants de l'université (et non plus avec / par des personnes diabétiques), nous avons enlevé les deux variables suivantes : le traitement et le suivi de la maladie. En effet, ces deux variables ne nous paraissaient pas pertinentes dans le cadre de notre recherche puisque notre population de référence est constituée d'étudiants, a priori « en santé ». Par ailleurs, nous avons aussi reformulé quelques énoncés qui étaient plutôt centrés sur le diabète, pour les remplacer par des propos plus proches de questionnements relatifs à la santé (Voir la grille DLS adaptée en Annexe 3). Ils ont été centrés sur les points suivants : la façon dont les savoirs mobilisés durant la séance éducative sont identifiés, compris et/ou réinterprétés par les apprenants, le regard sur le support didactique (le livret mobilisé lors de la séance) et les éléments de contexte mobilisés à partir du support didactique (en lien avec le “contexte ordinaire”).

Les entretiens basés sur la grille DLS permettent de mettre la focale sur plusieurs variables par rapport à la santé, plus précisément, l'alimentation, l'activité physique, l'accès aux savoirs, la connaissance, les relations avec les professionnels de santé, l'expertise, le soutien et le réseau social. Au-delà des données spécifiques que ces entretiens qualitatifs produisent, leur analyse permet notamment d'illustrer, de comprendre et de mieux interpréter l'évolution des scores au niveau des différentes échelles de la littératie en santé, mesurés par le questionnaire HLQ (ce que nous étudierons plus particulièrement dans le Chapitre 4 (pages 143-173).

## Les voies d'analyse

### Les données quantitatives

L'analyse quantitative du questionnaire HLQ est réalisée à travers le logiciel SPSS<sup>50</sup> qui nous permet d'obtenir les scores des participants dans les neuf domaines suivants (qui représentent des échelles distinctes et indépendantes) :

1. Se sentir compris et soutenu par les professionnels de santé,
2. Disposer d'informations suffisantes pour gérer la santé,
3. Gestion active de la santé,
4. Soutien social pour la santé,
5. Évaluation de l'information sanitaire,
6. Capacité à s'engager activement avec les professionnels de santé,
7. Navigation dans le système de santé,
8. Aptitude à trouver des informations de bonne qualité,
9. Compréhension suffisante de l'information en santé pour savoir ce qu'il faut faire.

A des fins de clarification et dans un premier temps, nous allons proposer des analyses descriptives, dont la moyenne (mean) et l'écart-type (*Standard Deviation – SD*). Dans un second temps, nous procédons à une analyse de regroupement par grappes, à partir d'une méthode par classification de Ward hiérarchique ascendante (*cluster analysis*).

---

<sup>50</sup> Source : <https://www.ibm.com/analytics/spss-statistics-software>

## Cadre d'analyse

Pour rappel, dans la première partie du questionnaire (domaines 1 à 5), les réponses sont définies sur une échelle ordinale allant de 1 à 4 : pas du tout d'accord (score=1), pas d'accord (score=2), d'accord (score=3) et tout à fait d'accord (score=4). Dans la seconde partie du questionnaire (domaines 6 à 9), les réponses sont définies sur une échelle ordinale allant de 1 à 5 : impossible ou toujours difficile (score=1), généralement difficile (score=2), parfois difficile (score=3), généralement facile(score=4) et toujours facile (score=5).

Parmi les méthodes d'analyses de classification, nous identifions trois grands types de méthodes, ce que nous pouvons présenter comme suit (Tableau 6) :

Méthode	Résumé
1. Classifications simples	Les classifications simples ne nécessitent pas de compétences statistiques : il s'agit de choisir un ou plusieurs points de coupure dans la population étudiée. Les points sélectionnés sont souvent la moyenne des scores, la médiane ou le centre d'échelle (Creusier et Biétry, 2014, p. 108).
2. Classifications non-hiérarchiques	Les classifications non hiérarchiques répartissent une population en classes disjointes sans donner d'indications sur leurs proximités. Il existe toujours une part arbitraire dans les classifications non-hiérarchiques puisque la partition obtenue dépend du choix initial des noyaux qui est un ensemble de p points, proches les uns des autres (Creusier et Biétry, 2014, pp. 108-109).

<p><b>3. Classifications Hiérarchiques</b></p>	<p>La méthode de classification hiérarchique (« cluster analysis ») consiste à partir du fait que chaque entité constitue une classe à elle seule ; à chaque itération, la méthode consiste à fusionner des entités dans des classes spécifiques, d'une manière appropriée, afin de former des groupes homogènes qui présentent des variables similaires (Boullé et <i>al.</i>, 2012).</p>
<p><b>3.1 Classifications hiérarchiques ascendantes</b></p>	<p>L'approche ascendante est aussi connue sous l'expression de « clustering agglomératif ». Dans cette approche, on part du fait que chaque point est un cluster : il y a initialement autant de clusters que de points. Ensuite on cherche les deux clusters les plus proches et on les agglomère en un seul cluster. On construit des classes de moins en moins homogènes jusqu'à obtenir la classe qui réunit tous les points<sup>51</sup>.</p>
<p><b>3.2 Classifications hiérarchiques descendantes</b></p>	<p>Aussi appelée « clustering divisif », l'approche descendante est l'inverse de l'approche ascendante : on part d'un grand cluster contenant tous les points et on le divise successivement jusqu'à obtenir autant de clusters que de points<sup>53</sup>.</p>

Tableau 6. Résumé des méthodes d'analyses de classification

Ici, nous utilisons la méthode de l'agglomération, également désignée comme l'analyse de classification hiérarchique (Vachon et *al.*, 2005). Pour créer des classes relativement égales, l'analyse de classification hiérarchique est, avec la méthode Ward,<sup>51</sup> la méthode la plus utilisée

<sup>51</sup>Les statistiques descriptives comme leur nom l'indique servent à analyser et décrire des données pour obtenir un rendu final. Ce sont de simples calculs mathématiques qui permettent de dégager des données une réelle tendance positive ou négative des résultats. A partir de ces chiffres, des graphiques viennent en complément pour appuyer l'analyse statistique.

<sup>52</sup> Source: <http://www.jybaudot.fr/Analdonnees/cah.html>

<sup>53</sup> Source : <https://openclassrooms.com/en/courses/4525281-realisez-une-analyse-exploratoire-de-donnees/5177936-effectuez-une-classification-hierarchique>

## Cadre d'analyse

(Blashfield et Aldenderfer, 1988). L'approche qui consiste à coupler la classification hiérarchique avec la méthode Ward est largement privilégiée dans des travaux sur la LS qui font usage du HLQ (Aaby et *al.*, 2019; Batterham et *al.*, 2014). Dans notre recherche, cette démarche nous permet de constituer des groupes d'étudiants qui ont des scores similaires dans les neuf domaines, ainsi que des profils diversifiés en LS. Cette méthode d'analyse statistique nous permet ainsi de présenter les principales caractéristiques des étudiants de notre Université qui ont des profils similaires en LS. L'ensemble permet d'obtenir des données fines qui conduisent à mieux identifier les besoins de chacun et de tous en LS.

Toujours à des fins de classification, et pour standardiser les scores au niveau des différentes dimensions de la LS (via l'instrument HLQ), nous avons eu recours aux valeurs-étalon (*z-scores*). Les scores des 5 premières dimensions qui acceptent des réponses sur une échelle de 1 à 4 et des 4 autres dimensions (6 à 9) qui acceptent des réponses sur une échelle 1 à 5 ont été standardisés pour réaliser la classification. Cette méthode permet d'inclure, dans une même classification, des variables qui ont recours à des échelles non comparables (Aaby et *al.*, 2019).

La sélection d'un nombre optimal de clusters est un aspect important dans l'analyse de classification hiérarchique (Barbaranelli, 2001) si bien que les chercheurs sont souvent confrontés au problème d'un choix optimal du nombre de clusters : il ne faut pas qu'il y ait trop de classes ou trop peu de classes (Vachon et *al.*, 2005). La méthode de classification hiérarchique produit une hiérarchie de clusters qui sont créés à partir des algorithmes qui relient les entités, afin de former des « grappes » en fonction de leur distance<sup>52</sup> : en revanche, il n'existe pas de façon automatisée pour trouver le nombre de clusters (Biernacki, 1999).

A l'aide du logiciel SPSS, nous proposons donc d'utiliser la méthode de coude (*elbow method*), généralement utilisée pour valider le nombre de clusters le plus approprié à partir des analyses :

---

<sup>52</sup> Source : L'analyse par grappe. En ligne : [https://fr.qwe.wiki/wiki/Cluster\\_analysis](https://fr.qwe.wiki/wiki/Cluster_analysis)

## Cadre d'analyse

« La méthode du coude (*elbow method*) consiste à tracer un graphique avec en abscisse le nombre expérimental de clusters, et en ordonnée la valeur des sommes des carrés de chacun des groupes » (Bouvier et Bellot, 2015, p. 5).

La méthode s'empare du pourcentage de la variance pour chaque groupe. Elle repose sur l'hypothèse que l'hétérogénéité diminue après un certain point : l'ajout d'un nouveau cluster après ce point n'améliore pas une variabilité des données<sup>53</sup>. Dans les travaux sur le HLQ qui font usage de clustering pour le regroupement des profils, les auteurs avancent qu'ils s'appuient sur des méthodes se basant sur les calculs des écart-types (*standard deviation*) et variances pour faire le clustering (Batterham et *al.*, 2014 ; Beauchamp et *al.*, 2017).

## Les données qualitatives

S'il existe plusieurs types d'analyses de contenu, nous privilégions ici l'analyse de contenu catégorielle pour répondre à nos objectifs. Nous retenons plus précisément l'analyse de contenu thématique dans laquelle le texte est découpé en unités d'enregistrement définies comme le « segment de contenu à considérer comme unité de base en vue de la catégorisation et du comptage fréquentiel » (Bardin, 2003, p.135). La catégorisation, c'est le processus de hiérarchisation thématique, définie comme une « opération de classification d'éléments constitutifs d'un ensemble par différenciation puis regroupement par genre d'après des critères préalablement établis » (Bardin, 2003, p.150). Bardin (1977) avance que l'opération de catégorisation consiste soit en l'élaboration, soit en l'application d'une grille de catégories. La traduction du contenu du discours et du sens que chaque locuteur lui donne (Downing et Bogoslaw, 2003) permet ainsi de mettre en évidence les récurrences et les variations dont nous rendons compte dans les analyses qui suivent, ce que souligne de nouveau Bardin à travers ce propos (1977, p. 43) : « un ensemble de techniques d'analyse des communications visant, par des procédures systématiques et objectives de description du contenu des messages, à obtenir des indicateurs (quantitatifs ou non) permettant l'inférence de connaissances relatives aux

---

53 Source : Coquillard, P. (2018). Compléments à l'ACP : Classifications automatiques. Cours de Master SV. Université Sophia Antipolis. En ligne: <http://sites.unice.fr/coquillard/UE7/Cours%20IX.pdf>

## Cadre d'analyse

conditions de production/réception (variables inférées) de ces messages ». L'analyse thématique repose ainsi bien plus sur le repérage des signifiés que des signifiants.

Selon Moscarola (2006), l'analyse de contenu est une analyse thématique qui consiste à lire l'ensemble d'un corpus (qui peut comprendre un ensemble de textes, documents, entretiens et discours), dans le but d'identifier des thèmes ou de procéder à une analyse statistique relative aux thèmes. Cependant, au-delà de l'ensemble du corpus, le chercheur est le plus souvent amené à procéder à un premier découpage des verbatim ; en effet, ce dernier permet, non seulement d'identifier les premières unités sémantiques, mais aussi de travailler par étapes successives. Des unités d'enregistrement sont ainsi identifiées et découpées, chacune d'elles correspondant à un segment « déterminé de contenu que le chercheur a décidé de retenir pour le faire entrer dans la grille d'analyse » (Robert et Bouillaguet, 1997). En prenant appui sur les travaux de Paillé et Mucchielli (2012) sur l'analyse thématique, la perspective est bien de produire de nouvelles connaissances scientifiques autour des thèmes liés à la littératie en santé, dont l'accès à l'information en santé, la compréhension de ces informations et les décisions par rapport à la santé (Nutbeam, 1998 ; Balcou-Debussche 2015, 2016).

En complément du premier découpage des discours des formateurs et des apprenants (notamment au cours de la situation d'apprentissage sur la thématique « risque cardiovasculaire »), nous mobilisons une grille d'analyse qui permet de répertorier des indicateurs en rapport avec la LS à partir des 3 catégorisations établies par Nutbeam (2008) : 1- l'accès à l'information en santé ; 2- la compréhension ; 3- la prise de décisions en faveur de la santé (Nutbeam, 2008).

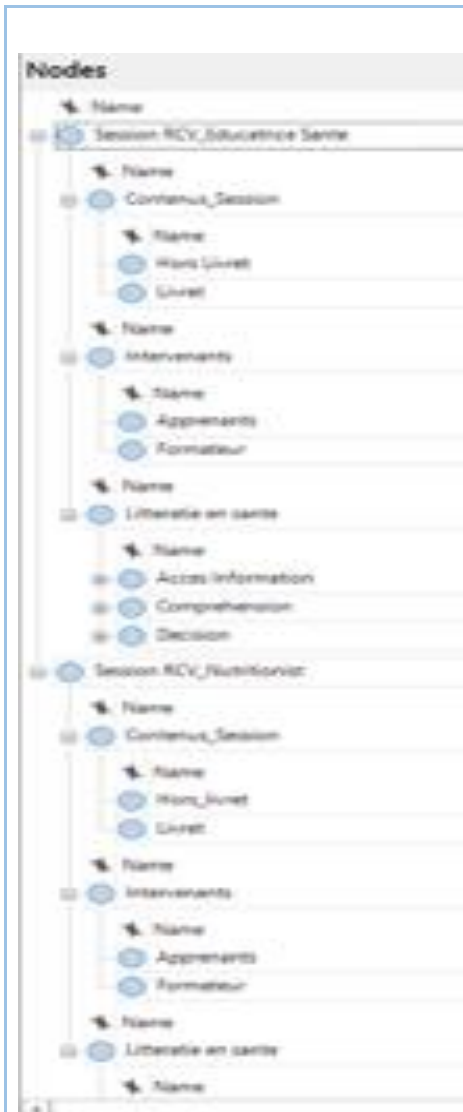


Figure 23. Arbre de codage.

	A : Session_RCV_Health Educator
1 : Littératie en santé	63
2 : Decision	12
3 : Compréhension	35
4 : Accès Information	38
5 : Intervenants	22
6 : Formateur	21
7 : Apprenants	20
8 : Contenus_Session	26
9 : Livret	10
10 : Hors Livret	24

Figure 24. Des énoncés codés dans les nœuds définis pour la session RCV par la formatrice en santé.

	A : Complete Transcription_RCV_Nutritionniste
1 : Littératie en santé	105
2 : Decision	21
3 : Compréhension	44
4 : Accès Information	80
5 : Intervenants	81
6 : Formateur	70
7 : Apprenants	20
8 : Contenus_Session	70
9 : Livret	48
10 : Hors livret	41

Figure 25. Des énoncés codés dans les nœuds définis pour la session RCV par la nutritionniste.

Tableau 7. Nombre d'énoncés codé pour chaque nœud

Les énoncés tenus au cours de chaque session d'éducation en santé ont été répartis selon ces trois catégories de la LS, ce dont M. Balcou-Debussche rend compte dans ses travaux (Balcou-Debussche, 2013, 2016). Authier et Berger (2019) ont également mobilisé une approche similaire pour analyser 13 ateliers d'éducation thérapeutique. Ces trois catégories



## Cadre d'analyse

(accès à l'information, compréhension, prise de décisions), que nous avons aussi identifiées et répertoriées comme trois grands domaines qui se traduisent eux-mêmes par trois types d'énoncés différents, sont repérables dans les discours : elles sont mobilisées tout au long du cycle éducatif par les participants (formateurs et apprenants).

A partir de l'analyse des « nids d'apprentissage » tels qu'ils ont été développés dans d'autres contextes, l'auteur souligne les liens entre les trois catégories et la nature des énoncés, tout en complétant par des exemples extraits des verbatim soumis à l'analyse (Balcou-Debussche, 2013). Mise au point et utilisée dans des recherches récentes, cette grille permet d'analyser la façon dont l'agencement de la situation éducative permet (ou non) de travailler plus ou moins chacune de ces trois dimensions (Balcou-Debussche, 2013, 2016). La double lecture de ce qui se passe en situation éducative (le premier découpage et l'utilisation de la grille d'analyse) vise à permettre de rendre compte de la façon dont le travail éducatif participe ou non du développement de la littératie en santé des participants.

Enfin, pour enrichir les analyses thématiques des discours tenus en situation éducative, nous repérons (et comptons) le nombre de prises de parole des formateurs et des apprenants lors des séances éducatives mises en place à l'Université. Pour chaque situation d'apprentissage, nous retenons les principaux éléments suivants : -le nombre total d'énoncés produits par la formatrice ; le nombre total d'énoncés produit par l'ensemble des apprenants / participants.

## Le Codage

Dans la littérature scientifique, le codage est référencé comme la catégorisation, si bien que les termes « code » et « catégorie » sont le plus souvent utilisés de manière interchangeable. Dans la présente recherche, l'analyse des données est réalisée à partir des verbatim constitués à partir des transcriptions des deux sessions d'éducation en santé. Le codage (ou catégorisation) est réalisé en suivant et en respectant un cadre de codage prédéfini.

Dans le logiciel Nvivo, nous avons pu coder les différentes thématiques en nœuds (Figure 23) qui ont été déterminés au préalable : le codage consistait ainsi à lier les extraits des verbatim aux nœuds correspondants. Le nombre d'énoncés codé pour chaque nœud est énuméré dans les Figure 24 et Figure 25.

## Cadre d'analyse

Nous avons analysé le verbatim de deux sessions d'éducation en santé sur la thématique RCV : l'une des séances était encadrée par une nutritionniste alors que l'autre était encadrée par une formatrice spécialisée en éducation en santé. Les deux séances ont duré approximativement deux heures. Dans les deux cas, les formatrices étaient accompagnées et secondées par une infirmière.

Le codage des verbatim s'est réalisé à partir des trois types d'énoncés suivants :

1. les énoncés en relation avec l'accès à l'information en situation (les repères sur le livret apprenant, les systèmes de couleurs, l'organisation du support didactique, la façon de travailler en mode individuel et/ou en mode collectif...),
2. les énoncés en relation avec la compréhension (des savoirs de référence sur le risque cardiovasculaire, des savoir-faire à mobiliser pour réduire le risque, des tâches, de la progression de la situation...) ; si ces énoncés sont en lien étroit avec les appropriations de savoirs et les résultats attendus dans chaque situation, ils se rapportent aussi à des questions qui ouvrent sur un processus de compréhension (par exemple lorsque la formatrice pose une question qui conduit l'apprenant à rendre compte de la façon dont il a compris l'objet en question),
3. les énoncés en lien avec la décision d'actions / d'activités à mener en faveur de la santé, et/ou de prises de conscience de la nécessité de devenir "acteur" de sa propre santé et de son maintien.

En lien avec ces trois domaines de la LS, les repères additionnels que nous avons pu utiliser tout au long de nos analyses sont répertoriés dans le Tableau 8 que nous présentons ci-après.

Catégories de la LS	Repères additionnels pour le codage
<p><b>Accès à l'information</b></p>	<p>→ Production et réception des informations exposées par la formatrice, soit sur les sujets exposés à travers le support didactique, soit sur des questions sur des sujets qui ne sont pas traités dans le livret.</p> <p>→ Consignes données par les formatrices pour accomplir les tâches notifiées dans le livret, incluant tout ce qui concerne la technicité.</p> <p>→ Questions que posent les participants pour réaliser les tâches.</p>
<p><b>Compréhension</b></p>	<p>→ Interactions des formatrices et des participants qui montrent que la compréhension a eu lieu.</p> <p>→ Questions de la part des formatrices en direction des participants, pour s'assurer qu'ils ont bien saisi les savoirs exposés (oralement et à l'écrit, au niveau du livret).</p> <p>→ Questions des formatrices pour s'assurer que les participants ont compris (et qu'ils n'ont pas de questions additionnelles sur les sujets abordés).</p>
<p><b>Prise de décision</b></p>	<p>→ Actions/décisions soutenues par les formatrices, en faveur de la santé.</p> <p>→ Actions en santé, exposées et encouragées par les formatrices.</p> <p>→ Actions choisies par les participants au cours de la séance.</p> <p>→ Réflexions sur les activités en faveur de la santé, par les participants (tout en considérant leur contexte et la faisabilité de ces actions).</p>

Tableau 8. Grille de codage pour les catégories de la LS.

## Cadre d'analyse

Nos transcriptions des discours sont toutes réalisées à travers le souci de rester la plus fidèle possible à ce que chaque locuteur dit, et à la façon dont il le dit. Nos transcriptions sont codées à l'aide du logiciel d'analyse qualitative N'Vivo QSR international<sup>54</sup>, ce qui permet notamment le croisement des analyses quantitatives et qualitatives. En effet, c'est à partir de ce logiciel que nous procédons aux croisements de nos différents types de données : questionnaire HLQ, retranscriptions des séances éducatives observées, entretiens menés avec les participants.

### Approbation éthique (Ethical Clearance)

Nous avons soumis le protocole de notre recherche au comité d'éthique du *Ministry of Health and Wellness*, qui nous a fait part de son approbation. Toutes les données recueillies sont confidentielles. Chaque questionnaire, rempli en ligne ou sur document papier, a reçu un code d'identification qui nous permet de repérer des données de chaque étudiant, mais son identité demeure inconnue.

En tant que chercheur.e, nous n'avons pas eu recours à des traducteurs professionnels étant donné que le créole mauricien est notre langue maternelle.

## 2.8 Conclusion

L'analyse de la démarche de la Recherche-Intervention, à travers ses atouts et ses limites, nous a permis de progresser pas à pas dans l'élaboration et le choix des méthodologies à retenir dans le cadre de la présente recherche. Cette démarche met d'ores et déjà en exergue la dimension heuristique de notre recherche doctorale ainsi que sa dimension praxéologique. Les travaux de ce type étant encore inexistant, à notre connaissance, à l'île Maurice, nous considérons qu'il s'agit ici d'un travail potentiellement prometteur, y compris du fait de sa possible mise en écho avec d'autres études réalisées sur le plan international, mais aussi du fait de son inscription sociale dans le pays où nous résidons et travaillons.

---

<sup>54</sup> Source : N'Vivo. En ligne : <https://www.qsrinternational.com/nvivo-qualitative-data-analysis-software/home>

## Cadre d'analyse

Les analyses qui suivent s'appuient sur cette démarche de Recherche-Intervention. Les différentes méthodologies retenues vont permettre de produire des connaissances nouvelles ainsi qu'une réflexion sur nos pratiques scientifiques et professionnelles. Les savoirs générés pourront ainsi être qualifiés de savoirs « d'utilité », au sens décrit par Berthelot (1996). L'auteur qualifie de tels savoirs comme « *des éléments et des instruments de connaissance, d'appréciation, de diagnostic, permettant aux responsables politiques ou administratifs de prendre leurs décisions* » (Berthelot, 1996, p. 218). En prenant en compte les résultats obtenus dans plusieurs autres contextes, la présente recherche permet de mener une analyse des sessions d'éducation en santé qui présente deux spécificités par rapport aux travaux antérieurs : d'une part, elle est travaillée à partir de données recueillies dans le contexte mauricien (où de telles études n'ont encore jamais été menées) et d'autre part, elle s'intéresse à une population jeune, inscrite à l'Université à Maurice. L'enjeu consiste ainsi à voir comment les trois catégories de la LS sont (ou non) repérables dans les discours tenus en situation, mais aussi d'identifier d'éventuelles spécificités dans le développement des situations d'apprentissage, telles qu'elles ont menées par les formatrices.

À la fin de cette Recherche-Intervention, la direction de notre Université, ainsi que les autres universités pourront s'intéresser, ou non, à une transformation de leurs structures en intégrant (ou non) une culture d'éducation en santé, à la lumière de résultats qui deviendront potentiellement diffusables et transférables s'ils sont soumis à une nouvelle réflexion en contexte...

## 3 RÉSULTATS

### 3.1 Le HLQ et la “population de référence”

Pour rappel, le passage du questionnaire HLQ à une population estudiantine à l’université visait deux objectifs principaux.

1- Décrire les différents profils de ce que nous appellerons ici “notre population de référence” en sollicitant le plus grand nombre possible d’étudiants, et en combinant les différentes échelles du questionnaire HLQ et les données démographiques recueillies.

2- Analyser l’évolution des résultats obtenus via le questionnaire HLQ à travers deux temps distincts (avant et après les sessions d’éducation en santé) en sollicitant le groupe d’étudiants ayant participé aux séances éducatives (N=30). Ce second type de recueil de données vise à permettre de situer ces 30 étudiants par rapport à notre population de référence et à déterminer les apports potentiels des sessions éducatives en appréciant l’évolution des différentes échelles mesurées par les questionnaires HLQ.

Nous présentons donc, ci-après, les résultats obtenus via ces deux types d’utilisation du questionnaire HLQ.

#### 3.1.1 Un échantillon de 234 étudiants

Auto-administré sur papier ou en ligne à travers *Google Form*, le questionnaire HLQ a permis de recueillir les données suivantes (Tableau 9) :

HLQ (Document Papier)		HLQ en ligne (Google Forms)	
Université des Mascareignes		Université	Domicile
95 Questionnaires		91 Questionnaires	48 Questionnaires

Tableau 9. Distribution des 234 questionnaires

Au total, 234 étudiants ont participé à cette étude : 35 femmes (15%) et 199 (85%) hommes (Tableau 10). En moyenne, les étudiants sont âgés de 23 ans. La plupart d’entre eux sont inscrits en faculté ingénierie. Si nous comptons uniquement 15% de participation du genre féminin, c’est parce que ce sont principalement les étudiants de la filière ingénierie et informatique qui ont participé à l’étude : or, dans ces filières, très peu filles sont inscrites.

L’absence de réponse des étudiants de facultés de gestion et comptabilité peut s’expliquer par le fait que nous sommes présentes sur le campus de l’université qui se trouve dans l’ouest du pays : sur ce site, seuls les étudiants des facultés ingénierie et informatique suivent nos cours. Les autres étudiants, inscrits dans les cursus de gestion et comptabilité, sont sur un autre campus au nord : ils n’ont pas répondu favorablement à notre invitation à participer à l’étude. De notre côté, la distance entre les deux campus était une barrière pour recueillir les données aisément et motiver les étudiants. Au mieux, nous aurions pu avoir le retour de 19 étudiants qui sont sur le campus du Nord dans le département informatique : nous avons donc fait le choix de ne pas insister davantage pour aller à la rencontre de ces étudiants.

Notre population représente 21.4% de la population estudiantine de notre université. Les principales caractéristiques sociodémographiques de l’échantillon sont présentées dans le Tableau 10 qui suit :

## Résultats et analyses

Caractéristiques sociodémographiques d'étudiants à l'université			
Total (N=234)			
Age Moyen (Mean)	Age Minimum	Age Max	Age Médian
22,7	18	40	22
Sexe	Nombre	Pourcentage (%)	
Femmes	35	15	
Hommes	199	85	
Filière (Faculté)	Nombre	Pourcentage (%)	
Ingénierie	164	65,9	
TIC (Informatique)	70	28,1	
Campus	Nombre	Pourcentage (%)	
Rose-Hill	215	86,3	
Pamplemousses	19	7,6	
Niveau Education	Nombre	Pourcentage (%)	
Higher School Certificate (Bac)	212	85,1	
Bsc(Bac+3) / B.Eng(Bac+4)	22	8,8	

Tableau 10. Caractéristiques sociodémographiques d'étudiants à l'université (n=234).

Les étudiants de l'université qui ont répondu à notre questionnaire (N=234) sont âgés entre 18 et 40 ans : leur moyenne d'âge est de 22,7 ans.



## Résultats et analyses

Domaine HLQ	Mean (Moyenne)	Standard Deviation (Écart-type)
<b>Domaines 1 à 5 : Score 1-4</b>		
1. Se sentir soutenu et compris par les professionnels de santé	<b>2,54</b>	0,61
2. Disposer d'informations suffisantes pour gérer sa santé	2,68	0,49
3. Gérer activement sa santé	2,73	0,49
4. Disposer de soutien social pour sa santé	<b>2,88</b>	0,52
5. Évaluer l'information en santé	2,70	0,47
<b>Domaines 6 à 9 : Score 1-5</b>		
6. Capacité à s'engager activement avec les professionnels de santé	3,41	0,66
7. Naviguer dans le système de santé	<b>3,33</b>	0,66
8. Aptitude à trouver des informations en santé de bonne qualité	3,41	0,64

## Résultats et analyses

9. Compréhension suffisante de l'information pour savoir ce qu'il faut faire	3,56	0,61
--	------	------

Tableau 11. Scores dans les 9 domaines du HLQ (N=234).

Dans la première partie du questionnaire HLQ, le fait que certains étudiants obtiennent un faible niveau dans le domaine 1 signifie qu'ils ne réussissent pas vraiment à s'engager avec les médecins et les professionnels de santé. Dans la plupart des cas, ils n'ont pas de professionnel de santé régulier et/ou ils ont des difficultés à faire confiance aux professionnels de santé, y compris en tant que source d'information et/ou de conseil (Osborne et al., 2013). Le meilleur score dans cette partie se situe au niveau du domaine 4 qui signifie que le système social de ces personnes leur donne le soutien qu'ils veulent ou qu'ils ont besoin en matière de santé (Osborne et al., 2013).

Dans la catégorie des domaines 6 à 9, le score le plus élevé est observé au niveau du domaine 9 (compréhension suffisante de l'information pour savoir ce qu'il faut faire) alors que le plus bas est le domaine 7 (navigation dans le système de santé). Un niveau élevé dans le domaine 9 signifie que les personnes sont capables de lire toutes les informations (incluant les informations numériques) en relation avec leur santé : elles sont également capables de remplir convenablement des formulaires, quand il le faut.

Dans le domaine 7, le bas niveau signifie que les personnes ne sont pas capables de se défendre et de trouver quelqu'un qui puisse les aider à utiliser le système de santé pour répondre à leurs besoins. Dans ce cas, elles ne cherchent pas au-delà des ressources qui sont évidentes : elles ont donc une compréhension limitée des ressources qui sont disponibles et auxquelles elles ont pourtant droit (Osborne et al., 2013).

### 3.1.2 Des scores contrastés selon les domaines

Dans chaque domaine, le niveau de LS perçu par les étudiants de l'Université est déterminé par des analyses descriptives des données du questionnaire HLQ (obtenues via le logiciel SPSS). Les indicateurs tels que la moyenne et l'écart-type (Standard Deviation) de scores relatifs aux

## Résultats et analyses

différentes échelles de la LS sont calculés directement par le logiciel (Tableau 11). Les résultats chiffrés sont illustrés par des représentations graphiques (Figure 26 et Figure 27).

Sur l'ensemble de l'échantillon (N=234), les scores obtenus dans l'ensemble (Tableau 11) sont bas : 2,54 à 2,88 pour les dimensions 1 à 5 et 3,33 à 3,56 pour les dimensions 6 à 9. Les étudiants expriment des besoins forts en matière d'informations et d'accès aux services de santé. Nous constatons des pourcentages assez élevés en faveur des réponses « Disagree » et « Sometimes Difficult » dans la première et deuxième partie du questionnaire, respectivement (Figure 26).

S'agissant de la première partie du questionnaire (qui couvre les domaines 1 à 5), la distribution des réponses de nos participants est représentée dans la Figure 26. Les réponses privilégiées sont *agree* (d'accord) suivies de *disagree* (pas d'accord). Les réponses *strongly disagree* (pas du tout d'accord) sont peu nombreuses.

Dans la seconde partie du questionnaire, les réponses les plus fréquentes sont *sometimes difficult* (parfois difficile) et *usually easy* (généralement facile). Très peu de participants ont opté pour les réponses *cannot do or always difficult* (impossible ou toujours difficile). La répartition des réponses est représentée dans la Figure 27.

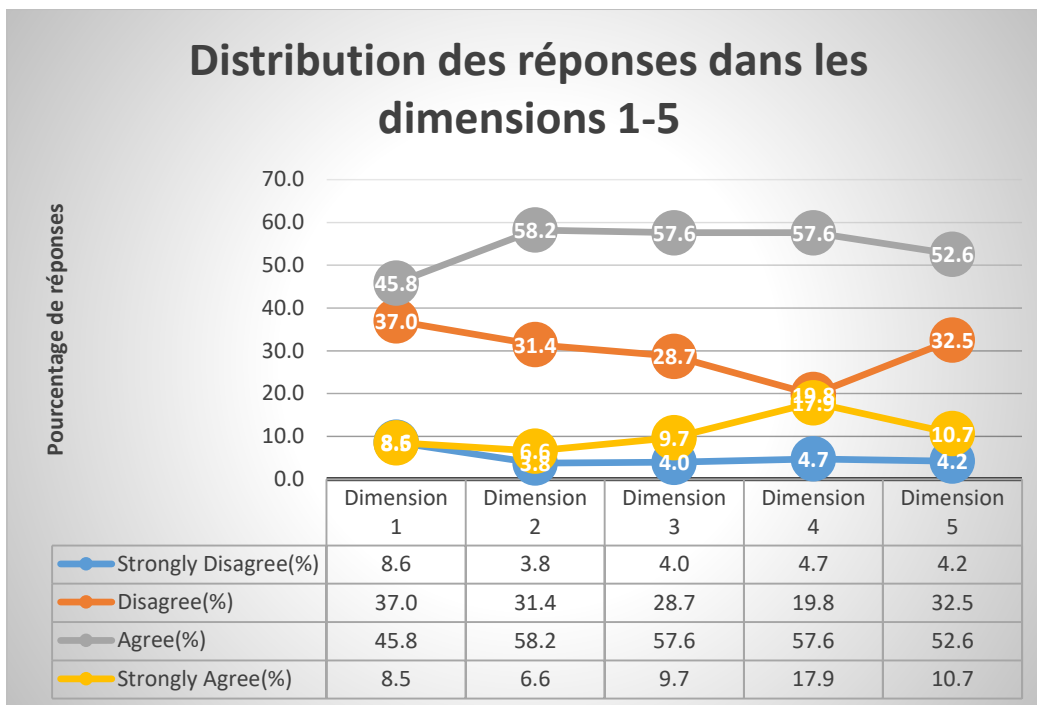


Figure 26. Distribution des réponses - Domaines 1 à 5.

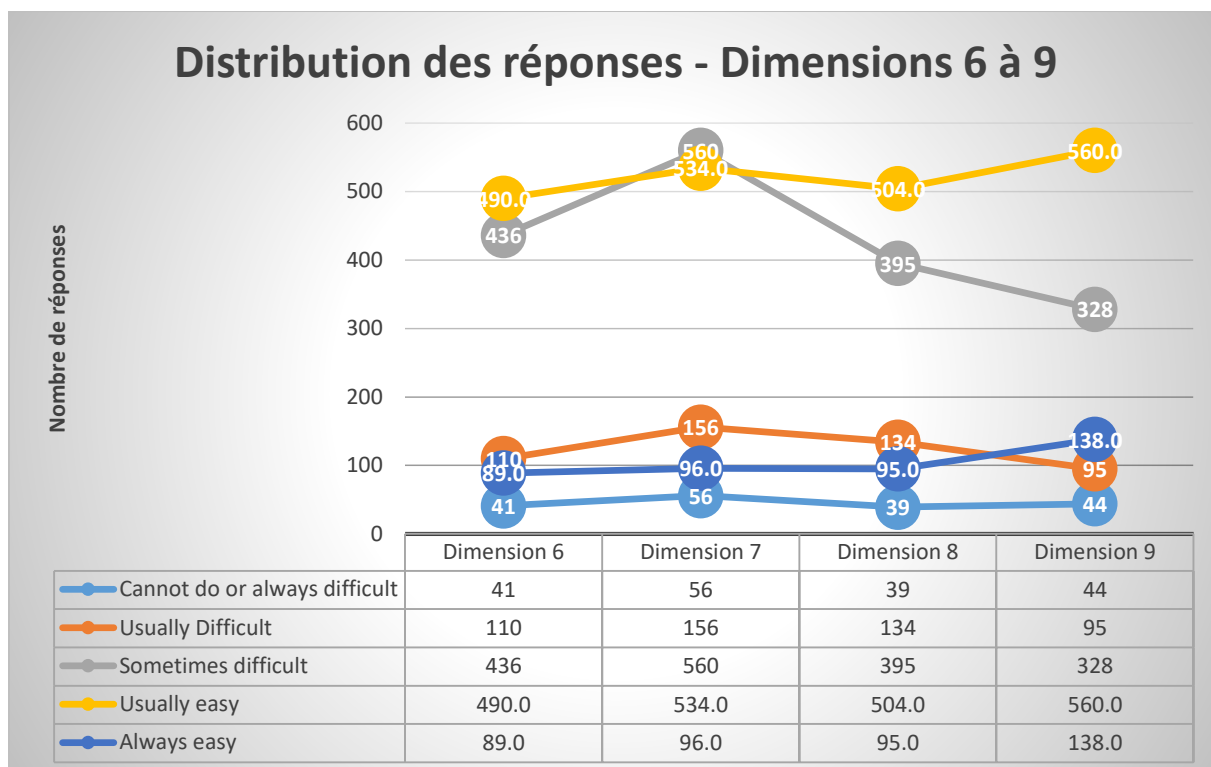


Figure 27. Distribution des réponses - Domaines 6 à 9

### 3.1.3 Les clusters

D'un point de vue inter individuel, les résultats mettent en évidence d'importantes variations : certains participants ont des scores bien plus élevés que d'autres dans presque tous les domaines alors que certains étudiants ont des scores très bas ou moyens dans ces mêmes domaines, comparativement aux autres.

Pour identifier des sous-groupes relativement homogènes selon les différents profils de LS, nous avons eu recours à la classification hiérarchique en travaillant à partir de la répartition des scores obtenus par les participants, dans les différentes dimensions. L'objectif était d'identifier des sous-groupes (clusters), afin de constituer quelques profils contrastés en LS (les participants étant plus ou moins similaires les uns par rapport aux autres dans chaque groupe, mais bien distincts des profils observés dans les autres groupes).

## Résultats et analyses

L'une des premières difficultés auxquelles nous avons été confrontée a été de déterminer le nombre de classes (clusters) qui permettrait d'avoir une représentation assez fidèle de la diversité des profils de LS, parmi nos étudiants. Afin de rendre compte du processus qui a permis de retenir le nombre souhaité de clusters, la simulation des profils en LS (de 2 à 6 clusters) est présentée en annexe (voir Annexe 4). Cette simulation montre combien il est difficile d'établir le nombre de clusters (sous-groupes) à partir d'une seule lecture graphique, d'où la mobilisation d'une méthodologie spécifique de travail que nous proposons de décrire dans les paragraphes suivants.

Cinq profils en LS (5 clusters) sont présentés à travers les figures suivantes :

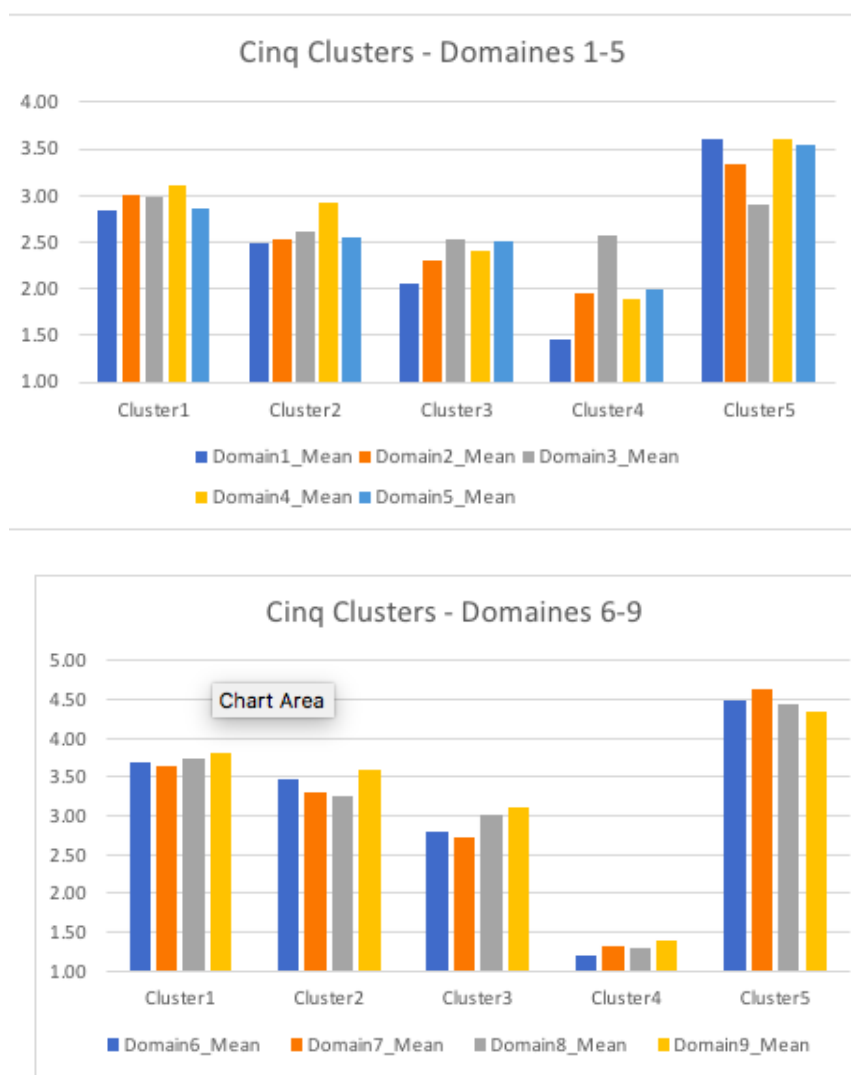


Figure 28. Profil de LS avec 5 clusters

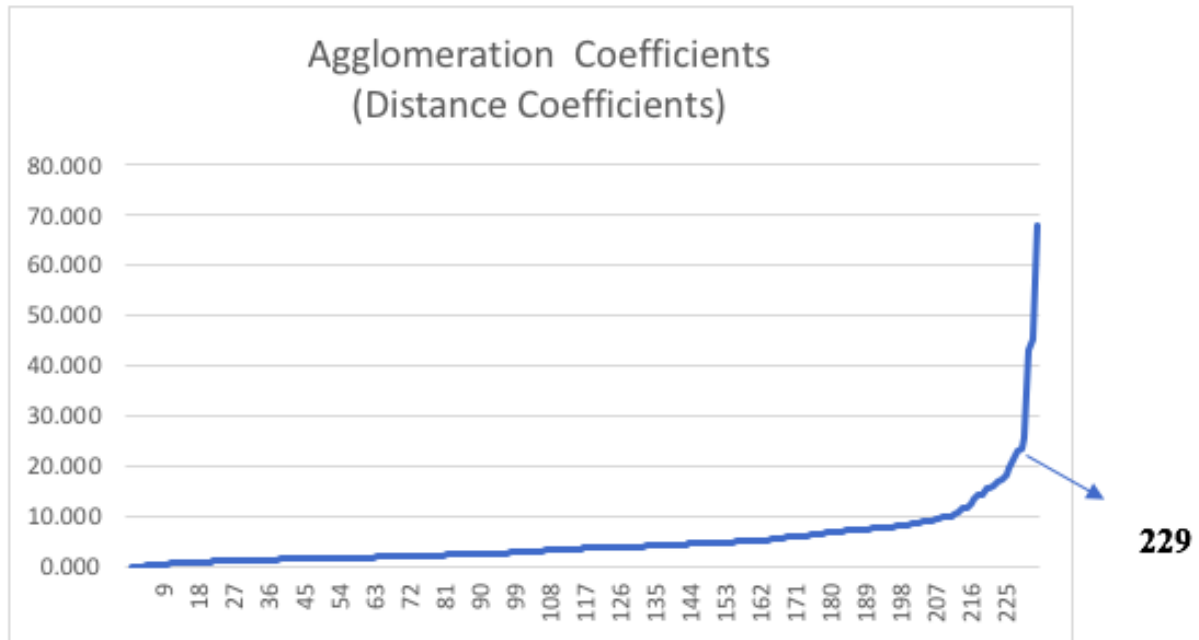


Figure 29. Graph « Agglomeration schedule »

Construit à partir du « Agglomeration schedule » généré à l'aide du logiciel SPSS, le graphique ci-dessus (Figure 29) montre que le nombre de clusters optimal est calculé à partir de la courbe où un coude se forme : ici, le coude est représenté par la valeur 229. À partir ce point du coude qui donne un nombre de clusters optimal à 5 (nombre de répondants / valeur coude), nous pouvons considérer que la variance ne va pas diminuer plus significativement.

La répartition des effectifs dans les cinq clusters propose une représentation tout à fait intéressante des profils en LS de notre population estudiantine :

- un cluster caractérisé par des scores assez hauts dans la plupart des dimensions,
- un autre avec des difficultés nettes dans la plupart des dimensions,
- trois autres intermédiaires.

## Résultats et analyses

Dans le tableau (Tableau 12) suivant, nous pouvons voir des différences de pattern encore plus subtiles :

Domaines 1 à 5 : Score 1-4					
	Profil 1 (Cluster1)	Profil 2 (Cluster2)	Profil 3 (Cluster3)	Profil 4 (Cluster4)	Profil 5 (Cluster5)
1. Se sentir soutenu et compris par les professionnels de santé	3.58	2.81	2.48	2.04	1.44
2. Disposer d'informations suffisantes pour gérer sa santé	3.33	2.99	2.51	2.29	1.94
3. Gérer activement sa santé	2.88	2.97	2.58	2.52	2.55
4. Disposer de soutien social pour sa santé	3.60	3.11	2.91	2.41	1.90
5. Évaluer l'information en santé	3.54	2.86	2.54	2.51	2.00
Domaines 6 à 9 : Score 6-9					
6. Capacité à s'engager activement avec les professionnels de santé	4.50	3.70	3.46	2.80	1.20



## Résultats et analyses

7. Naviguer dans le système de santé	4.63	3.64	3.31	2.72	1.33
8. Aptitude à trouver des informations en santé de bonne qualité	4.44	3.75	3.25	3.02	1.30
9. Compréhension suffisante de l'information pour savoir ce qu'il faut faire	4.35	3.82	3,59	3.10	1.40

Tableau 12. 5 Profils de Littératie en santé (5 clusters)

Le Tableau 12 permet de visualiser les variations dans les différents domaines, pour chaque profil. Cette répartition permet de présenter la diversité des profils de LS dans la population étudiante à l'Université, dans le contexte mauricien.

Le tableau ci-dessous présente les effectifs rapportés aux différents profils obtenus par la méthode hiérarchique, en limitant le nombre de clusters à 5 :

Profils	Profil 1 (Cluster1)	Profil 2 (Cluster2)	Profil 3 (Cluster3)	Profil 4 (Cluster4)	Profil 5 (Cluster5)
Nombre d'étudiants	93	73	54	4	10
Pourcentage	39.7%	31.2%	23.1%	1.7%	4.3%

Tableau 13. Effectifs rapportés aux différents profils obtenus par la méthode hiérarchique

## Résultats et analyses

Les résultats montrent ainsi que le plus grand nombre d'étudiants (soit un taux 39,7%) se trouve dans le cluster 1 (profil 1) : ces étudiants ont un profil en LS plus élevé que les participants des autres clusters, avec des scores moyens qui se situent entre 3.58 et 2.88 dans les domaines 1 à 5 et entre 4.63 et 4.35 dans les domaines 6 à 9. Notons que dans le cluster 1, bien que des étudiants affichent un niveau de LS plus élevé que les autres étudiants dans les autres clusters, le score obtenu dans le domaine 3 « Gérer activement sa santé » est légèrement plus bas que le score relatif à ce domaine dans le cluster 2.

Le cluster 2 regroupe des participants ayant un niveau en LS moins favorable que ceux du cluster 1, avec des scores moyens qui se situent entre 3.11 et 2.81 pour les domaines 1-5, et des scores moyens entre 3.82 et 3.64 pour les domaines 6-9. D'où la réflexion suivante : les étudiants qui ont les meilleures capacités en LS ont malgré tous des difficultés à percevoir leur santé comme relevant de leur responsabilité : ils ont du mal à s'engager dans une perspective d'amélioration ou de maintien de leur santé et le domaine 3 (gérer activement sa santé) demande à être travaillé.

Les deux autres clusters (cluster 2 et cluster 3) représentent 54,3% de notre population : ils réunissent les profils intermédiaires, avec des capacités moyennes dans la plupart des dimensions.

Enfin, les deux clusters 4 et 5 regroupent 6% de notre population : ces étudiants obtiennent des scores bas dans tous les domaines :  $2.55 \pm 1.44$  (domaines 1-5) et  $1.4 \pm 1.2$  (domaines 6-9).

L'ensemble des résultats obtenus via le questionnaire HLQ nous permet d'ores et déjà d'avoir une première « photographie » de la LS des étudiants de notre Université. Pour rappel, dans le contexte mauricien, il s'agit de la première étude sur la LS, d'où son intérêt malgré les limites sur lesquelles nous reviendrons ultérieurement.

## 3.2 Des résultats qui contrastent avec d'autres études

Les analyses présentées dans la partie précédente donnent la possibilité d'identifier les premiers freins, mais aussi des atouts sur lesquels prendre appui en partant des différents profils de LS. En effet, pour mener des interventions éducatives et développer des actions dans le champ de la santé publique, il est pertinent d'identifier les scores les plus faibles (et les plus forts) dans les domaines investigués via le questionnaire HLQ (Haun et *al.*, 2014 ; Osborne et *al.*, 2013).

Le tableau ci-dessous (Tableau 14) répertorie 3 grandes études (mais aussi la nôtre) : il permet déjà de souligner que, même si plusieurs universités étrangères ont commencé à explorer les compétences en LS de leurs étudiants, les études sont pour l'instant focalisées sur ceux qui sont inscrits dans les filières médicales.

Travaux de recherche HLQ	Population/communauté de référence
L'étude LS à Maurice (2020)	Étudiants à l'Université (île Maurice) de la faculté ingénierie, informatique et gestion
Budhathoki et <i>al.</i> (2018)	Futurs professionnels de santé, étudiants inscrits en sciences de la santé (Népal)
Holt et <i>al.</i> (2020)	LS des étudiants en nursing, inscrits au niveau d'entrée et gradué
Mullan et <i>al.</i> (2017)	LS des étudiants qui sont inscrits dans des programmes médicaux et nursing à l'Université en Australie

Tableau 14. Mise en lien des principales études menées sur la LS à travers l'usage du HLQ.

Si ces résultats que nous obtenons contrastent avec les études menées dans d'autres contextes auprès d'étudiants inscrits dans les universités, il reste important d'observer la plus grande prudence car c'est la perspective même d'une "comparaison" qui ne fait pas sens. En effet, la perception de la LS des individus est fonction des systèmes de santé dont ils disposent, dans

## Résultats et analyses

leurs déclinaisons macro, meso et micro contextuelles (Balcou-Debussche, 2016) : toute mise en relation des résultats doit donc être envisagée en termes de mises en contrastes (et non de comparaisons), en vue d'activer nos propres analyses.

Toujours avec la même réserve à propos d'une éventuelle "comparaison", nous rapportons néanmoins les résultats obtenus en LS auprès de diverses populations d'étudiants via l'usage du HLQ (Tableau 15 et Tableau 16).

DIMENSIONS 1 à 5 1<=Score<=4	Maurice	Budhathoki et al. (2018)	Holt et al. (2020)	Mullan et al. (2017)
1.Se sentir soutenu et compris par les professionnels de santé	<b>2,54</b>	2,95	<b>2,93</b>	3,18
2.Disposer d'informations suffisantes pour gérer sa santé	2,68	<b>2,80</b>	3,29	3,29
3.Gérer activement sa santé	2,73	2,86	2,95	<b>3,48</b>
4.Disposer de soutien social pour sa santé	<b>2,88</b>	<b>3,02</b>	<b>3,33</b>	3,24
5.Evaluer l'information en santé	2,77	2,90	3,02	<b>3.02</b>

Tableau 15. Scores dans les domaines 1-5, dans les études menées sur la LS via l'usage du HLQ.

## Résultats et analyses

DIMENSIONS 1<= Score<=5	Maurice	Budhathoki et al.(2018)	Holt et al.(2020)	Mullan et al.(2017)	
6.Capacité à s'engager activement avec les professionnels de santé	3,41	<b>3,43</b>	3,80	3,87	3,99
7.Naviguer dans le système de santé	<b>3,33</b>	3,48	<b>3,70</b>	<b>3,84</b>	<b>3,92</b>
8.Aptitude à trouver des informations en santé de bonne qualité	3,41	3,47	<b>4,07</b>	<b>4,25</b>	4,23
9.Compréhension suffisante de l'information pour savoir ce qu'il faut faire	<b>3,56</b>	<b>3,66</b>	3,97	4,18	<b>4,24</b>

Tableau 16. Scores dans les domaines 6-9, dans les études menées sur la LS via l'usage de HLQ.

Le tableau ci-dessus montre que les scores sont très diversifiés dans les différents domaines de la LS, quelle que soit la diversité des contextes dans lesquels les études ont été menées. (Budhathoki et al., 2018 ; Holt et al., 2020 ; Mullan et al., 2017). Dans ces études, nous constatons que les atouts relatifs à la première partie du questionnaire (dimensions 1 à 5) se situent plutôt au niveau de la dimension 4 (disposer de soutien social pour sa santé). C'est particulièrement net dans notre étude auprès des étudiants mauriciens, mais aussi dans les études de Budhathoki et al. (2018) et Holt et al. (2020). Quant aux besoins, les résultats montrent qu'ils sont différents d'une étude à l'autre.

## Résultats et analyses

S'agissant de la deuxième partie du questionnaire (dimensions 6 à 9), les besoins se font ressentir plutôt au niveau de la dimension 7 (naviguer dans le système de santé), à la fois dans notre étude auprès des étudiants mauriciens, mais aussi dans les recherches de Holt et *al.* (2020) et Mullan et *al.* (2017). Dans cette partie, les atouts les plus importants se situent au niveau de la dimension 9 (compréhension suffisante de l'information pour savoir ce qu'il faut faire) : ces résultats s'observent dans notre étude ainsi que dans celles de Budhathoki et *al.* (2018) et Mullan et *al.* (2017). La synthèse des résultats obtenus grâce aux différentes études menées au sein des universités est représentée ci-dessous (Figure 30 et Figure 31) :

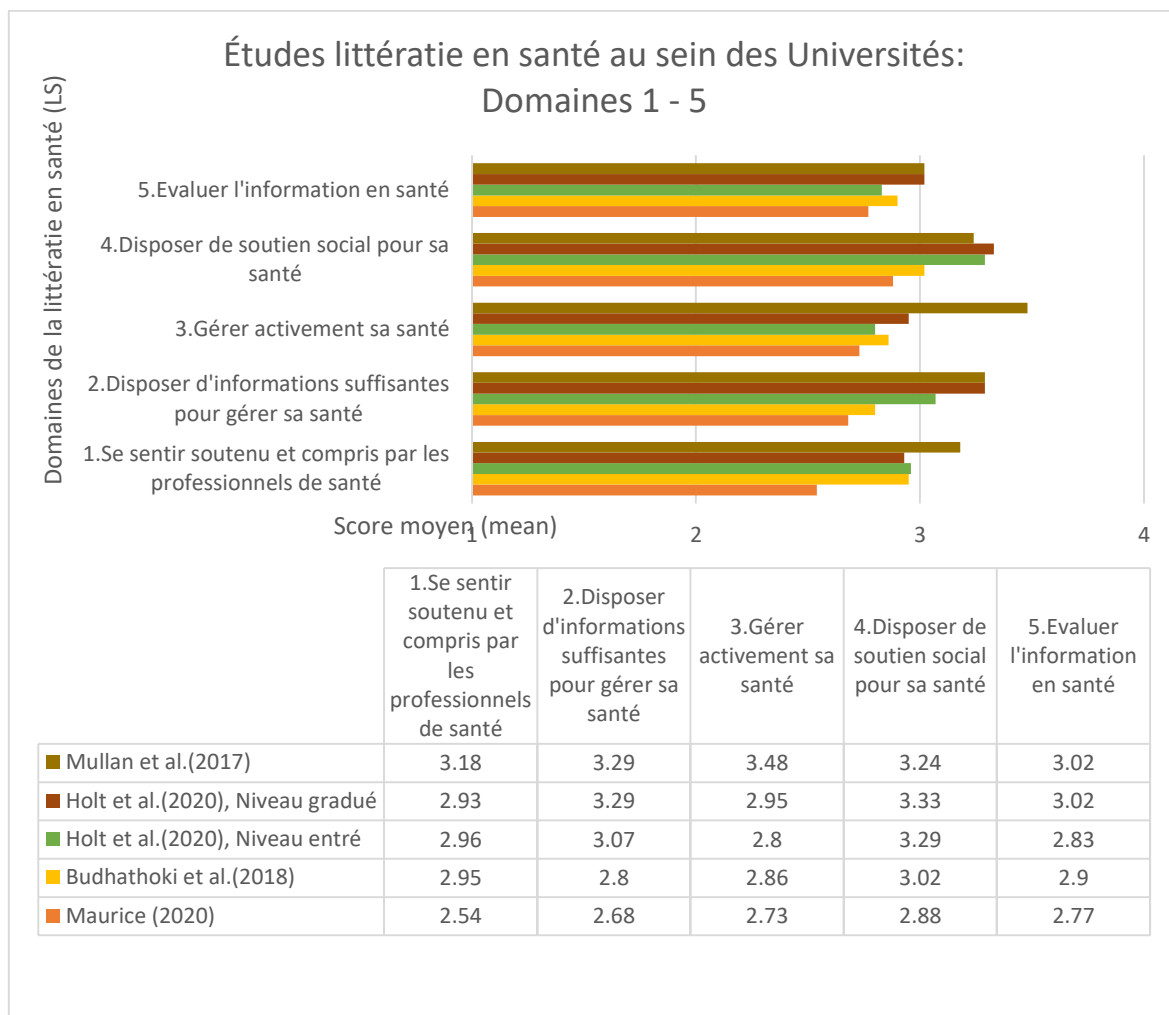


Figure 30. Études littératie en santé au sein des Universités : Domaines 1-5.

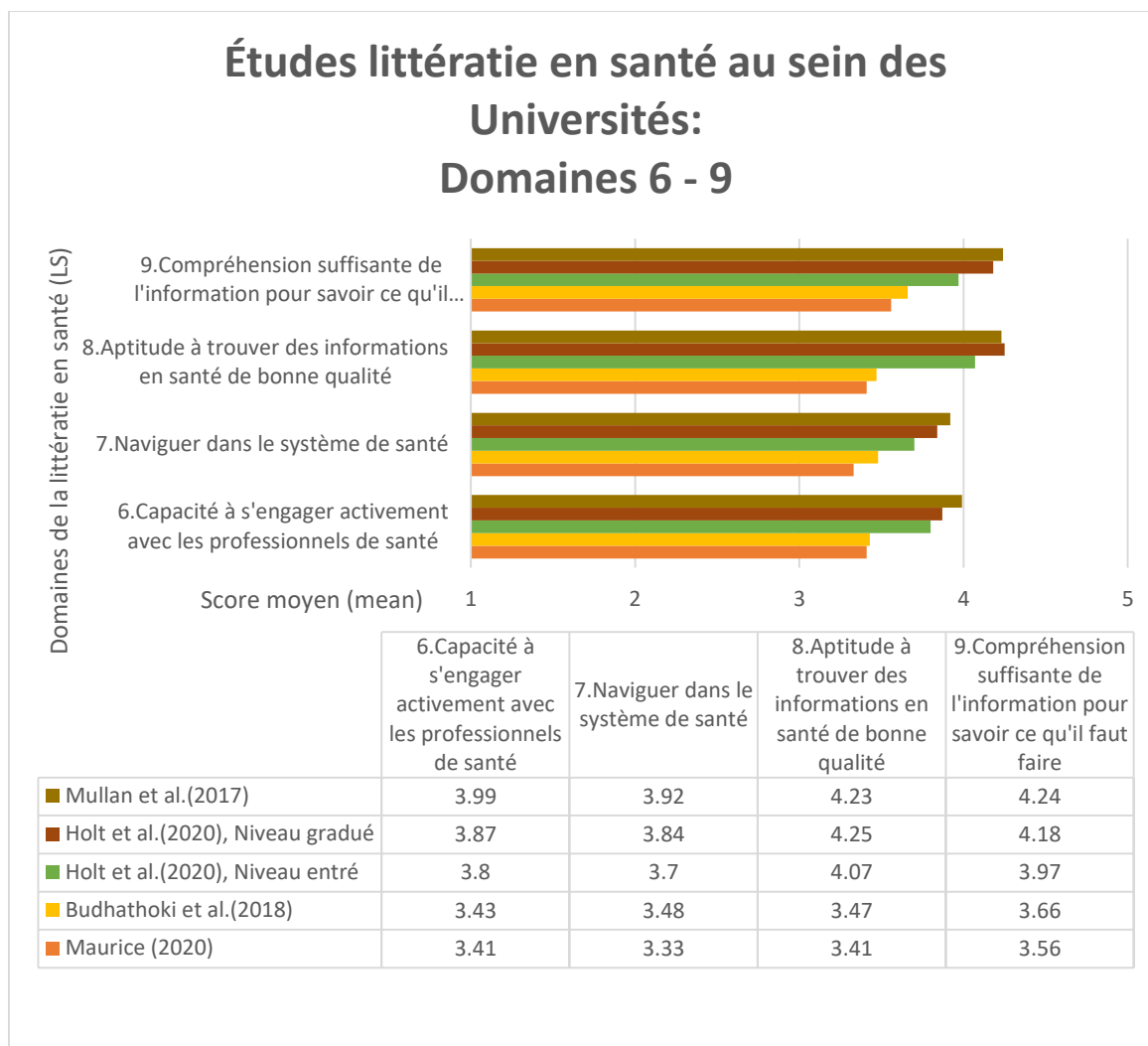


Figure 31. Études littératie en santé au sein des Universités : Domaines 6-9.

Les résultats de l’analyse du HLQ faite sur une population estudiantine (N=234) de l’université, (présentés dans le Tableau 11 ont montré que dans l’ensemble, les étudiants ont rapporté des scores plutôt bas dans toutes les dimensions mesurées par le questionnaire HLQ. En confrontant les scores de l’université mauricienne avec les scores rapportés dans d’autres universités (Figure 31 et Figure 32), nous constatons que les scores de nos étudiants sont plus bas que ceux des autres universités, au niveau de toutes les dimensions du HLQ.

## 3.3 Ce que nous disent les discours

### 3.3.1 Le déroulement des situations d'apprentissage

Pour rappel (voir Chapitre 2, page 100-102), le cycle éducatif que nous avons mis en place à l'Université comprenait au total cinq sessions d'éducation en santé qui portaient sur deux thématiques complémentaires : « Apprendre à maîtriser le risque cardiovasculaire (RCV) » et « Apprendre à repérer les graisses dans l'alimentation ». Dans le cadre de cette recherche, nous avons travaillé essentiellement sur la thématique RCV : nous avons analysé le verbatim de deux sessions d'éducation en santé sur cette thématique. L'une des séances était encadrée par une nutritionniste alors que l'autre était encadrée par une formatrice spécialisée en éducation en santé. Les deux séances ont duré approximativement deux heures. Dans les deux cas, les formatrices étaient accompagnées et secondées par une infirmière.

Les catégorisations et les façons de procéder ayant été définies au préalable (Tableau 7), nous proposons maintenant de présenter les résultats du codage des unités. Si c'est l'objet principal des lignes qui suivent, nous tenons à présenter (avant la présentation des résultats) quelques exemples d'énoncés tels que nous les avons catégorisés dans l'un ou l'autre des trois domaines de la LS (Tableau 17) :

Dimensions de la LS	Exemples d'énoncés produits lors des séances éducatives
Accès à l'information	<p>F. il y a le mauvais et le bon cholestérol.</p> <p>F. alors, dans chaque colonne, nous allons mettre le résultat et puis nous allons mettre les points.</p> <p>F. dans chaque colonne, nous allons mettre le résultat et puis nous allons mettre les points.</p> <p>F. maintenant, là où on a déjà gagné 10 points, on ne peut pas prendre ça, car on a déjà atteint le maximum.</p> <p>P. quelle quantité de féculents avons-nous besoin ?</p>



## Résultats et analyses

<b>Compréhension</b>	<p>F. est-ce que vous pouvez me dire ce que vous voyez ?</p> <p>F. alors, qu'est-ce que vous arrivez à déduire de ce tableau ?</p> <p>F. plus on s'éloigne de 60, ça veut dire que nous sommes à risque d'avoir des problèmes d'artères. D'accord ?</p> <p>F. alors, à la page 3, vous allez me dire ce que vous voyez. Allez !</p> <p>P. artère bouchée.</p> <p>F. et en jaune, c'est ?</p> <p>P. la graisse.</p> <p>F. exactement.</p>
<b>Décision</b>	<p>F : alors, monsieur A, quelle action avez-vous choisi ?</p> <p>P : No. 1, je mange moins salé. 3 points.</p> <p>P : et 5, je limite l'apport de graisses.</p> <p>F : monsieur R, quelle action avez-vous choisi ?</p> <p>P : no.7, je marche 30 minutes par jour.</p> <p>P : et « j'arrête de fumer », action 10.</p> <p>P : je mange des repas équilibrés. Une fois par jour les viandes et le poisson.</p>

Tableau 17. Exemples d'énoncés de la LS : accès et compréhension de l'information et prise de décisions.

Le tableau qui suit (Tableau 18) reprend quelques extraits de discours en vue d'illustrer, cette fois, la façon dont nous distinguons ce qui se rapporte à la séance éducative elle-même, et ce qui se rapporte au « contexte ordinaire » dans lequel les savoirs travaillés en séance éducative vont *a priori* se réinterpréter.

Contenus Séances versus Contenus Contextuels	Exemples d'énoncés produits lors des séances éducatives
<b>Contenus Livret (Séance)</b>	<p>F. alors, dans chaque colonne, nous allons mettre le résultat et puis nous allons mettre les points.</p> <p>F. vous allez me donner les résultats et les points, quand vous avez fini de faire le total.</p> <p>F. on va prendre tous les résultats et les points.</p> <p>F. donc, vous allez voir que pour chaque variable, on gagne 10 points, donc 60 points, c'est le maximum.</p> <p>F. ça veut dire que petit à petit, la graisse s'accumule dans notre plaque d'athérome.</p> <p>F. si vous avez un jardin, si vous faites les trois, vous cochez les trois.</p> <p>F. vous n'en faites qu'1 ou 2...</p> <p>F. je prépare les plats moi-même, j'achète des plats préparés ou quelqu'un les prépare pour moi.</p> <p>F. je mange plus souvent seul, en famille, en collectivité, au restaurant.</p> <p>P : si, je prépare mes repas moi-même, mais ce n'est pas souvent.</p>

## Résultats et analyses

<p>Contenus hors-livret (Contexte)</p>	<p>F. nous mangeons tellement mal, trop de fast food, à chaque coin de rue on trouve des marchands ambulants, des gâteaux piments, des dholl pouri, des fritures...</p> <p>F. rougail Glenryck, si c'est bon, mais on ne doit pas y ajouter tout plein de sel.</p> <p>F. paneer c'est un type de fromage, ce n'est pas vraiment ça le teokon.</p> <p>F. ils ont besoin de protéines pour le bon fonctionnement de l'organisme, mais le problème qu'on rencontre à Maurice, c'est le diabète, c'est quelque chose qui est en train de ruiner la santé de nos jeunes, ce sont ces féculents. On en mange beaucoup trop.</p> <p>F. malheureusement, à Maurice, nous avons tendance à manger beaucoup trop de riz.</p> <p>F. c'est le gros problème sur nos assiettes.</p> <p>F. on mange une assiette de riz comme une montagne avec un peu de purée de pomme de terre ou des pommes de terre frites...</p>
--	--

Tableau 18. Quelques extraits de discours

## Résultats et analyses

Suite à la répartition des énoncés entre les trois catégories de la LS (accès à l'information, compréhension et décision), voici la répartition que nous obtenons pour les deux sessions éducatives (Figure 32) :

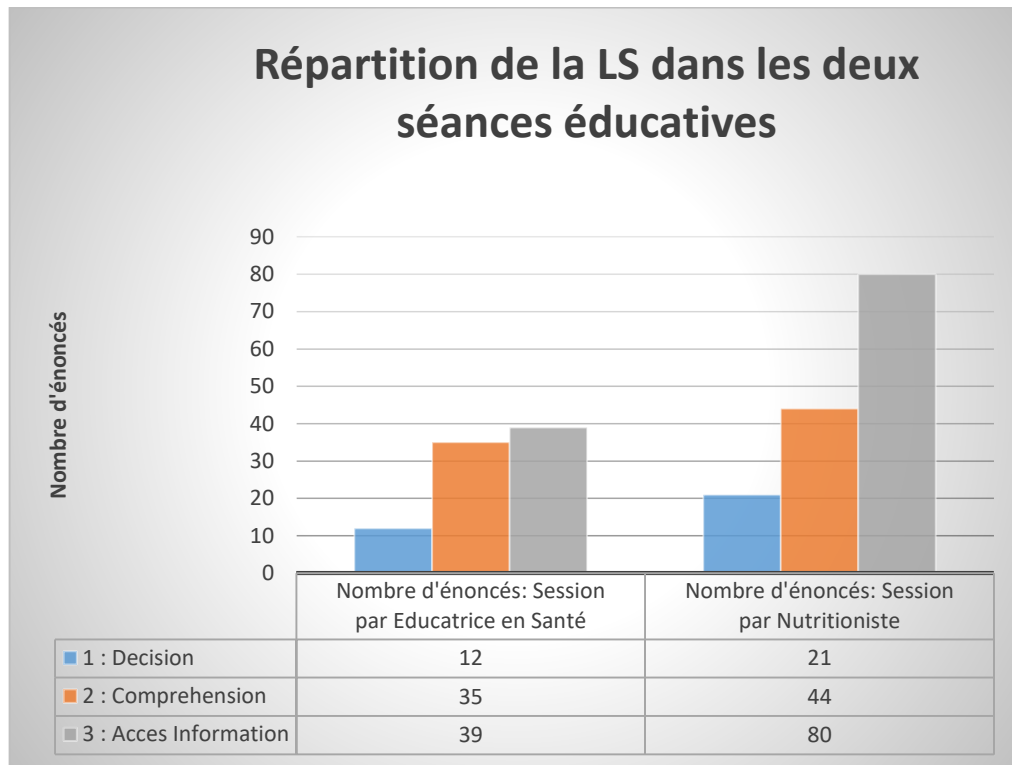


Figure 32. Le nombre d'énoncés répartis en dimensions de la LS dans les deux séances analysées.

La figure ci-dessus montre que le nombre d'énoncés diffère largement d'une situation d'apprentissage à l'autre (par la nutritionniste, vs la formatrice en santé) avec 145 énoncés d'une part, versus 86 de l'autre. Cette différence s'explique notamment par la différence de durée des sessions : la 1<sup>ère</sup> session a duré 2 heures et 48 minutes tandis que l'autre s'est déroulée sur 1 heure et 21 minutes.

Dans les deux situations, nous observons également que la dimension « accès à l'information » est la plus investie, suivie par la compréhension de l'information. La dimension « prise de décisions » est très peu exploitée, ce qui rejoint les résultats obtenus dans d'autres contextes (Balcou-Debussche, 2014, 2016).

Afin d'approfondir un peu plus nos analyses, nous avons également cherché à identifier les parts respectives d'énoncés qui se rapportent à la séance éducative elle-même et celles qui se rapportent au « contexte ordinaire » de chaque apprenant. Dans la 1<sup>ère</sup> session éducative, les savoirs travaillés autour du contexte et de la séance sont respectivement de 53.21% et 46.79%. Dans la 2<sup>nde</sup> session, les résultats sont de 57.55% versus 42.45%, ainsi que le souligne le graphique ci-dessous (Figure 33).

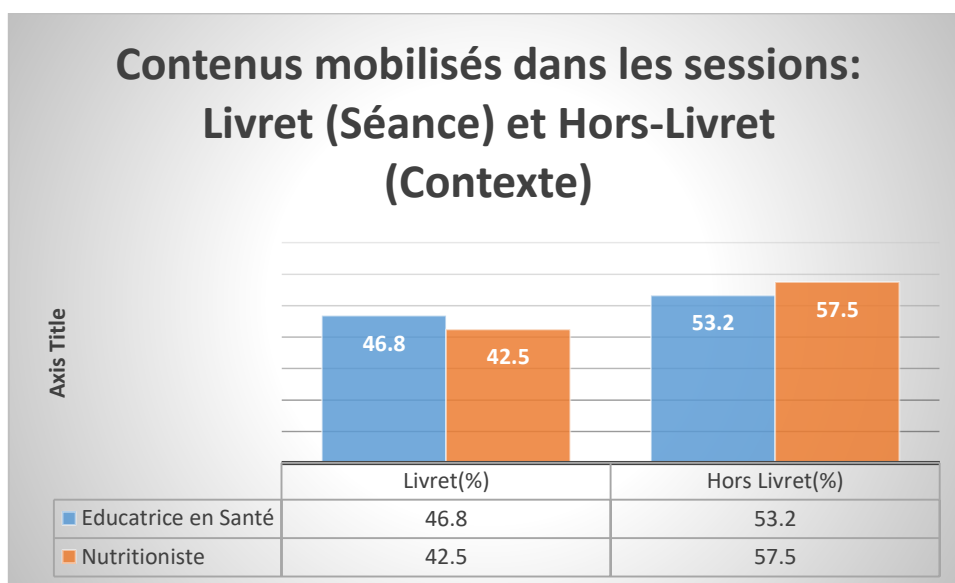


Figure 33. Contenus mobilisés dans les sessions : Livret (Séance) et Hors-Livret (Contexte).

Quelle que soit la situation éducative (et quelle que soit la formatrice qui l'anime), les savoirs contextuels apparaissent privilégiés, ce qui mérite d'être souligné au vu des enjeux en matière de santé (la santé étant directement en lien avec les contextes familiaux, sociaux, culturels...).

Quant au total des interventions des formateurs, il dépasse largement le total des interventions des participants (Figure 34). Au cours des deux sessions, les prises de parole des participants sont respectivement de 1.94% et 6.15%, ce qui représente un résultat faible (voire très faible) par rapport aux interventions des formatrices.

## Prise de paroles : Formateur et Apprenants

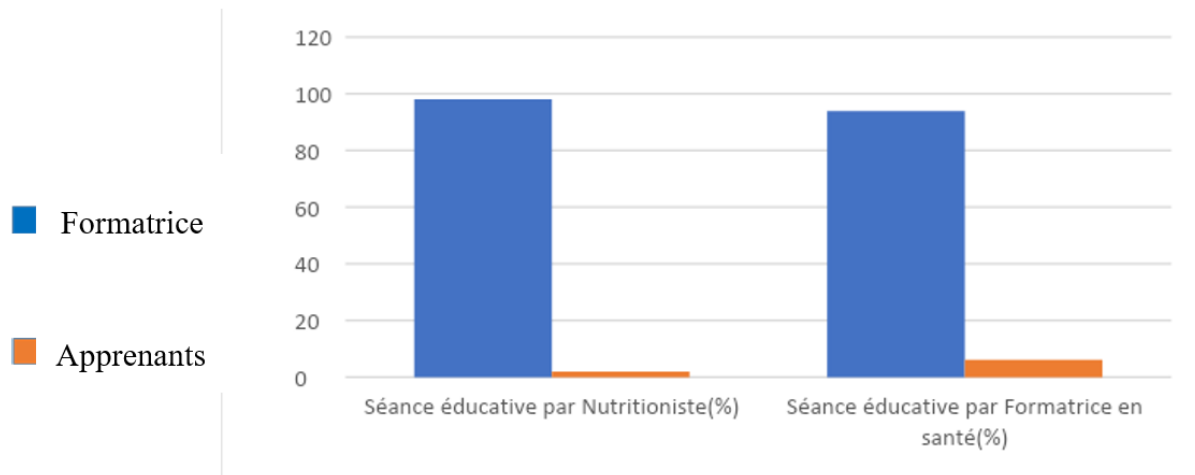


Figure 34. Prise de paroles : Formateur et Apprenants.

### 3.3.2 Nuage de Mots

Pour compléter nos analyses, nous avons pu réaliser des nuages de mots grâce au logiciel NVIVO. Nous avons intégré les verbatim des deux sessions (Figure 35), ce qui nous a permis d'établir la liste des mots les plus fréquemment utilisés dans les discours (et donc, dans nos transcriptions). Nous avons limité notre recherche à un maximum de 100 mots, en prenant en compte les mots de quatre lettres ou plus.

## Résultats et analyses

dire	dans	bane	points	meme	manz	parski	zafer	avec	plus				
				trouver	action	fini	disik	arriver	tension	c'est			
		veut	alle		cause	coup	diabā	choisir	type	aster	point		
bann	gagne		couma	cholesterol									
		aussi		guet	test	capave	diabēt	fimer	mange	trop	trouve		
	cest		tout	alors	coume	vine	fois	hba1c	ladan	manzer	soit		
bizin		pran		maintenant		disel	allez	tour	bocou	compran	diffā		
		monsieur		conner	vous	encore	commenc	diminuer	aller	arrive	carbohydr		
capav	mais	donc		imper	seki	moins	personne	etre	page	eski	fait	pena	aprā
			bien	dimoune	total	pour	tous	peut	santā	augmer	kifer	santā	temps
					leria	lecrops	tousala	taille	tabac	envie	mone	vini	après

Figure 35. Nuage de mots réalisés à partir du verbatim de deux sessions.

Les mots les plus fréquemment utilisés sont les suivants :

Les mots en créole mauricien	L'équivalent en français	Fréquence
Dire	dire	258
Bizin	faut	185
Capav	peut	178
Points	points	84
Cholesterol	cholestérol	49
Disik	sucre	41

## Résultats et analyses

Tension	tension	37
Diabete	diabète	23
Disel	sel	22
Hba1c	Hba1c	21
Compran	comprendre	19

Tableau 19. Fréquence des mots

Les mots le plus souvent mobilisés se rapportent aux habiletés (dire, peut et comprendre), mais la focale est également mise sur l'importance et le devoir (faut). Quant aux paramètres de santé évoqués dans le support didactique sur le risque cardiovasculaire, nous avons surtout identifié le cholestérol, le diabète (sucre), la tension et l'Hba1c. Les apprenants mentionnent enfin combien les points (ceux qui permettent de calculer le « total santé ») sont des repères importants pour pouvoir réaliser soi-même une analyse de sa propre santé.

Les résultats présentés dans le Figure 32 montrent que les étudiants qui ont bénéficié des séances éducatives ont eu l'opportunité d'avoir accès à des informations relatives à leur santé : 39 et 80 énoncés qui sont relatifs à l'accès à l'information dans les sessions encadrées par l'éducatrice en santé et nutritionniste respectivement. Les analyses soulignent aussi que ces étudiants ont pu travailler des savoirs par rapport à la compréhension (35 et 44 énoncés dans chacune de sessions), ce qui est en jeu pour se maintenir en bonne santé, et prendre des décisions d'actions (12 et 21 énoncés) à mener en faveur de leur santé en tenant compte de leurs contextes quotidiens. Les formateurs parviennent à développer la LS à travers les séances éducatives en amenant les participants à travailler, à parler, à se questionner, à calculer, à observer et à analyser à partir du support didactique. Cependant, même s'ils se reposent sur des faits et exemples en lien étroit avec les contextes connus des participants, ils ne parviennent pas



## Résultats et analyses

suffisamment à favoriser les interactions et les prises de parole. La répartition entre les prises de parole du formateur et celles des apprenants n'est pas équitable (Figure 34).

L'analyse de contenu thématique présentée dans ce chapitre nous permet ainsi de mettre en exergue les points forts et les limites du travail qui se réalise lors des situations d'apprentissage. Nous observons ici que ce travail éducatif, mené à un niveau micro-situationnel dans un environnement et un contexte où l'éducation en santé est quasiment inconnue, se révèle fort limité par le fait que les autres niveaux (mésos et macro contextuels) n'intègrent pas encore suffisamment les nécessités de développement d'une éducation à la santé ouverte et accessible à tous. Si l'on voit néanmoins qu'un travail structuré sur la LS reste un atout à construire et à développer dans ce contexte spécifique (l'île Maurice), il y a aussi lieu de mesurer la pertinence d'adaptations pour pouvoir prendre en considération les valeurs et les cultures différentes, en vue de mieux répondre aux spécificités de la population. Pour développer des séances éducatives en santé dans des environnements universitaires l'enjeu n'est-il pas désormais de mettre la focale sur la formation des formateurs, dans ce type d'environnement ? L'éducation à la santé étant quasi inconnue dans le contexte mauricien, une formation de formateurs sur les situations d'apprentissage en santé ne serait-elle pas susceptible de conduire les formateurs vers un agencement plus homogène des sessions d'éducation, que ce soit en termes de durée, d'interactions entre le formateur et les apprenants, et/ou de répartition des savoirs à travailler en séance et en contexte ?

## 3.4 Conclusion

Les résultats quantitatifs obtenus à partir du questionnaire HLQ (N=234) ont permis d'identifier les atouts et les limites de la LS d'étudiants à l'Université. Notons que dans la plupart des dimensions, les scores sont bas, comparativement à d'autres études menées dans d'autres contextes. La mise en exergue de ces scores relativement bas invite ainsi à ce que l'ensemble des dimensions de la LS soit travaillé avec la population, à Maurice, en insistant plus particulièrement sur la dimension 1 « se sentir soutenu et compris par les professionnels de santé » et sur la dimension 7 « naviguer dans le système de santé ».

## Résultats et analyses

En complément, les résultats qui proviennent de nos données qualitatives (issues de l'observation des sessions éducatives) ont permis d'identifier la distribution des trois principales composantes de la LS : l'accès aux savoirs reste privilégié durant les séances, suivi de temps et d'échanges relatifs à compréhension des savoirs en jeu. La prise de décisions en matière de santé, par les apprenants, reste relativement sous exploitée par les formatrices (et donc, par les étudiants, qui sont peu stimulés dans ce sens). Nos analyses ont aussi permis d'étudier la répartition des savoirs travaillés durant les séances, selon qu'ils se rapportent à la séance elle-même (y compris au support didactique utilisé) ou au « contexte ordinaire » de l'apprenant : ce « contexte ordinaire » est assez largement mobilisé au cours des séances, ce qui semble constituer un atout puisque les formateurs font (faire) le lien entre les savoirs en jeu dans la séance et leur mobilisation en famille, au travail... Enfin, nous observons une répartition largement inéquitable entre les interventions des formateurs et celles des apprenants : le discours des formateurs reste majoritairement dominant, ce qui laisse peu de place aux étudiants pour qu'ils rendent compte de ce qu'ils observent, comprennent ou interrogent, tout au long de la séance éducative.

Au-delà des limites de notre travail, considérons néanmoins que les résultats obtenus via le croisement des méthodes quantitatives (HLQ) et qualitatives (observation des situations d'apprentissage et entretiens) devraient potentiellement permettre aux acteurs de travailler sur une possible intégration de l'éducation en santé à Maurice, y compris à l'Université. Des développements allant dans ce sens permettraient, à terme, de répondre aux besoins en LS des étudiants à l'Université dans le contexte mauricien, tant du côté de l'accès et la compréhension de l'information que de la prise de décisions adaptées en faveur de la santé. Les autorités pourraient en effet s'appuyer sur cette première recherche pour relever le défi d'améliorer le niveau de la LS des étudiants au sein des institutions. De nouvelles structurations dans les établissements tertiaires pourraient être discutées et analysées : parmi les perspectives à privilégier, retenons d'ores et déjà la possibilité d'une introduction de l'éducation en santé dans le cursus universitaire de tous les étudiants, en incluant diverses actions d'accompagnement dans le cadre de la prévention en santé. Les autorités concernées pourraient s'interroger sur les façons de mobiliser de nouvelles ressources potentielles pour que notre population, que nous appellerons désormais « population de référence » puisse bénéficier d'une meilleure santé sur

## Résultats et analyses

le long terme, ainsi qu'une meilleure qualité de vie. En analysant ce qui se produit avant et au cours d'une intervention éducative (avec une partie de ces étudiants), notre recherche produit d'autres données complémentaires, que nous suggérons de découvrir dans les pages suivantes. Les résultats obtenus *via* le croisement des méthodes quantitatives (HLQ) et qualitatives (Nid d'apprentissage) devraient potentiellement permettre aux acteurs de travailler sur l'intégration de l'éducation en santé pour répondre aux besoins en LS (accès et compréhension de l'information et la prise de décisions en faveur de la santé) des étudiants à l'université dans le contexte mauricien.

Les autorités pourraient ainsi s'appuyer sur cette recherche pour relever le défi d'augmenter le niveau de la LS des étudiants au sein des institutions à travers de nouvelles structurations dans les établissements tertiaires : parmi les perspectives à privilégier, retenons d'ores et déjà la possibilité d'une introduction de l'éducation en santé dans le cursus universitaire de tous les étudiants, en incluant diverses actions d'accompagnement dans le cadre de la prévention en santé. Les autorités concernées pourront ainsi s'interroger sur les façons de mobiliser des ressources potentielles pour que notre population, que nous appellerons désormais « population de référence » puisse bénéficier d'une meilleure santé sur le long terme, ainsi qu'une meilleure qualité de vie. En analysant ce qui se produit avant et au cours d'une intervention éducative avec une partie de ces étudiants, notre recherche produit d'autres données complémentaires, que nous suggérons de découvrir dans les pages suivantes.

## 4 ANALYSES QUANTITATIVE ET

### QUANTITATIVE

#### 4.1 L'évolution entre « avant » et « après » les séances éducatives

La fin des interventions éducatives et les analyses menées jusqu'ici n'ont pas marqué la fin de notre projet de thèse, puisqu'il restait encore à objectiver des réponses à certaines questions de recherche. Même si nous percevons cette dernière étape de notre processus de recherche comme étant « l'après » projet de Recherche-Intervention, c'est loin d'être une étape "évaluation" telle qu'elle est décrite par l'Inserm (2001) - comme une étape qui invite à comprendre l'application du programme et comment il a été vécu, compris et accepté-. Notre travail a plutôt pour but d'analyser l'évolution des résultats obtenus via le questionnaire HLQ à travers deux temps distincts : avant et après les sessions d'éducation en santé. La première situation d'apprentissage sur les risques cardiovasculaires (RCV) a permis aux apprenants de calculer la santé potentielle de leurs artères, à travers le calcul du « total santé » qu'ils ont obtenu à partir des variables biomédicales. La seconde situation d'apprentissage sur l'identification des graisses dans l'alimentation (Graisses) a permis de distinguer les graisses saturées et insaturées dans plus d'une centaine d'aliments : les apprenants étaient amenés à confronter leurs pratiques alimentaires habituelles aux recommandations (Balcou-Debussche, 2014).

Dans cette partie, notre projet consiste à pouvoir identifier les apports potentiels des interventions éducatives, en les appréhendant à la fois d'un point de vue qualitatif, mais aussi à travers l'évolution des différentes échelles mesurées par le questionnaire HLQ (en considérant l'intégralité du questionnaire HLQ qui, pour rappel, comprend neuf

## Analyse quantitative et qualitative

dimensions). Nous avons donc mobilisé une méthodologie mixte, ce qui nous a permis de travailler selon les deux directions complémentaires suivantes :

- d'une part, une analyse quantitative (en ayant recours aux questionnaires HLQ) des résultats obtenus à partir d'un pré-test et d'un post-test proposés à un groupe d'étudiants ayant participé à au moins une, voire deux sessions éducatives en santé ;
- d'autre part, une approche qualitative à travers l'analyse d'entretiens semi-directifs (en nous appuyant sur la grille DLS adaptée).

En combinant ces deux perspectives, notre objectif est de rendre intelligible notre première approche de la littératie en santé dans le contexte mauricien, auprès d'une population d'étudiants à l'université (voir Chapitre 3, page 116-145).

### 4.1.1 Déroulement

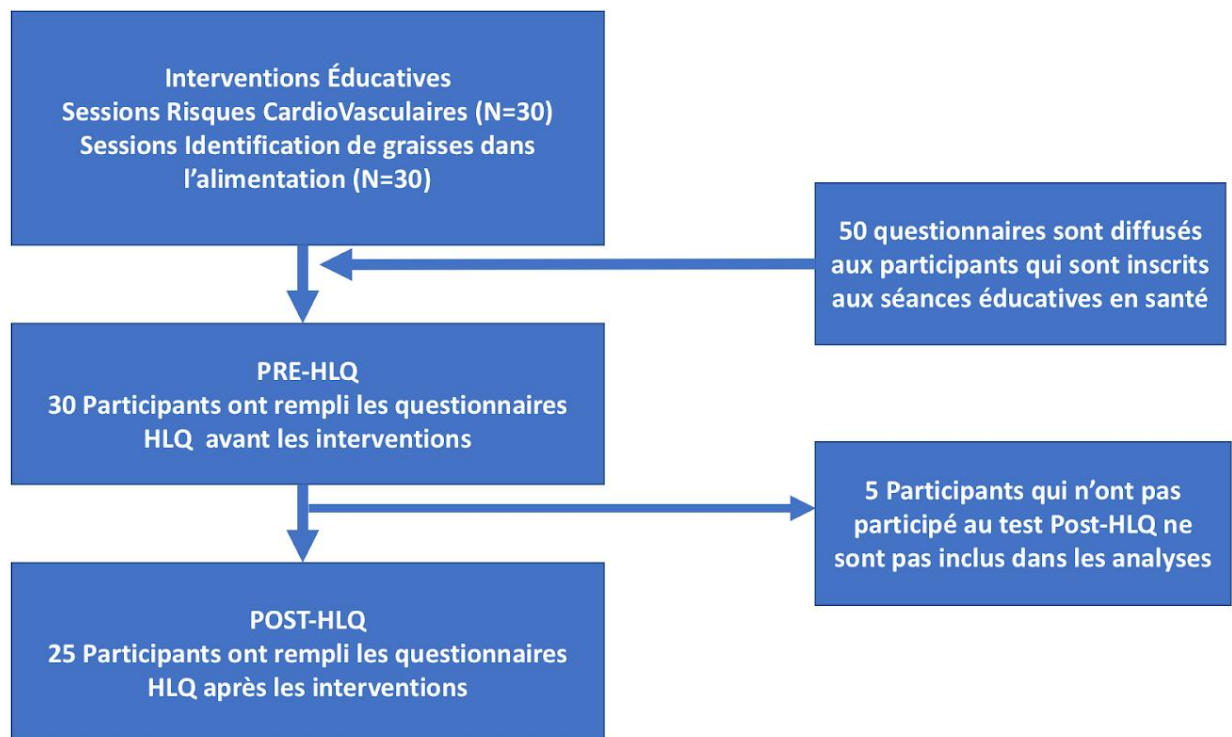


Figure 36. Déroulement du pré-test et post-test HLQ

### 4.1.2 Étape pré-test

Avant le démarrage des interventions éducatives en santé, les liens (en ligne) du questionnaire HLQ ont été transmis à tous les participants qui avaient donné leur consentement pour participer aux sessions éducatives. Sur un total de 50 questionnaires diffusés, 30 répondants ont rempli le questionnaire HLQ.

Ces 30 étudiants (qui ont participé au pré-test du HLQ) ont tous participé à la session éducative sur la thématique « Les Risques Cardiovasculaires ». Parmi ces 30 étudiants, seuls 18 d'entre eux ont choisi de participer aussi à la session éducative sur « L'identification des graisses dans l'alimentation ».

### 4.1.3 Étape post-test

À la fin des interventions (plus précisément 12 mois après que les participants aient répondu aux questionnaires HLQ du pré-test), les étudiants ont été de nouveau sollicités pour participer à une post-étude de HLQ. Ils ont été appelés à répondre aux questionnaires HLQ : les répondants (N=25) ont donc rempli une deuxième fois le même questionnaire, dans son intégralité.

### 4.1.4 Méthodes d'analyse

Avant de choisir les méthodes d'analyse pour ce type d'étude pré-post, nous avons recensé les écrits relatifs aux travaux qui ont déjà fait l'usage des questionnaires HLQ en vue d'établir les besoins en LS et concevoir des interventions éducatives (ou évaluer des interventions éducatives en santé) dans des contextes variés (Muscat et *al.*, 2019; Beauchamp et *al.*, 2017; Goeman et *al.*, 2016). Bien que ces méthodes soient appliquées dans des contextes différents du nôtre, leur analyse apporte des éclairages pertinents pour nos propres questionnements.

Considérée comme étant la première de ce type, l'étude menée par l'équipe de Muscat a évalué l'impact d'un programme d'autogestion de maladies chroniques en Australie, dans le but d'améliorer les différentes dimensions de la LS d'une population. L'équipe de chercheurs a mobilisé un design pré-post à travers l'outil HLQ : l'analyse statistique utilisée

## Analyse quantitative et qualitative

pour comparer les moyens de scores dans les différents domaines était le test *t* (t-test), plus précisément le « paired sample t-test » (Muscat et al., 2019). Le « paired sample t-test » est approprié pour des échantillons appariés qui comparent les sujets avec eux-mêmes<sup>55</sup>.

Un autre projet de recherche (Beauchamp et al., 2017) a eu pour but de développer et tester une approche connue sous l'acronyme "Ophelia" (*Optimise Health Literacy and Access*). Cette recherche vise à identifier les besoins de la LS d'une communauté/population et à développer de façon participative des interventions qui répondent à ces besoins. L'approche Ophelia constitue aussi une phase d'évaluation qui a recours à une étude pré-post test de HLQ. Les changements au niveau des scores dans les différentes dimensions de l'étude pré-post test sont déterminés par la taille de l'effet (*Effect Size*) qui indique le degré d'existence d'un phénomène dans un échantillon donné (Cohen, 1988, p.9). Les tailles d'effets (ES) conventionnelles proposées par Cohen (1988) sont petites si ES=0.1, moyennes si ES=0.3 et fortes si ES=0.5.

L'approche Ophelia a été appliquée dans un autre projet qui avait pour objectif l'optimisation de la LS dans une communauté qui comprend des personnes âgées, diabétiques, qui reçoivent des soins médicaux à leur domicile (Goeman et al., 2016). Durant la phase d'évaluation, les chercheurs ont eu recours à l'étude pré-post test du HLQ, mais cette fois, pour des raisons justifiées, seules trois dimensions (2, 5 et 9) ont été retenues. Les scores HLQ ont été analysés en utilisant la taille de l'effet et les interprétations se présentent comme suit : "petit" si l'effet est entre 0.20 et 0.50 ; "moyen" s'il est entre 0.50 et 0.80 ; "grand" s'il est plus grand que 0.80, avec un intervalle de confiance (Confidence Interval) de 95%.

Dans notre recherche, les critères que nous utilisons pour l'analyse sont :

1. La comparaison de la moyenne des scores obtenus dans les neuf dimensions du questionnaire HLQ (pour l'ensemble des pré-tests) avec ceux obtenus pour l'ensemble des post-tests. Seuls les participants qui ont répondu à la fois au pré-test et au post-test ont été inclus dans l'analyse comparative des scores (N=25). Nous

---

<sup>55</sup> <http://spss.espaceweb.usherbrooke.ca/pages/stat-inferentielles/test-t-pour-echantillons-apparies.php>

## Analyse quantitative et qualitative

avons porté notre analyse sur cet effectif réduit et les résultats sont présentés dans le Tableau 21.

2. Nous avons vérifié l'importance des différences entre les moyennes de scores grâce à un test t (*Paired t test*) qui nous permet de déterminer les différences entre les deux groupes lorsque les données sont "pairées" : dans ce cas précis, nous avons comparé les différentes dimensions du questionnaire HLQ du pré-test et du post-test. La valeur  $p$  déduite dans les analyses effectuées dans SPSS en ayant recours à la fonctionnalité « *paired t-test* », nous a permis d'établir si les différences entre les scores au niveau des domaines de la LS sont statistiquement significatifs ou non-significatifs. Le seuil usuel est de 5% : au-dessus de cette valeur, les différences sont statistiquement non-significatives. En sciences sociales, le résultat « est dit statistiquement significatif » si la valeur  $p$  est inférieure à 0.05 -qui est un seuil de signification arbitraire dans le domaine des sciences sociales- (Bourque, Blais et Larose, 2009, p. 215).
3. La signification statistique complétée par la taille de l'effet nous permet de déterminer la taille de l'effet en prenant appui sur les critères de Cohen qui vont déterminer si la taille est petite, moyenne ou grande (Cohen, 1988).

### 4.1.5 Résultats des analyses du Pré-Post HLQ

Les résultats comparatifs des moyennes de scores obtenus au pré-test et au post-test du HLQ (au niveau de chaque dimension) sont présentés dans les Figure 37 et Figure 38.



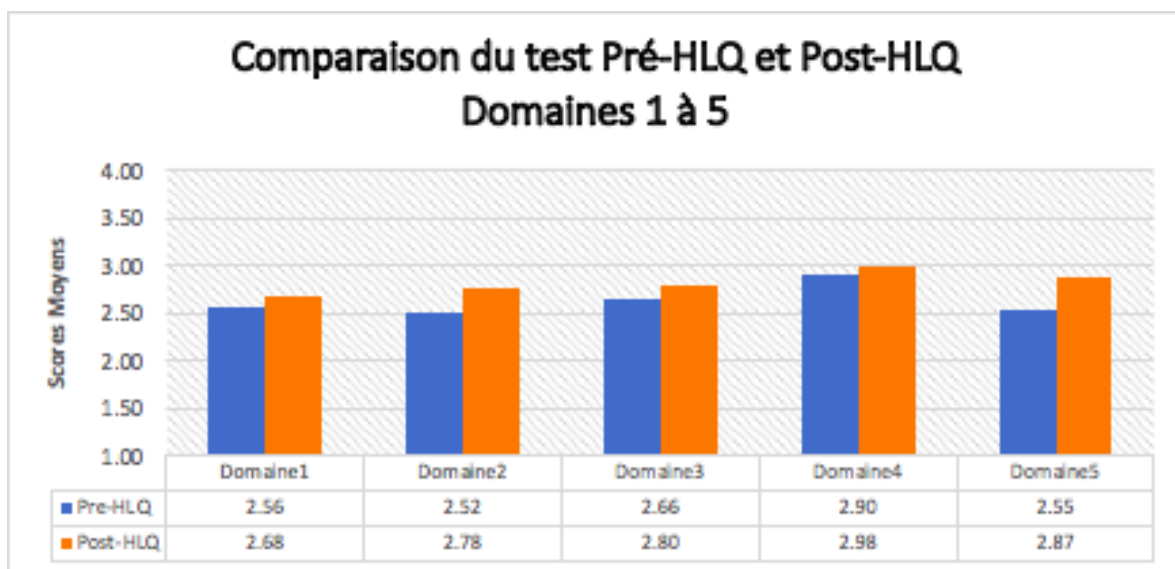


Figure 37. Comparaison du test Pré-HLQ et Post-HLQ (Domaines 1 à 5)

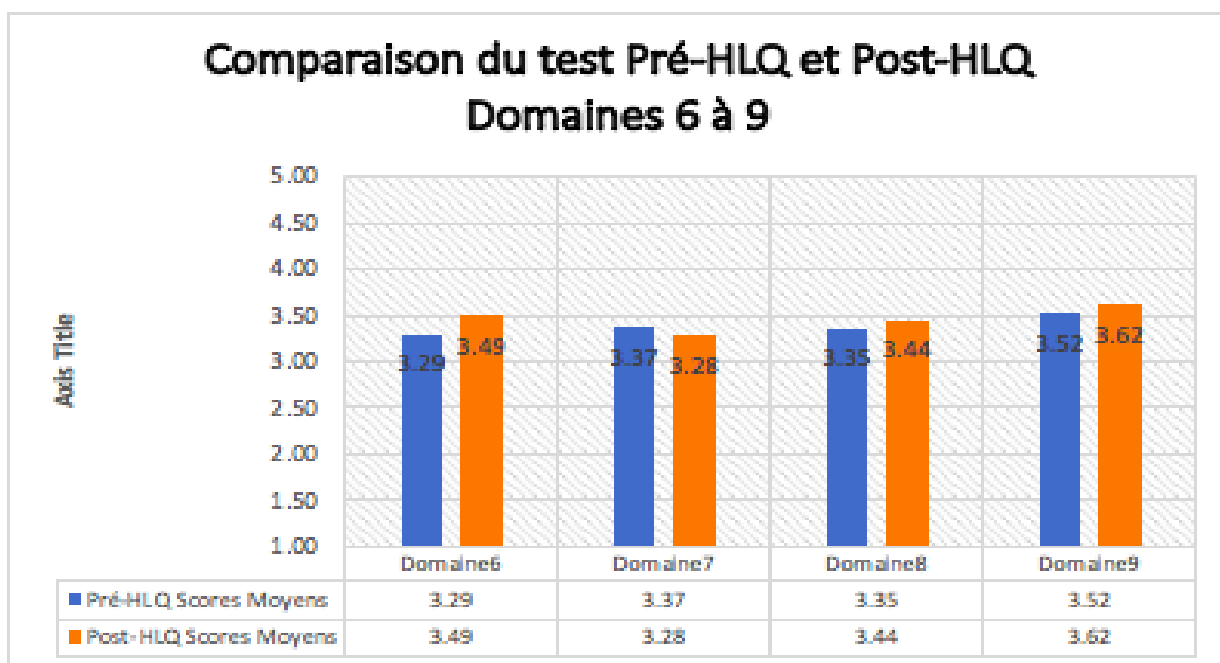


Figure 38. Comparaison du test Pré-HLQ et Post-HLQ (Domaines 6 à 9)

Dans les figures au-dessus (Figure 37, Figure 38), nous observons une légère amélioration des scores moyens dans presque toutes les dimensions, sauf au niveau du domaine 7. Pour rappel, ce domaine traite de la capacité d'une personne à se renseigner sur les services de santé disponibles qui répondent à ses besoins. Les scores obtenus dans cette dimension soulignent même une légère régression que nous pensons pouvoir expliquer par des raisons qui se situent en dehors du contexte d'enseignement-apprentissage lié aux interventions éducatives. Rappelons aussi que l'analyse des questionnaires HLQ de la population étudiante de référence (N=234) de l'université (cf. chapitre 3) a démontré qu'un des

## Analyse quantitative et qualitative

domaines dans lesquels les étudiants ont rapporté le plus de difficultés est le domaine 7. Certes, nous n'attendons pas d'améliorations dans ce domaine puisque dans les interventions, ce sont surtout les compétences en santé et les savoirs qui sont travaillés : si les processus d'enseignement-apprentissage se concentrent autour des pôles tels que l'alimentation, l'activité physique et les diverses actions pour prévenir les maladies non-transmissibles, les notions sur la navigation dans le système de santé ne sont pas (ou sont très peu) évoquées. Dans les autres dimensions, nous constatons une meilleure amélioration au niveau des domaines 5 et 6 qui englobent la compréhension de l'information relative à la santé et les habilités pour s'engager activement avec les professionnels de la santé.

Même si nous observons des améliorations au niveau des scores moyens de 8 dimensions de la LS du HLQ sur les 9 (au total), nous nous rendons compte que les différences statistiquement significatives ne s'observent qu'au niveau du domaine 5 : c'est le domaine qui affiche une valeur  $p$  inférieure à 0.05. Pour rappel, le domaine 5 est consacré à la compréhension de l'information relative à la santé : c'est une dimension qui est largement travaillée lors des séances éducatives. Dans la séance sur les risques cardiovasculaires, les apprenants sont amenés à calculer individuellement l'état de santé de leurs artères : ils découvrent en parallèle quelles sont les actions simples qu'ils peuvent réaliser pour se maintenir en bonne santé. Dans les séances sur l'identification des graisses dans les aliments, à partir des savoirs mobilisés par la formatrice, les participants sont appelés à identifier l'apport de graisses saturées et insaturées dans leur alimentation au cours d'une journée. Par la suite, les apprenants sont amenés à identifier les aliments sur lesquels il y a lieu d'agir en augmentant ou en diminuant leur consommation.

En ce qui concerne la taille de l'effet, elle est entre 0.13 et 0.51, ce qui est considéré comme "de petite taille".

Domaine	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Différences dans les moyennes de scores	+0.12	+0.26	+0.14	+0.08	+0.32	+0.20	-0.09	+0.09	+0.10

Tableau 20. Différences dans les scores moyens

Domaines HLQ	Pré-Intervention Moyen (Écart-type) <i>Mean (SD)</i>	Post-Intervention Moyen (Écart-type) <i>Mean (SD)</i>	Valeur p ( <i>value-p</i> ) Signification statistique	95% CI Intervalle de Confiance ( <i>Confidence Interval</i> )	Taille d'effet ( <i>Effect Size</i> )
<b>Domaines 1 à 5 du HLQ : Score 1-4</b>					
1. Se sentir soutenu et compris par les professionnels de santé.	2,56 (0,56)	<b>2,68 (0,58)</b>	0,53	(-0,51 ;0,27)	0,21
2. Disposer d'informations suffisantes pour gérer sa santé.	<b>2,52 (0,53)</b>	2,78 (0,50)	0,142	(-0,61 ;0,09)	0,51
3. Gérer activement sa santé.	2,66 (0,60)	2,80 (0,46)	0,44	(-0,49 ;0,22)	0,25
4. Disposer de soutien social pour sa santé	<b>2,90 (0,57)</b>	<b>2,98 (0,65)</b>	0,687	(-0,48 ;0,32)	0,13

5. Évaluer l'information en santé.	2,55 (0,60)	2,87 (0,40)	0,041	(-0,63 ; -0,01)	0,63
<b>Domaines 6 à 9 : Score 1-5</b>					
6. Capacité à s'engager activement avec les professionnels de santé.	<b>3,29 (0,64)</b>	3,49 (0,72)	0,274	(-0,57;0,17)	0,29
7. Naviguer dans le système de santé.	3,37 (0,69)	<b>3,28 (0,70)</b>	0,651	(-0,33 ;0,51)	-0,13
8. Aptitude à trouver des informations en santé de bonne qualité.	3,35 (0,62)	3,44 (0,67)	0,661	(-0,50 ;0,32)	0,14
9. Compréhension suffisante de l'information pour savoir ce qu'il faut faire.	<b>3,52 (0,54)</b>	<b>3,62 (0,70)</b>	0,621	(-0,50 ;0,31)	0,16

Tableau 21. Résultats Statistiques du test Pré-HLQ et Post-HLQ

## 4.2 L'Analyse croisée de la LS

Pour rappel les situations d'apprentissage ont permis aux participants de confronter leurs représentations avec les savoirs de référence : lors des séances, chaque apprenant est amené à observer, émettre des hypothèses, comparer, expérimenter, analyser, déduire et faire des mises en relation entre les différents éléments travaillés. Les analyses autour de ces interventions éducatives (voir Chapitre 3, page 134-140) ont montré que ces modalités de travail ont permis de travailler les trois dimensions de la LS : l'accès à l'information, la compréhension de l'information et la prise de décision en matière de santé, avec une répartition différenciée (Balcou-Debussche, 2016).

En prenant appui sur la grille DLS (que nous avons adaptée à notre public d'étudiants en enlevant notamment les parties "traitement" et "suivi de la maladie"), les entretiens semi-directifs réalisés à la fin des sessions d'éducation en santé ont porté sur les six variables suivantes : alimentation, activités physiques, accès aux savoirs, connaissances, relations aux professionnels de santé et soutien social. Pour analyser chaque variable, nous avons pris appui sur les recherches de M. Balcou-Debussche (2016) qui ont permis de déterminer trois types de "rapports à" constitutifs de la LS, en lien avec les "niveaux" précédemment établis par Don Nutbeam (Nutbeam, 2008). Ces rapports constitutifs de la LS sont décrits par Debussche et Balcou-Debussche (2018) comme suit :

- Un « rapport fonctionnel à... » se définit comme une relation instrumentale aux variables définies dans la grille DLS et constitue des tâches qui sont exercées « sans regard critique dans les situations quotidiennes ».
- Un « rapport interactif à... » comprend des engagements de compétences « cognitives et sociales utilisées pour participer activement aux activités de tous les jours, déduire le sens de différentes formes de communication et appliquer les nouvelles informations à des circonstances changeantes » .
- Un « rapport critique à... » mobilise « des compétences cognitives et sociales plus élaborées, appliquées à une analyse critique des informations et à leur utilisation pour exercer un meilleur contrôle sur les événements de la vie » (Debussche et Balcou-Debussche, 2018, p. 161).

Dans le cadre de notre recherche, nous avons pu analyser les données recueillies auprès d'un ensemble de 7 étudiants qui ont participé aux deux situations d'apprentissage sur les thématiques RCV et Graisses : 1 - les données recueillies via la grille DLS adaptée ; 2- les questionnaires proposés dans le cadre des pré-test et post-test HLQ. En croisant ces données, nous avons cherché à identifier leurs différents types de "rapport à" chacune des six variables.

## Analyse quantitative et qualitative

Dans la population d'étudiants qui ont participé aux sessions éducatives, nous observons (Figure 39 à Figure 43) le rapport de la LS pour chaque variable qui se trouve dans la grille DLS adaptée. Le niveau interactif est largement représenté : sur un total de 42 réponses, 19 réponses se situent au niveau « interactif », suivies du « critique » et du « fonctionnel » (avec 12 et 11 réponses respectivement).

Nous observons également que les étudiants se sentent largement interactifs sur la variable "alimentation" et critiques sur la variable "activité physique". En termes d'accès au savoir, ils se situent plutôt au niveau fonctionnel alors qu'ils sont plutôt interactifs par rapport aux connaissances. Du côté des relations avec les professionnels de santé, c'est plus fonctionnel qu'interactif ou critique.

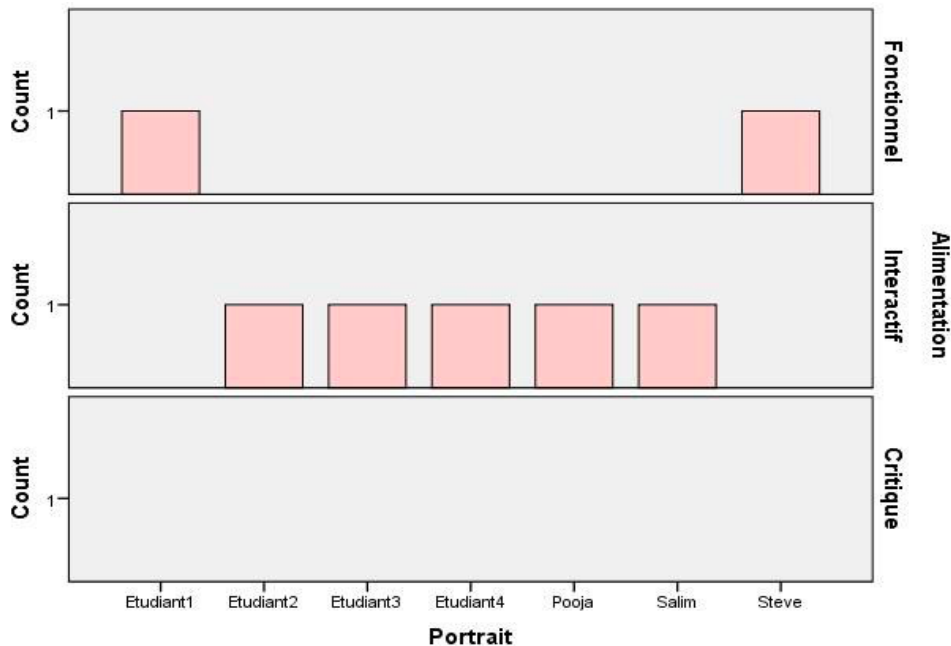


Figure 39. Rapport constitutif de la LS : Alimentation

La Figure 39 met en évidence le rapport des étudiants (N= 7) à la LS, pour la variable alimentation. Deux étudiants rapportent qu'ils sont au niveau fonctionnel ; cinq autres se situent à un niveau interactif.

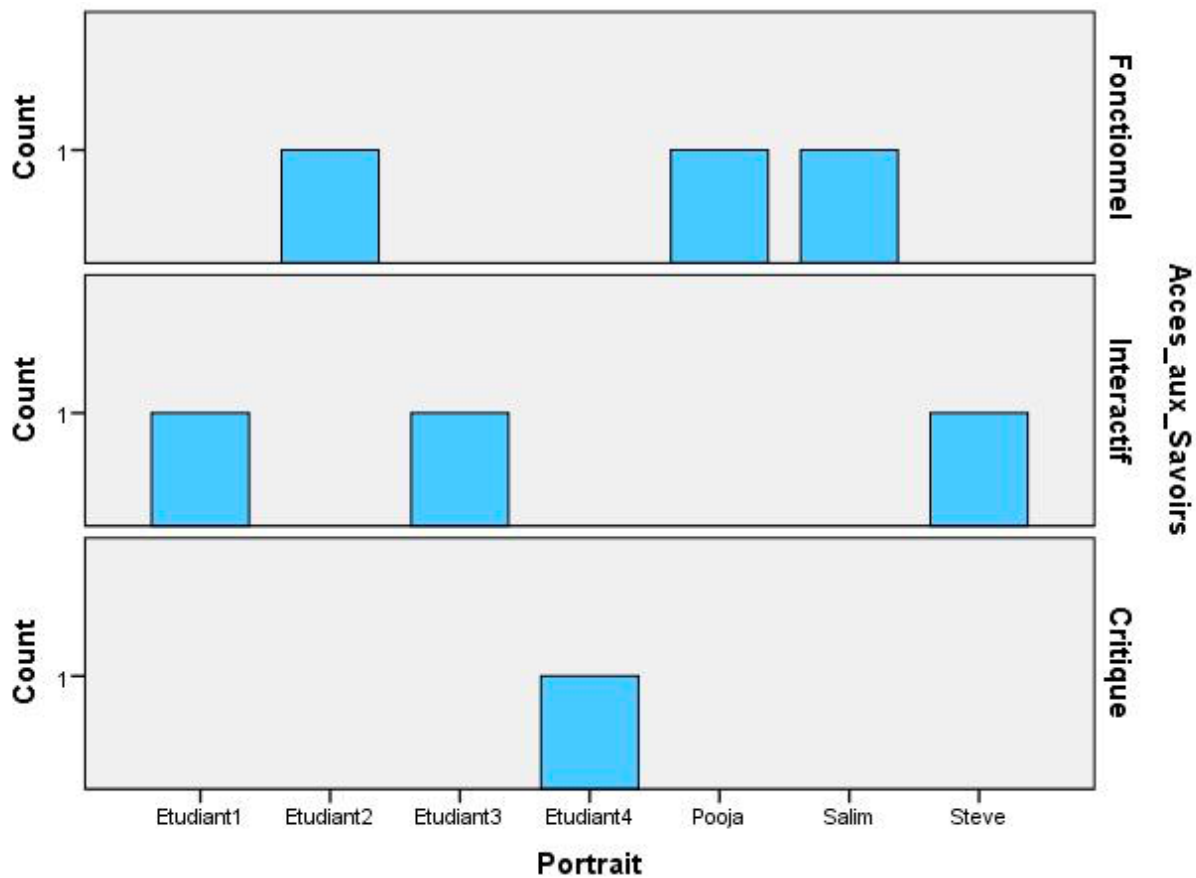


Figure 40. Rapport constitutif de la LS : Accès aux Savoirs

La figure ci-dessus (Figure 40) met en évidence le rapport des étudiants (N= 7) à la LS, pour la variable « accès aux savoirs ». Trois étudiants disent qu'ils sont au niveau fonctionnel, trois autres se situent au niveau interactif. Enfin, un seul étudiant se considère à un niveau critique, pour cette variable.

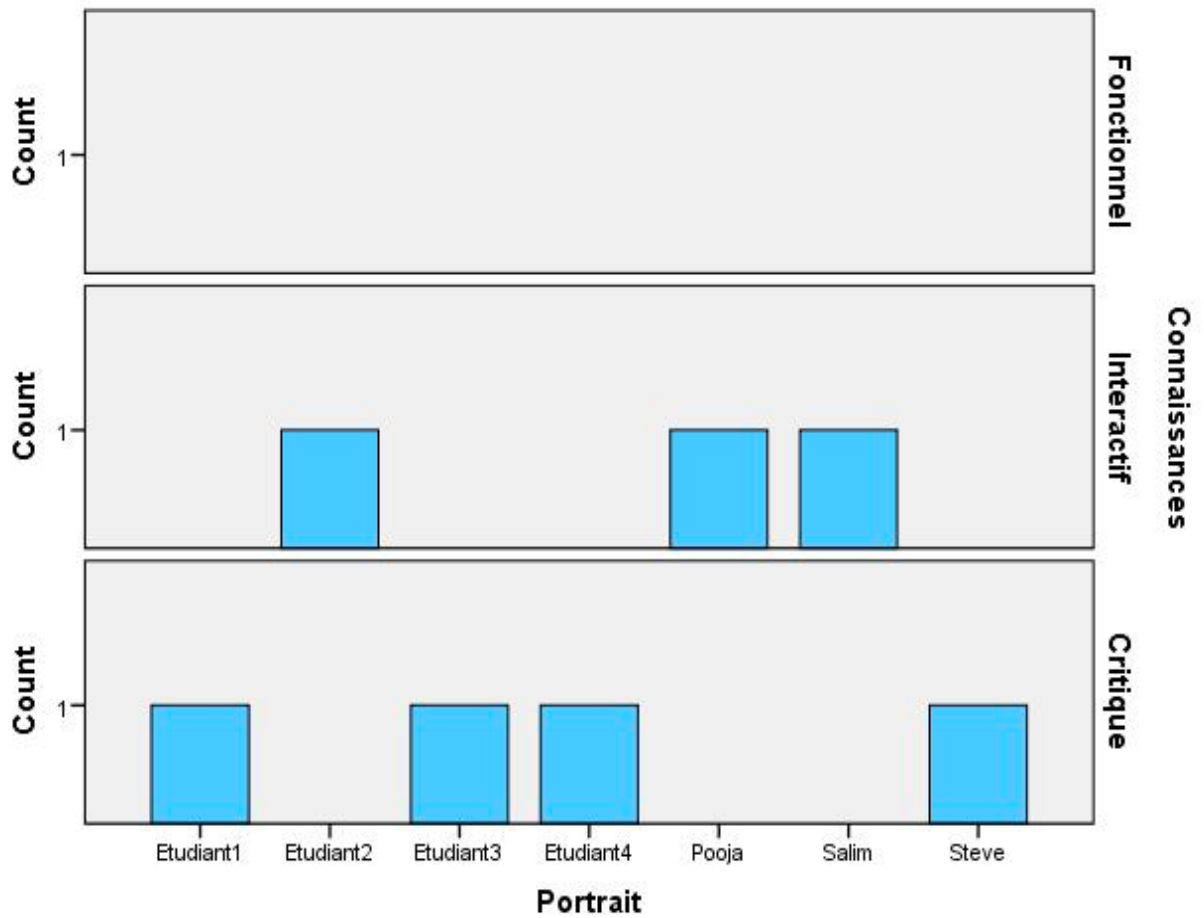


Figure 41. Rapport constitutif de la LS : Connaissances

La figure ci-dessus (Figure 41) met en évidence le rapport des étudiants (N= 7) à la LS, pour la variable « connaissances ». Aucun étudiant ne se situe au niveau fonctionnel. Trois étudiants se situent au niveau interactif. Enfin, quatre étudiants se considèrent à un niveau critique, pour cette variable (ce qui semble signifier qu'ils ont le sentiment de disposer de connaissances suffisantes pour éviter ou gérer la santé et/ ou la maladie, et qu'ils se sentent aussi en capacité d'obtenir / chercher de nouvelles connaissances).



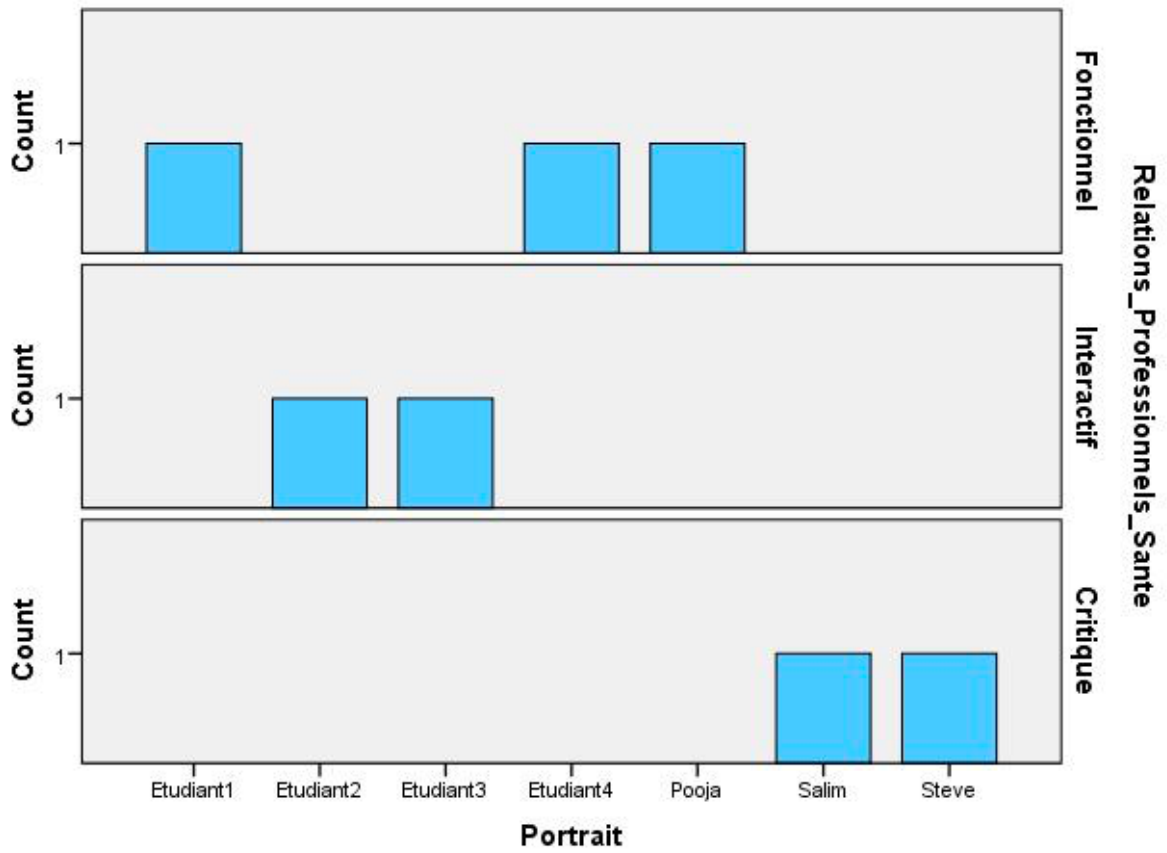


Figure 42. Rapport constitutif de la LS : Relation Professionnel Santé

La figure ci-dessus (Figure 42) met en évidence le rapport des étudiants (N= 7) à la LS, pour la variable « relation aux professionnels de santé ». Pour cette variable, nous observons que les « rapports à » se répartissent de façon plutôt équitable : trois étudiants rapportent en effet qu'ils sont au niveau fonctionnel, deux autres se situent au niveau interactif et deux autres se considèrent à un niveau critique.

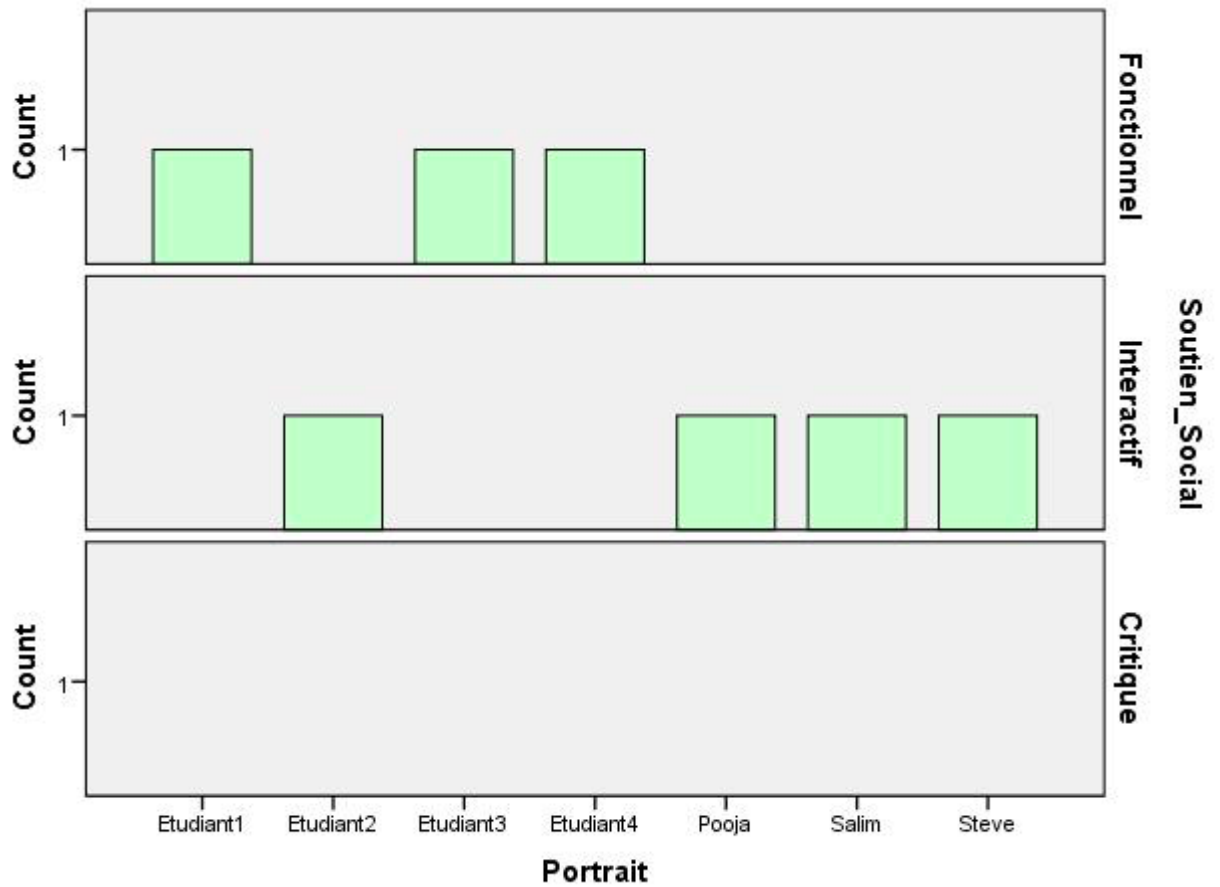


Figure 43. Rapport constitutif de la LS : Soutien Social

La figure ci-dessus (Figure 43) met en exergue le rapport des étudiants (N= 7) à la LS, pour la variable « soutien social ». Trois étudiants se situent au niveau fonctionnel. Quatre étudiants pensent qu'ils sont plutôt à un niveau critique, pour cette variable. Enfin, nous observons ici qu'aucun étudiant ne se situe au niveau critique.

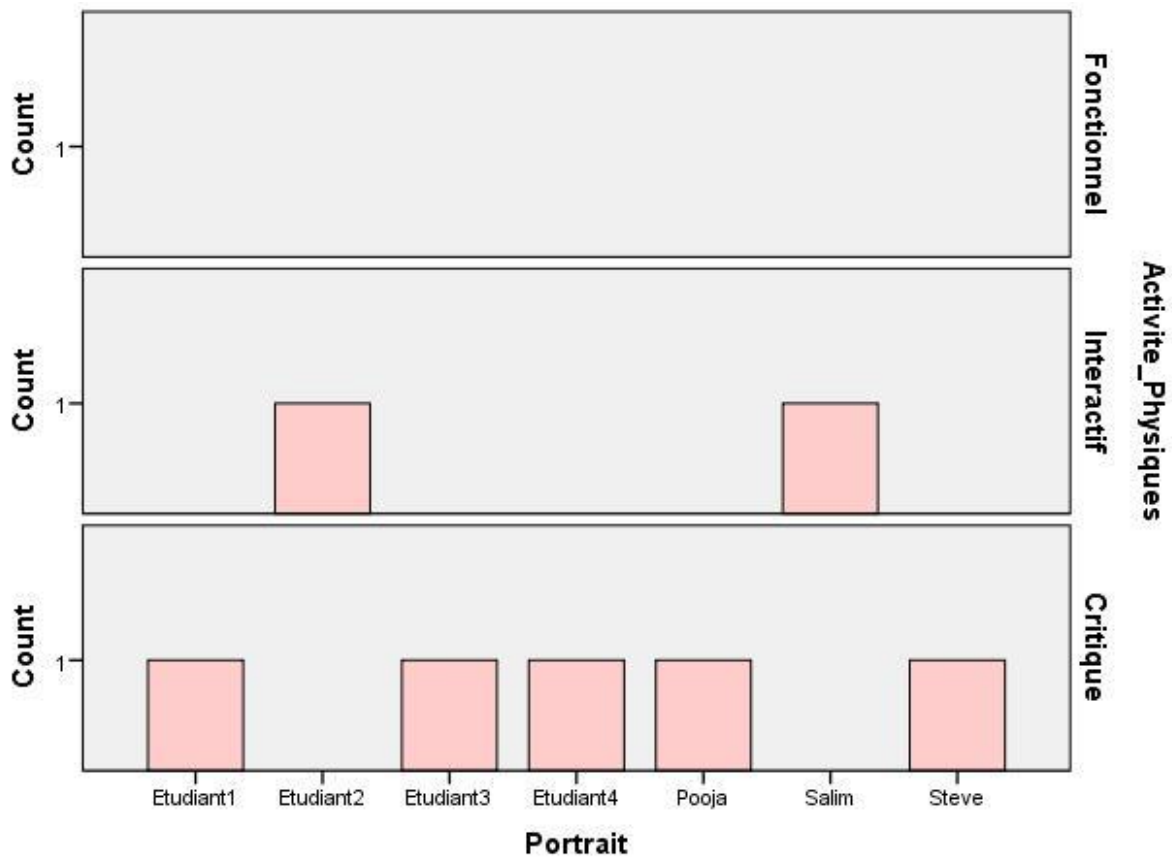


Figure 44. Rapport constitutif de la LS : Activités Physiques

La figure ci-dessus (Figure 44) met en évidence le rapport des étudiants (N= 7) à la LS, pour la variable « activités physiques ». Les résultats obtenus pour cette variable se distinguent quelque peu des autres dans la mesure où la dimension critique est rapportée par cinq étudiants (sur les 7). Les deux autres étudiants se situent à un niveau interactif. Aucun étudiant ne se considère à un niveau fonctionnel, pour cette variable.

## 4.3 Pooja, Salim et Steve : des portraits contrastés

Nous avons établi 3 portraits à partir des entretiens approfondis menés avec trois étudiants (Pooja, Salim et Steve, prénoms d'emprunt) qui ont participé aux deux séances éducatives sur les thématiques (RCV et Graisses) et ont répondu aux questionnaires HLQ pré-test et post-test. Pour conduire l'entretien, nous avons pris appui sur la grille DLS (voir Chapitre 1, page 39-41) en l'adaptant à nos étudiants. L'objectif était de pouvoir procéder à une analyse plus fine pour apporter des éclairages sur les résultats obtenus auprès de ces trois étudiants en matière de LS : dans les trois cas, nous avons mobilisé à la fois les questionnaires HLQ et les entretiens semi-directifs, en croisant ainsi les résultats qui proviennent des analyses qualitatives et quantitatives.

Les entretiens et échanges autour de la grille ont été enregistrés et retranscrits en intégralité (voir en Annexe 5, pour la transcription de l'entretien mené avec Pooja). L'analyse croisée des six variables et des trois « niveaux » a permis de construire les « étoiles » qui permettent de représenter les différents rapports de la LS pour chaque variable et pour chaque personne. Les profils de Pooja (Figure 45), de Steve (Figure 46) et de Salim (Figure 47) illustrent ce propos. Les étoiles que nous avons réalisées pour ces 3 étudiants montrent ainsi diverses façons, pour ces jeunes de l'Université, de percevoir et gérer leur santé au quotidien, dans leur « contexte ordinaire ».

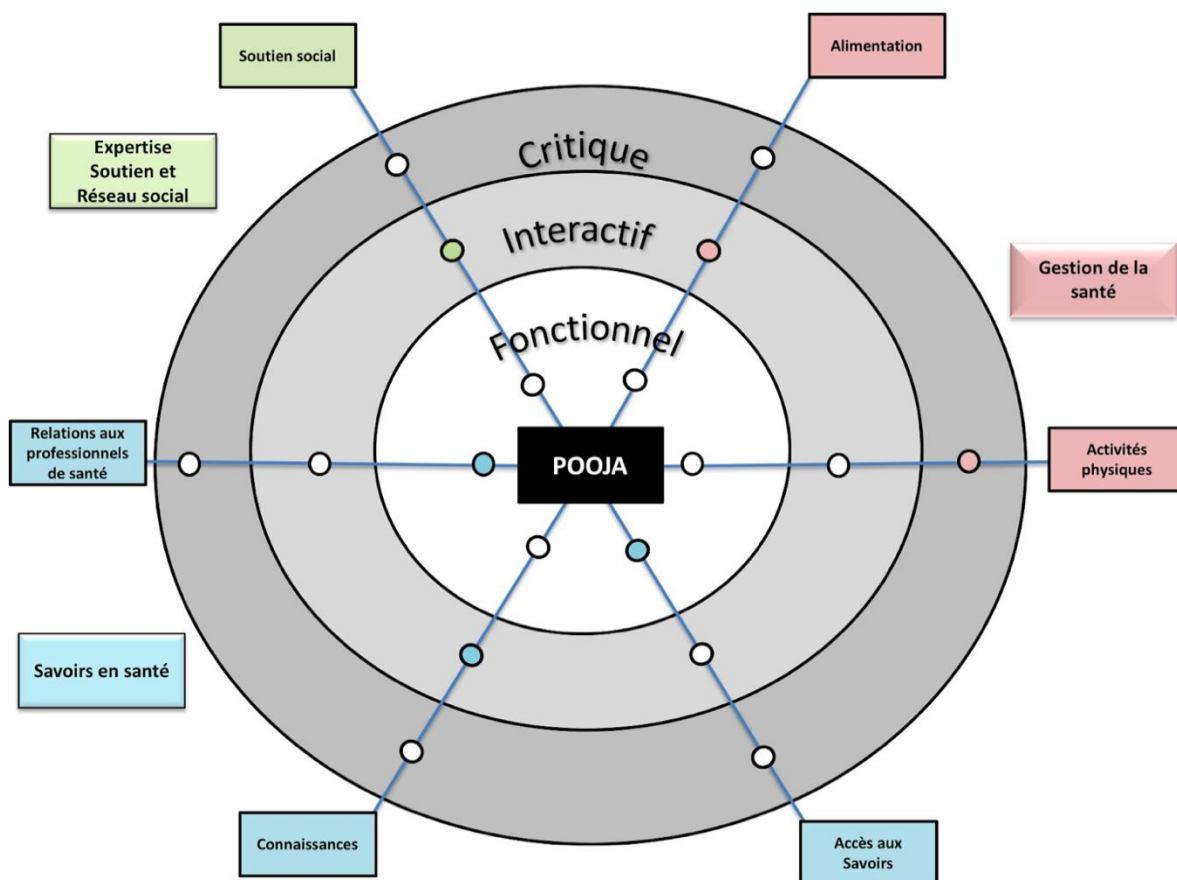


Figure 45. « Étoile » pour Pooja

La figure ci-dessus (Figure 45) met en évidence « l'étoile » de Pooja qui se retrouve avec des scores moyens (HLQ) dans l'ensemble des dimensions de la LS. Avant de participer aux sessions éducatives, Pooja était dans le cluster 2 ; après les interventions, elle se retrouve dans le cluster 3 qui, pour rappel, regroupe des profils plus bas en LS (Tableau 24). L'étoile de Pooja illustre ainsi une évolution qui va dans le sens d'une « régression », ce qui a déjà été observé chez d'autres personnes, dans d'autres contextes (Balcou-Debussche, 2016). L'analyse de « l'étoile » de Pooja montre qu'elle se situe au niveau fonctionnel pour deux variables, au niveau interactif pour trois variables, la dernière étant située à un niveau critique.

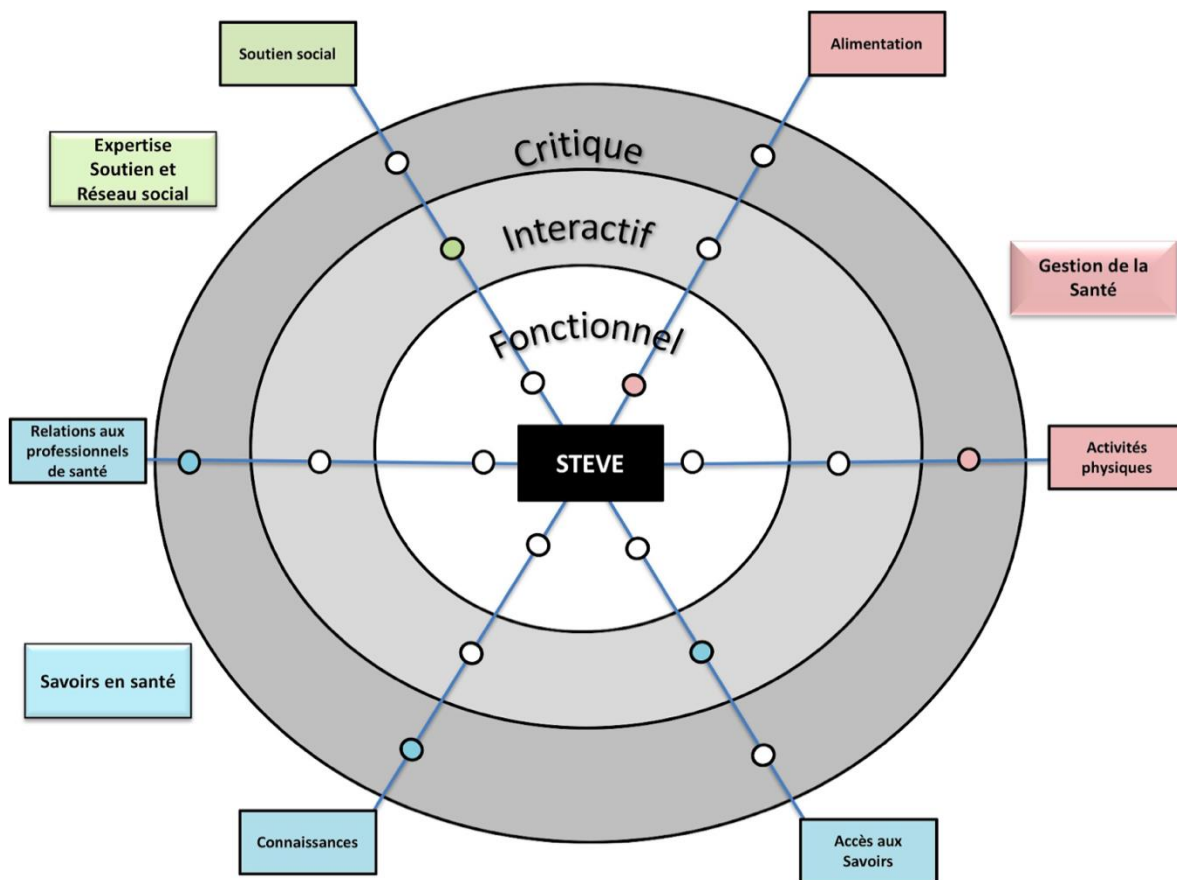


Figure 46. « Étoile » pour Steve

La figure ci-dessus (Figure 46) met en évidence « l'étoile » de Steve, qui se trouve dans le cluster 1 avant et après les interventions éducatives (Tableau 25). Pour rappel, le cluster 1 (Tableau 12) regroupe le meilleur profil en LS de notre population. Steve se retrouve ainsi avec une variable au « niveau » fonctionnel, deux variables au « niveau » interactif et trois variables au « niveau » critique.

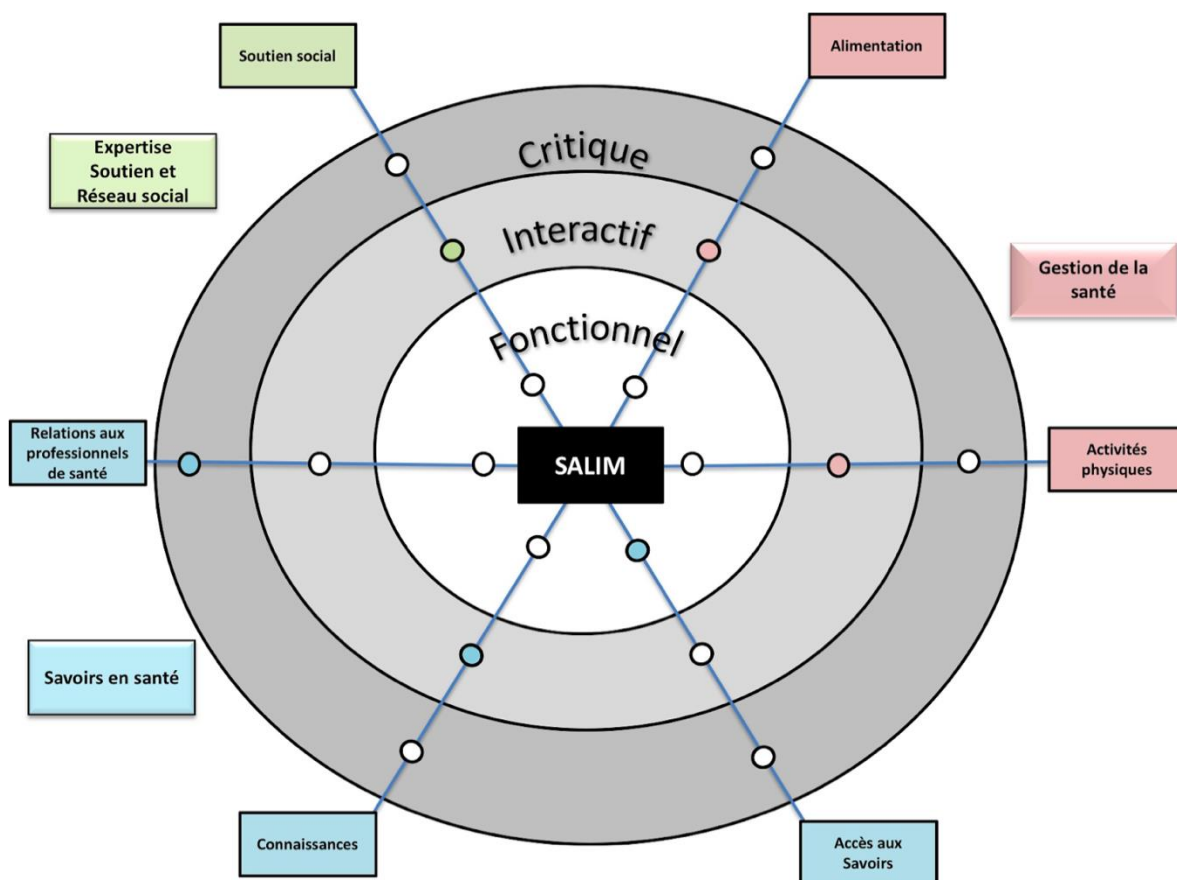


Figure 47. « Étoile » pour Salim

La figure ci-dessus (Figure 47) met en évidence « l'étoile » de Salim qui se trouve dans le cluster 1 avant et après les interventions éducatives (Tableau 26). Salim se situe, pour une seule variable (accès aux savoirs) au « niveau » fonctionnel, au « niveau » interactif pour quatre variables et au « niveau » critique pour la variable « relations aux professionnels de santé ».

La mise en relation des résultats obtenus via la grille DLS adaptée montre ci-dessous (Tableau 22) que les trois étudiants (Pooja, Steve, Salim) se situent principalement aux « niveaux » interactif et critique, ce qui signifie qu'ils sont *a priori* capables de saisir le sens de différentes formes de communication tout en adaptant les nouvelles informations à des circonstances mouvantes (par exemple, changer l'alimentation en fonction des saisons, tout en gardant un relatif équilibre alimentaire).

	Pooja	Steve	Salim
<b>Alimentation</b>	Interactif	Fonctionnel	Interactif
<b>Activités physiques</b>	Critique	Critique	Interactif
<b>Accès aux savoirs</b>	Fonctionnel	Interactif	Fonctionnel
<b>Connaissances</b>	Interactif	Critique	Interactif
<b>Relations aux professionnels de santé</b>	Fonctionnel	Critique	Critique
<b>Soutien social</b>	Interactif	Interactif	Interactif
<b>« Rapport à » Dominant</b>	<b>Interactif</b> (3 variables sur 6)	<b>Critique</b> (3 variables sur 6)	<b>Interactif</b> (4 variables sur 6)

Tableau 22. La mise en relation des résultats obtenus via la grille DLS adaptée.

La synthèse ci-dessous (Tableau 23) confirme cette dominance d'un « rapport à interactif » chez les trois étudiants (Pooja, Steve, Salim), pour la plupart des variables. Elle souligne aussi qu'un étudiant peut se situer à un « niveau » fonctionnel pour une variable alors qu'il est à un « niveau » critique pour une autre. L'exemple de Steve est intéressant de ce point de vue puisqu'il est majoritairement aux « niveaux » interactif et critique, sauf pour la seule variable « alimentation » (il semblerait donc qu'il n'exerce aucun regard critique sur ses / les pratiques alimentaires quotidiennes, alors qu'il est en mesure d'engager des pratiques sociales élaborées par ailleurs, de façon distancée et critique).



## Analyse quantitative et qualitative

	Fonctionnel	Interactif	Critique
<b>Alimentation</b>	Steve	Salim Pooja	
<b>Activités physiques</b>		Salim	Steve Pooja
<b>Accès aux savoirs</b>	Salim Pooja	Steve	
<b>Connaissances</b>		Salim Pooja	Steve
<b>Relations aux professionnels de santé</b>	Pooja		Steve Salim
<b>Soutien social</b>		Steve Salim Pooja	

Tableau 23. Synthèse des résultats obtenus via la grille DLS.

### 4.3.1 Portrait de Pooja (Prénom fictif)

Durée de l'entretien : 18 Minutes

Pooja, jeune étudiante de 23 ans, dynamique et intelligente, a toujours fait preuve d'une "bonne performance académique", elle vient de valider sa licence avec la mention "First Class". Elle habite avec ses parents et sa sœur plus âgée, dans un village situé à l'ouest du pays. Ses parents sont tous deux hauts cadres de la fonction publique. Pooja affirme pouvoir tout le temps compter sur sa famille en cas de maladies : pour elle, le lien familial est très solide et important dans sa vie.

La grand-mère paternelle a toujours souffert d'hypertension, de même que le papa, diabétique de type 2, diagnostiqué il y a 10 ans maintenant. De ce fait, Pooja dit savoir depuis assez longtemps que l'on doit éviter trop de sucre et de graisse animale.

*« Je savais aussi qu'il fallait limiter le sucre mais pas l'impact que ça avait vraiment... »*

*« Je savais déjà que les graisses provenant des animaux n'étaient pas trop bon pour la santé... »*

En revanche, elle avoue qu'elle ne connaissait pas exactement l'impact du sucre et des graisses sur la santé : elle savait tout simplement qu'il est important de les éviter pour prévenir les maladies telles que le diabète et les problèmes cardiaques.

Elle pense donc qu'elle a une bonne connaissance sur les maladies non-transmissibles, notamment le diabète et l'hypertension.

*«... Les maladies non-transmissibles, pas comme la grippe... Diabète, l'hypertension, le cancer... HIV c'est non-transmissible... C'est tout ce que je connais... »*

Pooja a participé aux deux séances d'éducation, sur les risques cardiovasculaires et sur l'identification des graisses dans l'alimentation. Lors des interventions éducatives, elle a montré de l'intérêt étant donné que ses proches souffrent de maladies non-transmissibles.

## Analyse quantitative et qualitative

Pooja affirme qu'auparavant, elle était très branchée "fast-food" et qu'elle n'a jamais pensé qu'elle pourrait avoir un quelconque souci par rapport à sa santé puisqu'elle est jeune. Avec les amis de l'université, elle prend assez souvent (à raison d'une fois par quinzaine), un repas dans l'une des grandes enseignes de fast-food à Maurice, tout en consommant aussi des Pizzas et des « catelesse et tikka », les burgers Mauriciens, disponibles tout près de l'enceinte de l'université.

*«... Je mangeais à l'université... Bien de junk food...»*

Lors de la formation sur les risques cardiovasculaires (dans laquelle les participants sont amenés à évaluer leur risque en prenant appui sur quelques données biomédicales), Pooja fut surprise de découvrir que l'une des variables en jeu dans le risque cardiovasculaire était assez élevée alors qu'elle pratique souvent des activités sportives. À l'âge de 15 ans, la jeune fille a commencé à faire de la natation régulièrement, l'élément déclencheur ayant été la maladie de son papa. Suite aux séances d'ES, elle dit qu'elle a tout de suite compris qu'il fallait qu'elle intervienne au niveau de son alimentation. Durant la formation proposée dans le cadre de notre recherche, à l'université, elle a retenu que les exercices aident à réduire les risques cardiovasculaires, mais aussi à se détresser. Elle a donc intégré une autre action, en commençant à jouer au football. Elle dit aussi qu'elle a appris les bienfaits de la marche lors de la formation.

*«... On avait fait ça avec Mme... Les gestes simples que je peux faire pour améliorer ma santé... J'essaie de marcher... Quelques bus-stops, je ne prends pas le bus, je marche...»*

Du côté de l'alimentation, Pooja assure qu'elle ne savait pas qu'il existe deux types de graisses : les "bonnes" et les "mauvaises". Elle a toujours entendu parler de la graisse comme étant "mauvaise" pour la santé. Dans la session sur l'identification des graisses dans l'alimentation, elle s'est donc approprié de nouvelles connaissances sur cette thématique. Elle a aussi adopté des actions concrètes après cette session, comme par exemple changer l'huile actuellement utilisée à la maison (elle consomme maintenant des avocats, disponibles localement). Elle confirme qu'elle a appris tous ces bienfaits lors de la séance éducative (auparavant, elle pensait que l'avocat n'était pas un fruit à privilégier, étant donné son contenu excessif en graisse).

## Analyse quantitative et qualitative

*« Je ne savais pas le truc de mauvaises graisses, bonnes graisses alors je mangeais un peu de tout... On a changé, du coup on a commencé à utiliser de l'huile d'olive plus. »*

D'autres actions ont été mises en place au niveau de la famille : par exemple, les plats habituels préparés à la maison étaient jusque là des « rotis » (galettes indiennes) accompagnés de légumes et de pain, mais maintenant les repas préparés à la maison ont été ré-adaptés suite à une consultation avec une nutritionniste. Pooja nous fait comprendre que son papa a commencé à développer, depuis peu, d'autres complications de santé telles que l'hypertension, ce qui a nécessité la mise en place d'actions immédiates.

Pour Pooja, les sources d'information sur la santé sont plutôt la famille (dont la maman) et depuis peu, le « lecturer » à l'université.

*«... Si maman me dit de ne manger ça, je ne vais pas le faire évidemment... »*

La jeune étudiante ne vérifie pas nécessairement les informations qu'elle reçoit, sauf quand, dit-elle « cela lui semble trop farfelu ».

*« Je préfère que les personnes qualifiées dans les domaines me donnent ces informations... »*

*«... Si je sens que les informations sont erronées, je vais check... »*

Quand elle a des informations via les médias (la radio ou la télévision), elle dit qu'elle fait confiance à la véracité de ces informations parce que pour elle, ce sont des informations qui ont dû être vérifiées avant leur diffusion.

Pooja dit qu'elle est parfaitement consciente de l'importance de prêter attention à sa santé, surtout depuis qu'elle a appris que deux de ses amis ont été diagnostiqués avec un diabète. Quand l'opportunité se présentera, elle en profitera pour faire un bilan (mais c'est peut-être une fois tous les deux ans) : *« Récemment j'ai eu des amis qui ont eu le diabète donc je me dis que c'est très important de prendre en compte ma santé, maintenant même... pour ne pas développer des habitudes qui ne sont pas correctes... »*.

Participant : Pooja		Age : 23 ans	
<b>Domaines 1 à 5 du HLQ : Score 1-4</b>		<b>Pré- HLQ Cluster : 2</b>	<b>Post- HLQ Cluster : 3</b>
1. Se sentir soutenu et compris par les professionnels de santé		2,8	2,5
2. Disposer d'informations suffisantes pour gérer sa santé		<b>3</b>	<b>2</b>
3. Gérer activement sa santé		<b>3</b>	<b>2,6</b>
4. Disposer de soutien social pour sa santé		2,8	2,4
5. Évaluer l'information en santé		<b>2</b>	2,4
<b>Domaines 6 à 9 : Score 1-5</b>		<b>Pré- HLQ Cluster : 2</b>	<b>Post- HLQ Cluster : 3</b>
6. Capacité à s'engager activement avec les professionnels de santé		<b>3</b>	<b>2,8</b>
7. Naviguer dans le système de santé		2,7	<b>2,3</b>
8. Aptitude à trouver des informations en santé de bonne qualité		<b>2,6</b>	2,6
9. Compréhension suffisante de l'information pour savoir ce qu'il faut faire		<b>3</b>	2,4

Tableau 24. Score HLQ Participant Pooja

### 4.3.2 Portrait de Steve (Prénom fictif)

Durée de l'entretien : 15 Minutes

Jeune étudiant de 22 ans, Steve est l'aîné d'une famille de deux enfants habitant en ville. Académiquement, il a fait preuve d'une "très bonne performance" : il vient de valider sa licence avec la mention « *First Class* ». Son père est policier et sa mère travaille dans une société paraétatique. Les grands-parents (tant du côté maternel que paternel) souffrent du diabète de type 2. Le jeune homme a participé aux deux séances éducatives organisées à l'Université : la session sur les risques cardiovasculaires (RCV) et celle sur l'identification des graisses dans l'alimentation (Graisses).

Avant la formation, il dit qu'il consommait beaucoup d'aliments « riches en gras » sans trop se soucier si c'était bon ou pas pour sa santé. Il précise que c'est surtout à l'université qu'il mangeait « *n'importe quoi* ». Steve dit qu'il savait que son alimentation n'était pas vraiment appropriée pour la santé, mais ce ne qu'après avoir participé aux séances éducatives en santé qu'il a bien compris les « conséquences » sur la santé. C'est ainsi qu'il a commencé à se questionner sur ses habitudes alimentaires au quotidien.

D'habitude il buvait du jus, mais après la formation il a commencé à privilégier l'eau, en diminuant le jus étant donné sa teneur en sucre. Il dit aussi qu'il a commencé à réfléchir avant d'acheter quoi ce soit pour manger : maintenant, il évite des nourritures riches en gras ainsi que les achats en « *fast food* ». De plus en plus, il prépare lui-même son repas à la maison. Avant, systématiquement, une fois par semaine, il se rendait dans de grandes enseignes de fast-food à Maurice : c'est une habitude qu'il n'a pas pu éliminer, mais il dit quand-même qu'il a pu passer d'une fois la semaine à une ou deux fois le mois.

Il admet aussi qu'il n'a pratiquement jamais eu le réflexe de prendre son poids ; il n'a même pas un pèse-personne à la maison. De ce fait, il fut surpris de connaître son poids durant la session sur les risques cardiovasculaires : ce dernier n'était pas très positif.

Steve est un passionné de tennis de table et de football, mais pour lui, c'était toujours pour s'amuser avec les copains : en aucun cas, il ne le faisait pour la santé. En revanche, il dit

## Analyse quantitative et qualitative

qu'il sait maintenant l'importance de pratiquer le sport régulièrement. Après les formations, il a maintenu ses habitudes de jouer au football et a aussi introduit de nouvelles activités, comme par exemple l'inscription à un gymnase où il va désormais toutes les semaines. Il fait aussi du jogging régulièrement. Steve dit ainsi de ce qu'il retient de la formation RCV :

« ... *Quand on court, ça empêche la graisse de s'entasser dans les veines...* »

Du point de vue des sources d'informations sur la santé, Steve précise que c'est principalement sur internet qu'il puise ses informations. Cependant, il ne fait pas confiance à tout (il fait confiance à certaines sources mais pas à d'autres).

Steve pense qu'il a peu de connaissances sur les maladies non-transmissibles : il sait seulement que l'une d'entre elles est le cancer. En ce qui concerne le diabète, il dit ainsi :

«... *Diabète n'est pas non-transmissible... Diabète est génétique...*»

«... *Le rein ne fonctionne pas... Le taux d'insuline est débalancé dans le corps... Soit il y a un excès de sucre ou le sucre c'est trop bas, le corps n'arrive pas à réguler le taux de sucre...* ».

Steve nous dit qu'à chaque fois qu'il tombe malade, il peut compter sur ses parents. Quand il va chez le médecin, il est toujours accompagné de sa maman. D'habitude ils vont tous deux poser des questions au médecin, mais parfois, il hésite à aborder certains sujets. Dans la plupart des cas, il va voir un médecin qui exerce dans le service privé : il le connaît depuis tout petit et il a une bonne relation avec lui. De temps en temps, il a aussi recours aux services de santé publics.

Juste avant la fin de l'entretien, Steve partage avec nous qu'il est conscient de l'importance de rester en bonne santé. Au niveau des stratégies qu'il a adoptées : il fait un bilan de santé annuel ainsi que des tests sanguins (sans que ce soit conseillé par un médecin), et il consacre du temps pour faire les activités physiques. Il a aussi arrêté de fumer et en parallèle, il a réduit considérablement sa consommation d'alcool.

Participant: Steve		Age : 22 ans	
<b>Domaines 1 à 5 du HLQ : Score 1-4</b>		<b>Pré-HLQ Cluster : 1</b>	<b>Post-HLQ Cluster : 1</b>
1. Se sentir soutenu et compris par les professionnels de santé		2,3	2,3
2. Disposer d'informations suffisantes pour gérer sa santé		3	2,8
3. Gérer activement sa santé		2,8	2,8
4. Disposer de soutien social pour sa santé		3,4	2,8
5. Évaluer l'information en santé		2,6	2,8
<b>Domaines 6 à 9 : Score 1-5</b>			
6. Capacité à s'engager activement avec les professionnels de santé		3	4
7. Naviguer dans le système de santé		3,7	3,3
8. Aptitude à trouver des informations en santé de bonne qualité		3,4	3,4



## Analyse quantitative et qualitative

9. Compréhension suffisante de l'information pour savoir ce qu'il faut faire	4	3,4
--	---	-----

Tableau 25. Score HLQ. Participant Steve.

### 4.3.3 Portrait de Salim (Prénom fictif)

Durée de l'entretien : 26.14 Minutes

Salim, jeune étudiant de 23 ans, aîné d'une famille de trois enfants, habite avec ses parents en ville. Il a fait preuve d'une performance académique moyenne avec la mention « *Second Class First Division* ». Il nous dit qu'il a un petit souci de santé, il est asthmatique. Sa mère est femme au foyer et son père est entrepreneur. Il gère un petit business familial.

Salim a participé aux deux sessions éducatives en santé sur les thématiques : les risques cardiovasculaires et l'identification de graisses dans l'alimentation.

Salim nous raconte un peu ses habitudes alimentaires. Pour le petit déjeuner et le repas de midi, c'est toujours le pain. Pour le dîner, il consomme essentiellement les plats traditionnels mauriciens à base de riz. Il affirme que lors des séances éducatives, il a réalisé que la quantité de riz qu'il consommait était supérieure à la portion moyenne : il l'a donc ajustée presque immédiatement.

Salim nous dit que les repas du soir préparés à la maison sont équilibrés :

*« C'est plutôt les menus typiques mauriciens, le riz, curry, dal (grains secs) et salade... C'est plus ou moins balancé parce qu'il y a les légumes, salades et viandes, source de protéines... »*

La formation lui a aussi permis de comprendre la différence entre les bonnes et mauvaises graisses : maintenant, il fait attention à sa consommation de beurre et de viande grasse.

*«... Les gras dans la viande... On essaie de les retirer au maximum avant de les cuire... »*

Il a aussi entrepris d'autres actions après les formations, telles que manger moins de « *Burgers* ». Il se rend dans les grandes chaînes de « *Fast Food* » une fois le mois, alors qu'il le faisait 3 fois par mois auparavant.

Salim nous fait part qu'il avait déjà un peu de connaissances sur certains aspects relatifs à la santé :

## Analyse quantitative et qualitative

*«... Le matin il faut manger plus que dans la soirée... Ces choses là je savais déjà... »*

*« ... Ce sont des choses que je savais déjà, par exemple des activités physiques, ça diminue le stress, le stress qui peut apporter plusieurs maladies... Comme des problèmes du cœur... »*

Salim nous explique qu'il jouait au football avec les amis mais ce n'était pas en perspective de rester en bonne santé, c'était plutôt pour s'amuser. Après avoir réalisé l'importance des activités physiques pour prévenir les risques cardiovasculaires (à partir des connaissances qui sont beaucoup travaillées dans la session de formation sur les risques cardiovasculaires), il a songé à faire des activités régulières, ce qui l'a amené à s'inscrire à un "Gym" où il se rend 3 fois par semaine. Il a aussi un coach qui le conseille sur sa nutrition, en lien avec ses activités.

*« Entre les amis, on jouait au foot ... Pas des activités régulières... C'était pas vraiment strict pour la santé... Maintenant ça a changé... Je vais au Gym... Pour la santé... Trois fois la semaine.»*

Salim nous expose un peu sa relation avec les professionnels de santé. Vu qu'il est asthmatique, il est suivi régulièrement par un médecin qu'il connaît depuis 4 ans.

*« J'ai un médecin qui est toujours là sur Whatsapp... Sur messagerie, dès que j'ai un petit souci, je peux l'envoyer un texto... Il me répond même à 10 heures le soir »*

*« ... Moi et mon médecin, on a une très bonne communication... Peu importe quelle information j'ai besoin, je peux lui demander, pas que quand je suis malade... »*

En ce qui concerne ses visites chez le médecin, il part seul en informant ses parents au préalable. Il dit qu'il peut toujours compter sur ses parents en cas de problèmes de santé.

Du point de vue des sources d'informations sur la santé, Salim dit qu'il fait confiance aux sources telles que les chaînes de télévision internationales et les journaux. En revanche, il met à distance les informations qui proviennent de gens, sauf si c'est son médecin qui l'informe.

## Analyse quantitative et qualitative

« ... Si c'est mon médecin qui me le dit, ça veut dire que c'est bon... »

Salim admet qu'il a peu de connaissances sur les maladies non-transmissibles, ce qui n'est pas suffisant pour l'aider à prévenir ces maladies. Il nous dit qu'il a toujours pensé que le diabète était héréditaire, d'où l'attention à porter au sucre :

«... Si vous dites le diabète, je sais que OK pas tellement de sucre, glucose etc, c'est tout... »

Avant de clôturer notre entretien, Salim nous dit que malgré tout, il prend très au sérieux sa santé, même s'il passe beaucoup de temps assis (en moyenne il passe 8 heures sur son ordinateur) :

«... Faut rester assis devant l'écran pendant 8 heures temps... On rentre à la maison... Et dormir, c'est tout, ce n'est pas le style de vie qu'on doit avoir, il faut chercher du temps pour faire des activités, c'est crucial... »

Participant: Salim			Age : 23 ans		
<b>Domaines 1 à 5 du HLQ : Score 1-4</b>		<b>Pré-HLQ</b>	<b>Post-HLQ</b>		
		<b>Cluster :</b>	<b>Cluster :</b>		
		<b>1</b>	<b>1</b>		
1. Se sentir soutenu et compris par les professionnels de santé		<b>2</b>	<b>3</b>		
2. Disposer d'informations suffisantes pour gérer sa santé		3	<b>3</b>		
3. Gérer activement sa santé		3	<b>2,8</b>		
4. Disposer de soutien social pour sa santé		<b>3,2</b>	<b>3</b>		
5. Évaluer l'information en santé		2,2	<b>2,8</b>		
<b>Domaines 6 à 9 : Score 1-5</b>					
6. Capacité à s'engager activement avec les professionnels de santé		<b>3,4</b>	4,4		
7. Naviguer dans le système de santé		3,5	4,4		
8. Aptitude à trouver des informations en santé de bonne qualité		3,8	<b>3,6</b>		

## Analyse quantitative et qualitative

9. Compréhension suffisante de l'information pour savoir ce qu'il faut faire	4	4,8
--	---	-----

Tableau 26. Score HLQ. Participant Salim.

## 4.4 DISCUSSION

Pooja, Salim et Steve sont des étudiants qui ont suivi le même cursus universitaire, mais leurs profils sont bien différenciés si l'on considère leur rapport à la LS. Les trois étudiants font partie de familles mauriciennes différentes, mais dans chacune d'elles, de proches parents sont diabétiques. Pour autant, les trois étudiants semblent éprouver des difficultés en termes d'accès et de compréhension de l'information sur le diabète (et/ou d'autres maladies transmissibles). Pooja pense que le HIV est non-transmissible ; Steve affirme que le diabète est génétique alors que Salim avoue qu'il a toujours pensé que le diabète était héréditaire. Si nous nous référons aux étoiles des trois étudiants (Figure 45, Figure 46 et Figure 47), nous observons que Pooja se trouve au niveau fonctionnel pour les variables "accès aux savoirs" et "connaissances", alors que Steve se trouve au niveau critique. Quant à Salim, il oscille entre le fonctionnel et l'interactif pour ces mêmes variables.

Nous observons que le niveau de scolarité et l'appartenance sociale ne déterminent pas nécessairement le niveau de la LS. Pooja, brillante dans ses études, vient d'une famille d'un statut social élevé : elle se trouve pourtant plutôt au niveau fonctionnel. Chez Pooja, on observe d'ailleurs une régression après sa participation aux situations d'apprentissage en santé puisqu'elle passe du cluster 2 au cluster 3 (qui regroupe des profils plus bas en LS). En revanche Steve et Salim, qui viennent de familles plutôt modestes, se retrouvent dans le cluster 1 qui regroupe le meilleur profil en LS de notre population. Après les séances éducatives en santé, ils maintiennent leur positionnement dans le cluster 1 bien qu'il y ait une légère régression dans certaines dimensions de la LS, avec des progressions dans d'autres. Nous constatons cependant que les trois étudiants ont tous choisi des activités en perspective d'une amélioration de leur santé : ils soulignent également qu'ils ont apporté des changements dans leurs habitudes en contextes ordinaires, principalement au niveau de leur alimentation et de leurs activités physiques.

L'étude du HLQ (N=234) sur un ensemble élargi d'étudiants à l'Université a montré que l'un des atouts de notre population est le "soutien social pour sa santé" : les entretiens menés avec Pooja, Salim et Steve sont venus confirmer ce propos. Ces trois étudiants se positionnent au niveau interactif dans cette dimension de la LS (soutien social) : au cours des entretiens, ils ont avancé qu'ils peuvent tous compter sur leur famille en matière de

## **Analyse quantitative et qualitative**

santé. Ils sont toujours accompagnés d'un des membres de leur famille lors des visites chez le médecin (parfois, les parents sont seulement informés au préalable quand ils ont prévu une visite chez le médecin).



## 5 EN GUISE DE CONCLUSION, « L'APRÈS-COUP » DU CHERCHEUR...

Selon Heuser (2009), écrire « l'après-coup du chercheur » consiste à revenir, à la fin de l'écriture de la thèse, sur ce que le chercheur a réalisé et ce, de façon constructive et analytique. C'est ce que nous proposons ci-après, en articulant notre propos autour de trois orientations qui se combinent entre elles : les connaissances produites en matière de LS des étudiants à l'île Maurice ; les atouts et les limites de notre recherche ; les perspectives que notre travail ouvre, sur les plans national et international.

Le travail mené autour de la littératie en santé des étudiants au sein d'une université à l'île Maurice ouvre en effet de nouveaux horizons, tant sur le plan heuristique que praxéologique. Sur le plan heuristique, l'apport de connaissances relatives à la littératie en santé dans le contexte mauricien s'inscrit dans un domaine qui est encore peu travaillé au niveau national, du fait d'un nombre très restreint de recherches pluridisciplinaires croisant l'éducation et la santé. Sur le plan praxéologique, les quelques interventions éducatives en santé proposées jusqu'ici à l'île Maurice existent surtout sous forme de sessions d'éducation thérapeutique, le plus souvent mises en œuvre par les ONG : malgré d'importants efforts consentis, ces séances ne concernent qu'un faible pourcentage de la population. Quant aux savoirs dispensés par les acteurs de la santé publique, ils restent majoritairement centrés sur des approches transmissives qui passent notamment par des campagnes de sensibilisation, de « counselling » et de « health talks ». Enfin, du côté des institutions scolaires, certains programmes d'éducation en santé existent déjà, mais étant donné qu'ils sont encore en phase pilote, ils ne sont introduits que de façon graduelle

dans les écoles primaires. Sur les années 2017-2021, le plan d'action « Health Strategy »<sup>56</sup> prévoit le développement de programmes d'éducation en santé, mais seules les écoles pré-primaires, primaires et secondaires sont concernées.

## 5.1 La production de connaissances sur la LS à Maurice, ses atouts et ses limites

La recherche que nous avons présentée tout au long des développements précédents mérite désormais que nous en rappelions les principaux résultats, tout en envisageant les perspectives qu'elle ouvre à l'Université, à l'île Maurice, mais aussi au-delà.

Tout en édifiant notre cadre théorique autour de la littératie en santé et de l'intervention éducative en santé et en contexte, nous avons mené un travail exploratoire en observant des situations éducatives proposées à des personnes malades chroniques, diabétiques de type 2. Le processus de la recherche nous a ensuite amenée à développer un recueil de données structuré auprès d'étudiants de l'Université, ce qui a représenté un double déplacement : 1- un passage du cadre de l'éducation thérapeutique à celui de l'éducation en santé ; 2 – un passage du monde d'adultes souvent inscrits de longue date dans la société (travail, famille) à celui de jeunes étudiants. Si ces déplacements ont parfois été complexes à gérer, considérons aussi qu'ils ont nourri les deux principales hypothèses que nous avons cherché à documenter par la suite, et que nous voudrions rappeler ici.

Notre première hypothèse considérait que, du fait d'une relative absence d'interventions éducatives en santé dans le contexte mauricien, la littératie en santé des étudiants inscrits à l'Université serait potentiellement plus faible que ce que les recherches montrent dans d'autres contextes, dans les différents domaines investigués. Les résultats mis en exergue par l'analyse des 234 questionnaires HLQ montrent en effet que les étudiants à l'université éprouvent des difficultés en matière de LS. Ces difficultés se rapportent à plusieurs dimensions qui

---

<sup>56</sup> [https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/planning\\_cycle\\_repository/mauritius/draft\\_health\\_sector\\_strategy\\_mauritius\\_2017-2021.pdf](https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/planning_cycle_repository/mauritius/draft_health_sector_strategy_mauritius_2017-2021.pdf)

## L'après coup du Chercheur

demanderaient désormais à être travaillées, les moyennes de scores se trouvant entre 2.54 et 2.88 sur une échelle de 1 à 4 (le score le plus bas s'observe dans le domaine 1 « se sentir compris et soutenu par les professionnels de la santé » tandis que le plus élevé se situe au niveau du domaine 4 « avoir du soutien social en lien avec la santé »). S'agissant du deuxième volet du questionnaire HLQ, les moyennes de scores se situent entre 3.33 et 3.56 sur une échelle de 1 à 5 et la dimension 7 « naviguer à l'intérieur du système de santé » obtient un score bas, tandis que celui de la dimension 9 « comprendre suffisamment les informations relatives à la santé pour savoir quoi faire » dépasse les scores obtenus dans toutes les autres dimensions. Sur l'ensemble des domaines, les scores obtenus par nos étudiants sont plus bas que les scores obtenus dans le cadre d'autres études qui ont mobilisé le HLQ en contexte universitaire.

Pour autant, nous devons rappeler ici que la taille de nos différents échantillons d'étudiants volontaires n'est pas suffisante, même si au sein de notre université, elle reste significative. Une taille plus importante de l'échantillon aurait fait ressortir des profils de LS plus précis. De la même façon, nos résultats ne reflètent pas nécessairement les profils de la LS des étudiants d'autres universités à Maurice : bien que les critères d'admission dans les autres universités soient identiques, d'autres caractéristiques des étudiants inscrits dans ces universités auraient pu apporter d'autres éclairages à notre recherche. Enfin, considérons aussi que l'une des autres faiblesses de notre échantillon, c'est la répartition des étudiants selon le sexe : sur le campus où nous avons réalisé nos recueils des données, la population est plutôt majoritairement masculine, d'où la répartition entre d'un côté 85% d'hommes et de l'autre, 15% seulement de femmes.

Notre seconde hypothèse envisageait que le développement et la mise en place d'une intervention éducative structurée en santé auprès des étudiants de l'université puisse contribuer au développement de la littératie en santé, en se manifestant à travers trois entrées : l'accès aux savoirs, leur compréhension et la prise de décisions en faveur de la santé. En complément des données quantitatives recueillies autour de la LS, l'étude qualitative que nous avons menée auprès de quelques étudiants a permis de procéder à une analyse fine de nouveaux éléments en jeu. L'analyse qualitative des séances éducatives (N=48) a fait ressortir la nature des savoirs travaillés au cours des sessions, y compris à travers la catégorisation qui a été réalisée autour de trois composantes de la LS : l'accès à l'information, la compréhension de cette information et la prise de décisions en matière de santé. Une combinaison relativement harmonieuse de ces

## L'après coup du Chercheur

trois composantes serait *a priori* en mesure d'améliorer la LS, à travers l'ensemble des 9 dimensions que nous avons approchées via le HLQ (ou tout au moins certaines d'entre elles). Pour autant, notre recherche souligne l'existence de parts inégalement distribuées : la composante « accès à l'information » est la plus investie, suivie de la « compréhension de l'information » alors que la dimension « prise de décision » est très peu exploitée. Les trois dimensions sont certes travaillées lors des interventions éducatives (mais de façons inégales), ce qui invite notamment à considérer l'importance de la formation des professionnels qui animent et dirigent les interventions éducatives en santé. A l'issue des séances, nous observons que pour plusieurs variables, les étudiants (N=7) se positionnent aux niveaux interactif et critique plutôt qu'au niveau fonctionnel. Nous observons enfin que les résultats peuvent fluctuer dans un sens comme dans l'autre, avec des évolutions que nous pourrions qualifier de « positives » tandis que parfois, elles vont dans le sens d'une forme de régression (ce que nos trois portraits soulignent parfaitement bien). Si l'évolution de la littératie en santé a pu se traduire par une évolution des discours, des postures et des projets des étudiants, en lien avec leur santé et celle de leurs proches, force est de souligner que cette évolution s'accompagne de variations significatives, qui mériteraient d'être plus fortement étayées par de plus amples investigations.

Ces résultats seraient donc à considérer pour interroger de nouveau les agencements particuliers de ces situations d'apprentissage, notamment en vue d'encourager aussi les compétences de la LS qui sont peu exploités dans les interventions éducatives en santé. Rappelons qu'un travail avec les formateurs serait sans doute fort pertinent, de ce point de vue. Les dispositifs « Nids d'apprentissage » (matérialisés par la présence des livrets à destination des apprenants et des formateurs) qui ont été utilisés au cours des interventions éducatives proposées à l'université ont été conçus dans d'autres contextes, et travaillés dans la plupart des cas avec des personnes malades chroniques. Notre recherche souligne ainsi l'intérêt qu'il y aurait à travailler longuement avec les formateurs, en perspective d'une contextualisation des dispositifs dans le contexte mauricien, y compris pour qu'ils soient en mesure de mener le travail sur les différents types de savoirs en tenant compte du contexte. Les observations in-situ que nous avons menées nous ont également conduite sur une autre sphère qui mérite beaucoup d'attention : savoir prendre en considération et accueillir les représentations des apprenants, ce dont nous avons trouvé

de multiples traces au cours des sessions éducatives. Les représentations initiales sont la base sur laquelle le savoir se construit, ce qui, chez les apprenants, est loin d'être à considérer comme relevant de quelconques erreurs.

L'analyse qualitative (N=3) menée à travers les entretiens semi-directifs a enfin permis une compréhension fine des atouts et des difficultés des étudiants au niveau de différentes variables telles que l'alimentation, l'activité physique, les connaissances, les accès aux savoirs, les relations aux professionnels de santé, le soutien et le réseau social. En approchant les différents positionnements au niveau de la LS (fonctionnel, interactif ou critique) pour chacune des variables, les entretiens nous ont permis de comprendre la complexité de la mise en œuvre de ces variables dans le contexte ordinaire des étudiants.

## 5.2 Les perspectives que notre recherche ouvre

Les résultats présentés dans cette thèse ouvrent sur des perspectives qui devraient permettre de travailler la LS des étudiants au sein des universités dans le contexte mauricien, en orientant nos interrogations sur les voies de l'accès à l'information, à la compréhension et à la prise de décisions. Comment nos étudiants reçoivent-ils les connaissances relatives à la santé ? Que comprennent-ils des savoirs pluriels qui sont proposés en société ? Comment pensent-ils leur propre rapport à la santé et à celle de leurs proches ? Quelles interventions éducatives proposer en faveur de développements qui permettraient à chacun d'analyser ses propres connaissances, et d'en découvrir de nouvelles ?

Pour les étudiants à l'université, la LS est (devrait être) un atout à construire : ce développement peut bel et bien résulter de l'action d'éducation en santé, en perspective d'accès optimisés à la compréhension de l'information et à la prise de décision en faveur de la santé. Bien qu'elles soient complexes à mener, il reste pertinent d'avoir des analyses à des grains de plus en plus fins pour rendre compte des besoins et les difficultés en LS de cette population estudiantine. Les cadres théoriques mobilisés ici, les méthodologies retenues ainsi que les analyses et les résultats obtenus ouvrent ainsi sur de nouvelles recherches que nous proposerons de mener ultérieurement en termes de développement de la LS auprès des étudiants à l'université.

## L'après coup du Chercheur

A l'île Maurice, pour rappel, les établissements scolaires publics sont des écoles pré-primaire, primaire, secondaire (collèges) et tertiaire (Université) qui se trouvent tous sous l'égide du « Ministry of Education, Tertiary Education, Science and Technology »<sup>57</sup>. En revanche, les universités ont une particularité contrairement aux établissements des autres catégories : elles ont une certaine autonomie en termes des décisions, ces dernières étant prises par les membres de leur « board ». Cette relative autonomie donne la possibilité à chaque université de définir ses objectifs, en matière de politique de santé en faveur de ses étudiants. Dans ce cas, pourquoi ne pas partager la vision d'autres pays comme la France, où l'éducation à la santé fait partie des missions de l'éducation nationale ? Des textes ministériels montrent en effet que l'éducation à la santé à l'école « vise à aider chaque jeune à s'approprier progressivement les moyens d'opérer des choix, d'adopter des comportements responsables, pour lui-même comme vis-à-vis d'autrui et de l'environnement. Elle permet ainsi de préparer les jeunes à exercer leur citoyenneté avec responsabilité, dans une société où les questions de santé constituent une préoccupation majeure. Ni simple discours sur la santé, ni seulement apport d'informations, elle a pour objectif le développement de compétences »<sup>58</sup>.

Pour l'heure, à l'île Maurice, considérons que les sessions de « counselling » (les conseils par rapport à la santé) et les « health talks » (transmission des informations sur la santé) restent considérés, par la population, comme relevant de l'éducation pour la santé. Notre travail exploratoire a pourtant montré que l'éducation pour la santé suppose « des choix pédagogiques qui laissent une place à l'individu dans la construction et l'appropriation de différents savoirs utiles pour sa santé » (Bixi, Gagnayre et Lamour, 2008, p. 207). Ce sont donc ces dimensions, complexes, évolutives et dynamiques qu'il serait pertinent d'interroger désormais dans la société mauricienne. Nous avons conscience d'un relatif manque d'expertises dans le domaine, y compris pour accélérer les développements qui pourraient s'avérer utiles et prometteurs pour la population. Ce domaine étant encore peu développé et exploité dans le pays, nous devons donc trouver des appuis aussi bien sur le plan local qu'international. Le projet sociétal qui consisterait à faire en sorte que l'éducation en santé devienne une réalité dans des institutions

---

57 <https://education.govmu.org/SitePages/Index.aspx>

58

<https://www.education.gouv.fr/botexte/bo981203/SCOE9802899C.htm#:~:text=1%20%2D%20Nature%20et%20objectifs,autrui%20et%20de%20l'environnement.>

## **L'après coup du Chercheur**

tertiaires n'en est donc, de notre point de vue, qu'à ses débuts. Les résultats de notre recherche, premiers indicateurs des profils en LS, méritent donc d'être pris en compte, avec leurs limites, mais aussi avec le potentiel de réflexion sur lesquelles nos investigations ouvrent, y compris pour établir le prochain plan d'action national de la santé, pour les années 2022-2026.

Des efforts importants restent encore à déployer en termes d'intégration d'une culture partagée en éducation en santé au sein des universités, tant du côté des « decision makers » que du côté des étudiants qui ont souvent tendance à mettre les connaissances et compétences académiques au-dessus toutes les autres dimensions. Puissent ces travaux naissants, à l'île Maurice, permettre d'encourager et de renforcer de nouvelles perspectives en matière d'éducation à la santé auprès des étudiants à l'université, mais aussi entre les chercheurs des sciences humaines et sociales, des sciences médicales et de la santé publique.

## 6 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

### 6.1 Bibliographie

Aaby, A., Beauchamp, A., O'Hara, J., & Maindal, H. T. (2019, Juillet 30). Large diversity in Danish health literacy profiles: perspectives for care of long-term illness and multimorbidity. *The European Journal of Public Health*, 30(1), 75-80.

Antonovsky, A. (1979). *Health Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass.

Authier, D., et Berger, D. (2019). Approche didactique de l'ETP et pistes d'amélioration de la formation des soignants dans le champ de l'éducation. *Recherches & éducations*, <https://journals.openedition.org/rechercheseducations/7124#quotation>.

Baker, D. W., Williams, M. V., Parker, R. M., Gazmararian, J. A., & Nurss, J. (1999). Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Education and Counseling*(38), 33-42.

Baker, D. W. (2006). The meaning and measure of health literacy. *J Gen Intern Med*(21), 878-883.

Balcou-Debussche, M., & Debussche, X. (2008, September). Type 2 diabetes patient education in Reunion Island: Perceptions and needs of professionals in advance of the initiation of a primary care management network. *Diabetes & Metabolism*, 34(4), 375-381.

Balcou-Debussche, M. (2010). Une approche ethnosociologique de l'éducation thérapeutique du patient dans le diabète de type 2. In J. Foucaud, J. A. Bury, M. Balcou-Debussche, & C. Eymard, *Éducation thérapeutique du patient: modèles, pratiques et évaluation*. Saint-Denis : INPES.

Balcou-Debussche, M. (2012). L'éducation thérapeutique: entre savoirs complexes, formateurs, apprenants hétérogènes et contextes pluriels. *Recherche en soins infirmiers*, 110(3), 45-59.

Balcou-Debussche, M. (2012). La " littératie en santé " : dispositifs et situations d'apprentissage. *Journées régionales "société, santé, éducation"*. *Approche interdisciplinaire des inégalités sociales de santé à La Réunion* (pp. 55-63). Réunion: Institut universitaire de formation des maîtres (IUFM) .

Balcou-Debussche, M., Rastami, J., Ramlati, A., Said, M., Solet, J. L., & Debussche, X. (2012). Développer l'éducation thérapeutique du patient à Mayotte en tenant compte de l'hétérogénéité des personnes et du contexte social Premiers enseignements à partir des données récoltées auprès de personnes diabétiques ou obèses. *Médecine Maladies Métaboliques*, 6(6), 525-529.



## Références Bibliographiques

- Balcou-Debussche, M. (2012). La littératie en santé : parler, comprendre, décider... In E. Auriac-Slusarczyk, *La dimension langagière dans l'apprentissage et la formation* (pp. 59-79). Clermont-Ferrand : Presses Universitaires de l'UBP.
- Balcou-Debussche, M. (2012). LA «Littératie en santé» Dispositifs et situations d'apprentissage. *Colloque international : Formes d'éducation et processus d'émancipation*, (pp. 55-63). Rennes, France.
- Balcou-Debussche, M. (2013). La littératie en santé. Parler, comprendre, décider. Dans E. Auriac-Slusarczyk, *Apprendre et former: la dimension langagière* (p. 68). Presses universitaires Blaise-Pascal.
- Balcou-Debussche, M. (2014). Littératie en santé et interactions langagières en éducation thérapeutique. Analyse de situations d'apprentissage au Mali, à La Réunion et à Mayotte. *Éducation, Santé, Sociétés*, 1(1), 3-18.
- Balcou-Debussche, M. (2016). *De l'éducation thérapeutique du patient à la littératie en santé: Problématisation socio-anthropologique d'objets didactiques contextualisés*. Paris: Éditions des archives contemporaines.
- Balcou-Debussche, M. (2016). *De l'éducation thérapeutique du patient à la littératie en santé: Problématisation socio-anthropologique d'objets didactiques contextualisés*. Paris: Éditions des archives contemporaines.
- Balcou-Debussche, M. (2016, Octobre 16). Interroger la littératie en santé dans une perspective de transformations individuelles et sociales. *Recherches & éducation*.
- Ballet, D. (2016). Analyse des pratiques effectives des formateurs en éducation thérapeutique du patient. *Recherche en soins infirmiers*, 3(126), 65-70.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control.
- Barbaranelli, C. (2001). Evaluating cluster analysis solutions: An application to the Italian NEO Personality Inventory. *European Journal of Personality*, 16, S45-S55.
- Barbier, R. (1996). La recherche action. Barcelone : Anthropos.
- Bardin, L. (1977). *L'analyse de contenu*. France: PUF.
- Bardin, L. (2003). *L'analyse de contenu*. Paris: PUF.
- Batterham , R. W., Buchbinder, R., Beauchamp, A., Elsworth, G. R., & Osborne, R. H. (2014, July 7). The OPTimising HEalth LiterAcy (Ophelia) process: study protocol for using health literacy profiling and community engagement to create and implement health reform. *BMC Public Health*, 14(694), 14-694.

## Références Bibliographiques

- Beillerot, J. (1995). Projet et légitimité. *Cahiers Pédagogiques*(334), 16-17. Crézé, F., & Liu, M. (2006). La Recherche Action et les Transformations Sociales. *L'Harmattan*.
- Berger, D., Pizon, F., Bencharif, L., et Jourdan, D. (2009). Éducation à la santé dans les écoles élémentaires... Représentations et pratiques enseignantes. *Didaskalia*(34), 35-36.
- 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. *Ann Int Med*(155), 97-107.
- Bhurosy, T., & Jeewon, R. (2016). Changes in eating habits and food traditions of Indo-Mauritians. *Indian Journal of Traditional Knowledge*, 15(3), 355-362.
- Biernacki, C. (1999). Précision sur les données et coude de la vraisemblance pour trouver le nombre de classes dans un mélange. *Revue de statistique appliquée*, 47(1), 47-62.
- Billon-Descarpentries, J. (2000). Essai de théorisation des modèles explicatifs de l'éducation appliquée à la santé. *Revue de recherches en éducation. L'éducation pour la santé*(25), 17-30.
- Blashfield, R. K., & Aldenderfer, M. S. (1988). *The methods and problems of cluster analysis. Handbook of multivariate experimental psychology*. (D. J. Nesselroad, Éd.) New York.
- Bostock, S. et Steptoe, A. (2012). Association between low functional health literacy and mortality in older adults: longitudinal cohort study. *BMJ*, 344:e1602.
- Boullé, M., Guigourès, R., & Rossi, F. (2012). Clustering hiérarchique non paramétrique de données fonctionnelles. *Extraction et gestion des connaissances*.
- Bouvier, V., & Bellot, P. (2015). Regroupement par popularité pour la RI semi-supervisée centrée sur les entités. *CORIA 2015*, (p. 5). Paris.
- Brixi, O., Gagnayre, R., & Lamour, P. (2008). *Éduquer pour la santé autrement: Propositions en appui aux pratiques alternatives à l'oeuvre*. Le Manuscrit.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2003). Au-delà du modèle transactionnel. Vers un modèle intégratif en psychologie de la santé. Consulté le Septembre 2020, sur Presses Universitaires de Rennes: [http://pur-editions.fr/couvertures/1223045972\\_doc.pdf](http://pur-editions.fr/couvertures/1223045972_doc.pdf)
- Buchbinder, R., Batterham, R., Elsworth, G., & al. (2011). A validity driven approach to the understanding of the personal and societal burden of low back pain: development of a conceptual and measurement model. *Arthritis Res Ther*. 13, R152.
- Budhathoki, SS., Pokharel, PK., Jha, N., Moselen, E., Dixon, R., Bhattachan, M. & Richard H Osborne, RH. (2019). Health literacy of future healthcare professionals: a cross-sectional study among health sciences students in Nepal. *International Health*, 11(1), 15-23.
- Canguilhem, G. (1988). La santé : concept vulgaire et question philosophique, Conférence donnée à Strasbourg en mai 1988 à l'invitation du Pr Lucien Braun, parue dans *Cahiers du séminaire de*

## Références Bibliographiques

- philosophie 8 : la santé*, Editions Centre de documentation en histoire de la philosophie, 1988, 119–133, repris dans Canguilhem, G., *Ecrits sur la médecine*, Seuil, 49–68.
- Caroupin, J., & Ballet, D. (2017). Prendre en compte l'altérité dans les interventions éducatives en santé. Analyse de la littératie en santé de personnes diabétiques issues de l'immigration. *Éducation, Santé, Sociétés*.
- Chan Sun, M.F., & Jeetun, N. (2012). Prevention of Type 2 Diabetes Mellitus in Mauritius: An Analytical Review. *University of Mauritius research journal*, 18B, 317-349.
- Chandler, C. I., Reynolds, J., Palmer, J. J., & Hutchinson, E. (2008). *Directives d'ACT Consortium : Méthodes qualitatives pour la recherche sur les interventions de santé internationales*. ACT Consortium.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Couturier, Y. (2004). Misères et grandeurs de la clôture du champ de l'intervention sociale. La figure de l'autre dans l'activité interdisciplinaire. *Esprit critique*, 6 (2), 1705-1045.
- Creswell, J. W. (2009). *Research design : qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. (T. Oaks, Éd.) California: Sage publications.
- Crézé, F., & Liu, M. (2006). La Recherche Action et les Transformations Sociales. *L'Harmattan*.
- D'Aoust, L., Munbodh, P., Sookram, C., Paratian, U., Gaüzère BA5,, B. & Aubry, P. (2010). Situation et enjeux sanitaires à l'île Maurice en 2009. *Médecine Tropicale*, 70(3), 229-238.
- De Jordy, L. (2018, Avril). Traduction et validation française canadienne du Questionnaire de la Littératie en Santé (QLS).
- Davis, T. C., Long, S. W., Jackson, R. H., Mayeaux, E. J., George, R. B., Murphy, P. W., & Crouch, M. A. (1993). Rapid Estimate of adult literacy in medicine: A shortened screening instrument. *Family Medicine*(25), 391-395.
- Debussche, X., Balcou-Debussche, M., Baranderaka, N.-A., Ndayirorere, S., La Hausse de Lalouvière, V., & Nitunga, N. (2010). Réseau d'éducation en santé communautaire pour la prévention des maladies cardiovasculaires et du diabète au Burundi : mise en place et premiers résultats. *Global Health Promotion*, 68-75.
- Debussche, X. Balcou-Debussche, M. et Osborne, R. (2016). La littératie en santé : un outil pour une meilleure accessibilité dans le diabète de type 2. *Diabetes & Metabolism*, 42(1), A59-60.
- Debussche, X., Corbeau, C., Caroupin, J., Fassier, M., Ballet, D., & Boegner, C. (2017). Littératie en santé et précarité : optimiser l'accès à l'information et aux services en santé. L'expérience de Solidarité Diabète. *Médecine Maladies Métaboliques*, 11(8), 739–744. [https://doi.org/10.1016/S1957-2557\(17\)30179-7](https://doi.org/10.1016/S1957-2557(17)30179-7)

## Références Bibliographiques

- Debussche, X., & Balcou-Debussche. (2018, 03 12). Analyse des profils de littératie en santé chez des personnes diabétiques de type 2 : la recherche ERMIES-Ethnosocio. *Santé publique*, 30(1), 157-168.
- Debussche, X., Lenclume, V., Balcou-Debussche, M., Alakian, D., Sokolowsky, C., Ballet, D., Elsworth, G. R., Osborne, R. H., & Huiart, L. (2018). Characterisation of health literacy strengths and weaknesses among people at metabolic and cardiovascular risk: Validity testing of the Health Literacy Questionnaire. *SAGE open medicine*, 6, 2050312118801250. <https://doi.org/10.1177/2050312118801250>.
- Déchamp-Le, R. C. (2002). *L'emprise de la technologie médicale sur la qualité sociale*. Paris: L'Harmattan.
- Dewalt, DA., Berkman, ND., Sheridan, S., Lohr, KN. & Pignone, MP. (2004). Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. *Journal of general internal medicine*, 19(12):1228-39.
- Downing, B., & Bogoslaw, L. (2003). *Effective patient-provider communication across language barriers: a focus on methods of translation*. (H. Juntos, Éd.) The Robert Wood Johnson Foundation.
- Drapeau, M. (2004). Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques psychologiques*, 10(1), 79-86.
- Evans, A., Anthony, E., & Gabriel, G. (2019). Comprehensive Health Literacy Among Undergraduates: A Ghanaian University-Based Cross-Sectional Study. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, 3(4), 227-237.
- Eymard, C. (2011). Éducation en santé des personnes addictives aux substances psycho-actives sous traitement de substitution. Recherche contextualisée dans un centre d'accueil et de soin pour personnes toxicomanes. *Recherche en soins infirmiers*, 106(3), 107-119.
- Foucaud, J., Bury, J., Balcou-Debussche, M., & Eymard, C. (2010). *Éducation thérapeutique du patient. Modèles, pratiques et évaluation*. Saint-Denis: INPES.
- Freebody, P., & Luke, A. (1990). 'Literacies' programs: debates and demands in cultural context. *Prospect*(5), 7-16.
- Gagnayre, R. et D'Ivernois, JF. (2004). *Apprendre à éduquer le patient : approche pédagogique*. Paris : Maloine.
- Goeman, D., Conway, S., Norman, R., Morley, J., Weerasuriya, R., Osborne, R. H., & Beauchamp, A. (2016). Optimising Health Literacy and Access of Service Provision to Community Dwelling Older People with Diabetes Receiving Home Nursing Support. *Journal of Diabetes Research*, <https://doi.org/10.1155/2016/2483263>.
- Green, L., Kreuter, MW., Deeds, S. et Partridge, K. (1980). *Health Education Planning: A Diagnostic Approach*. Calif. : Mayfield Publishing Co.

## Références Bibliographiques

- Greenhalgh, T. (2015). Health Literacy: towards system level solutions. *BMJ* .
- Haun, J., Valerio, M., & McCornack, L. (2014). Health literacy measurement: an inventory and descriptive summary of 51 instruments. *Journal of Health Communication, 19*(S2), 302-33.
- Hawkins M, Elsworth GR, Osborne RH. (2018). Application of validity theory and methodology to patient-reported outcome measures (PROMs): building an argument for validity. *Qual Life Res, 27*(7):1695-1710.
- Henrard, G. et Prévost, M. (2016). La littératie en santé, avatar creux ou concept dynamisant ? *Santé conjugulée, 77*, 30-35.
- Heuser, F. (2009). Du savoir enseigné et évalué à la référence de l'enseignant d'EPS : étude didactique clinique en karaté. . France: Edilivre Paris.
- Holt, K. A., Engel, L. V., & Kayser, L. (2020, April 10). Health literacy, digital literacy and eHealth literacy in Danish nursing students at entry and graduate level: a cross sectional study. *BMC Nursing, 19*(22), <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00418-w>.
- Huberman, A., & Miles, M. B. (1991). Analyse des données qualitatives - Recueil de nouvelles méthodes. De Boeck Université.
- Ickes, M. J., & Cottrell, R. (2010, Oct 22). Health Literacy in College Students. *Journal of American College Health, 491-498*.
- Ishikawa, H., & Yano, E. (2011). The relationship of patient participation and diabetes outcomes for patients with high vs. low health literacy. *Patient Education & Counseling, 84*(3), 393-7.
- Jacquemot, P. (2012/3). Les systèmes de santé en Afrique et l'inégalité face aux soins. *De Boeck Supérieur*(243), 95-97.
- Jordane, J. E., Osborne, R. H., & Buchbinder, R. (2011). Critical appraisal of health literacy indices revealed variable underlying constructs, narrow content and psychometric weaknesses. *J Clin Epidemiol, 64*(4), 366-79.
- Jourdan, D., & Berger, D. (2005). De l'utilité de clarifier les référents théoriques de l'éducation pour la santé. *La Santé de l'homme*(377), 17-20.
- Kassean, H. (2012) Towards more effective strategies for management of diabetes in Mauritius. *Open Journal of Preventive Medicine, 2*, 257-264. doi: 10.4236/ojpm.2012.22037.
- Kickbusch, I. (1997). Think health: what makes the difference? Dans H. P. INTERNATIONAL (Éd.), 4th International Conference on Health Promotion, New Players for a New Era Leading Health Promotion into the 21st Century, 12, pp. 265-272. Jakarta.
- Kickbusch, I., Pelikan, J., Apfel, F., & Tsouros, a. (2013). Health literacy: the solid facts. Copenhagen: WHO Regional Office 7–8. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>.

## Références Bibliographiques

- Kohn, L., & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : Apports et croyances. *Reflète et perspectives de la vie économique*(4), 67-82.
- Krief, N., & Zardet, V. (2013). Analyse de données qualitatives et recherche-intervention. (2013). , 95(2), 211-237. doi:10.3917/resg.095.0211. *Recherches en Sciences de Gestion*, 2(95), 211-237.
- Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., Boyle, B., Hsu, YCh. et Dunleavy, E. (2007). *Literacy in everyday life : Results of the 2003 National Assessment of Adult Literacy* (NCES 2006-483).
- L.C.S (1967) : *Logique et connaissance scientifique*. Paris : Gallimard.
- Lai, A. Y., Ishikawa, H., & Kiuchi, T. (2013). Communicative and Critical Health Literacy, and Self-management Behaviors in End-Stage Renal Disease Patients with Diabetes on Hemodialysis. *Patient Education and Counseling*(91), 221-7.
- Le Faou, A.-L., Le Rest, P., Pondaven, C., & Quillien, P.-J. (2007). *Abrégé de culture sanitaire et sociale*. (Ellipses, Éd.) ellipses.
- Lenoir, Y., Larose, F., Deaudelin, C., Kalubi, J.-C. et Roy, G.-R. (2002). L'intervention éducative : clarifications conceptuelles et enjeux sociaux. Pour une reconceptualisation des pratiques d'intervention en enseignement et en formation à l'enseignement. *Esprit critique*, 4(4), 2-32.
- Liou, L., & Lu, C. (2006). Related factors of health behavior in university students. *Chinese Journal of School Health*,(48), 19-37.
- Mancuso, CA. et Rincon M. (2006). Impact of health literacy on longitudinal asthma outcomes. *J Gen Intern Med*, 21(8), 813-7.
- Manderscheid, J.-C. (1994, Avril-Mai-Juin). Modèles et principes en éducation pour la santé. *Revue française de pédagogie*(107), 81-96.
- Manderscheid, JC. et Pithon, G. (2000). Eléments de réflexion pour une pédagogie de l'éducation à la santé en milieu scolaire. *Spirales*, 25, 49-68.
- Marcel, J.-F. (2010). Des tensions entre le "sur" et le "pour" dans la recherche en éducation : question(s) de posture(s). *Education et socialisation - Les cahiers du CERFEE*, 41-64.
- Marcel, J.-F. (2016). Recherche en sciences de l'éducation et demande sociale. In C. Grenier, C. Rougerie, C. Saint Martin, C. Dupuy, D. Broussal, L. Aussel, . . . J.-F. Marcel, *La recherche-intervention par les sciences de l'éducation: accompagner le changement*. Paris: Educagri.
- Mariné, C. & Escribe, C. (2016). John B. Watson (1878-1958) : Une science du comportement. Dans : Nicolas Journet éd., *Les grands penseurs des Sciences Humaines* (pp. 51-54). Auxerre, France: Éditions Sciences Humaines.
- Mesnier, P.-M., & Misotte, P. (2003). La recherche-action : Une autre manière de chercher, se former, transformer. *L'Harmattan*.

## Références Bibliographiques

- Mitsutake, S., Shibata, A., Ishii, K., Okazaki, K., & Oka, K. (2011). Developing Japanese Version of the eHealth Literacy Scale (eHEALS). *Nihon Koshu Eisei Zasshi*, 58(5), 361-371.
- Monceau, G. (2005). Transformar as práticas para conhecê-las: pesquisa-ação e profissionalização docente, *Educação e Pesquisa /Education and Research*. 31(03), 467-482.
- Moreira, L. (2018), "Health literacy for people-centred care: Where do OECD countries stand?", *OECD Health Working Papers*, No. 107, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/d8494d3a-en>.
- Moscarola, J. (2006). « Les utilisations pédagogiques du Sphinx. De l'enseignement à la recherche (suite et fin). *La Revue de l'EPI(79)*, 221-228.
- Mukamurera, J., Lacourse, F., & Couturier, Y. (2006). Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. *RECHERCHES QUALITATIVES*, 26(1), 110-138.
- Mullan, J., Burns, P., Weston, K., McLennan, P., Rich, W., Crowther, S., . . . Osborne, R. H. (2017). Health Literacy amongst Health Professional University Students: A Study Using the Health Literacy Questionnaire. *Education Sciences*, 7(2), 54-65.
- Musango, L., Timol, M., Burhoo, P. *et al.* (2020). Assessing health system challenges and opportunities for better noncommunicable disease outcomes: the case of Mauritius. *BMC Health Serv Res*, 20, 184.
- Muscat, D. M., Song, W., Cvejic, E., Ting, J. H., Medlin, J., & Nutbeam, D. (2019, Dec). The Impact of the Chronic Disease Self-Management Program on Health Literacy: A Pre-Post Study Using a Multi-Dimensional Health Literacy Instrument. *International journal of environmental research and public health*, 17(1), 5.
- Nutbeam, D. (1998). Health Promotion Glossary. *Health Promotion International*, 4(13), 349-364.
- Nutbeam, D. (2000, September). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078.
- Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? *Int J Public Health* (54), 303-305.
- Nutbeam, D. (2015, September 01). Defining, measuring and improving health literacy. *Health Evaluation and Promotion*, 42(4), 450-456.
- Oogarah-Pratap, B. (2007). Dietary habits of Mauritian school adolescents. *Nutrition & Food Science*, 37(6), 442-451.

## Références Bibliographiques

- Osborne, R. H., Batterham, R. W., Elsworth, G. R., Hawkins, M., & Buchbinder, R. (2013). The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*(13), 658.
- Osborne, R. H. (2015). Advancements in development and evaluation of health programs: Health literacy and Ophelia approach to improving impact and equity. Actes du colloque: IReSP. De la pratique à la recherche en ETP: Aspects méthodologiques, 25-28.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). L'analyse thématique. In P. Paillé, & A. Mucchielli, *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin.
- Paris, F. (2011). LA RÉUNION ET L'ÎLE MAURICE Jumelles, sœurs ou cousines de l'océan Indien ? . *CAIRN.INFO*(704), 16-19.
- Piaget, J. (1979). *Théorie du langage, théorie de l'apprentissage*. (Seuil, Ed.) Paris.
- Revillot, J.-M. (2016). *Manuel d'Éducation Thérapeutique du Patient. Modèles, méthodes, pratiques*. Paris: Dunod.
- Robert, A. D., & Bouillaguet, A. (1997). *L'analyse de contenu. Que sais-je*. France: PUF.
- Rudd, R. E. (2007). Health literacy skills of US adults. *Am J Health Behav*(31), 8-18.
- Schillinger, D., Grumbach, K., Piette, J., Wang, F., Osmond, D., Daher, C., Palacios, J., Sullivan, G. D., & Bindman, A. B. (2002). Association of health literacy with diabetes outcomes. *JAMA*, 288(4), 475–482. <https://doi.org/10.1001/jama.288.4.475>
- Simar, C., & Jourdan, D. (2010, Octobre 20). Éducation à la santé à l'école : étude des déterminants des pratiques des enseignants du premier degré. *Revue des sciences de l'éducation*, 36(3), 739-760.
- Simon, D., Traynard, P., Bourdillon, F., & Grimaldi, A. (2007). Éducation thérapeutique: prévention et maladies chroniques. 12-21.
- Skinner, BF. (1969). *L'Analyse expérimentale du comportement*. Bruxelles : Dessart.
- Sonck, G. (2005) Language of Instruction and Instructed Languages in Mauritius, *Journal of Multilingual and Multicultural Development*, 26(1), 37-51, DOI: 10.1080/14790710508668397.
- Sørensen, K., Van Der Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G. et al. (2012). (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1):80.
- Storey, A., Hanna, L., Missen, K., Hakman, N., Osborne, R. H., & Beauchamp, A. (2020). The Association between Health Literacy and Self-Rated Health Amongst Australian University



## Références Bibliographiques

- Students. *Journal of Health Communication*, 0730(May).  
<https://doi.org/10.1080/10810730.2020.1761913>.
- Suka, M., Odajima, T., & Kasai, M. (2013). The 14-item health literacy scale for Japanese adults (HLS-14). *Environmental Health and Preventive Medicine*, 18(5), 407-15.
- Sumitani, M. & Sugimori, H. (2013). The 14-item health literacy scale for Japanese adults (HLS-14). *Environ Health Prev Med*, 18(5), 407-15.
- Tapp, R. J., Zimmet, P. Z., Harper, C. A., McCarty, D. J., Chitson, P., Tonkin, A. M., . . . Shaw, J. E. (2006). ix year incidence and progression of diabetic retinopathy: results from the Mauritius diabetes complication study. *Diabetes research and clinical practice*, 73(3), 298-303.
- Tokuda, Y., Doba, N., & Butler, J. P. (2009). Health literacy and physical and psychological wellbeing in Japanese adults. *Patient Education and Counselling*, 75(3), 514-22.
- Tourette-Turgis, C., & Thievenaz, J. (2014). L'éducation thérapeutique du patient: champ de pratique t champ de recherche. *Savoirs*, 2(35), 9-48.
- Vachon, M., Beaulieu-Prévost, D., Ouellette, A., & Achille, M. (2005). Analyse de classification hiérarchique et qualité de vie. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, 1(1), 25-30.
- Vamos, S., Yeung, P., Bruckermann, T., Moselen, F. E., Dixon, R., & Osborne, R. H. (2016). Exploring Health literacy profiles of Texas university students. *Health Behavior & Policy Review*, 3(3), 209-225.
- Van den Broucke, S. (2016, 11 Octobre). *La littéracie en santé, un outil de réduction des inégalités sociales de santé*. Retrieved from Observatoire de la Santé: [https://observatoiresante.hainaut.be/wp-content/uploads/woocommerce\\_uploads/2018/06/2016-10-11\\_SEMISS\\_Litteratie\\_en\\_sante\\_24-02-2018.pdf](https://observatoiresante.hainaut.be/wp-content/uploads/woocommerce_uploads/2018/06/2016-10-11_SEMISS_Litteratie_en_sante_24-02-2018.pdf)
- Vinck, D. (2009). De l'objet intermédiaire à l'objet frontière. Vers la prise en compte du travail d'équipement. *Revue d'anthropologie des connaissances*, 3(1), 51-72.
- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in Society*. (H. U. Press, Ed.) Cambridge.
- Wang, J., & Schmid, M. (2006). *Regional differences in health literacy in Switzerland*. (I. f. Medicine, Producer) Retrieved from University of Zurich: [http://www.futurepatient.ch/UserFiles/File/Hintergrund%20Gesundheitskompetenz\\_en\\_070607.pdf?futurepatient=54fced9548370fcbffa1d5099be10041](http://www.futurepatient.ch/UserFiles/File/Hintergrund%20Gesundheitskompetenz_en_070607.pdf?futurepatient=54fced9548370fcbffa1d5099be10041)
- Weiss, B. D., Mays, M. Z., Martz, W., Castro, K. M., DeWalt, D. A., Pignone, M. P., & Hale, F. A. (2005). Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *The Annals of Family Medicine*, 3(6), 514-522.

## Références Bibliographiques

- Yousfi, L. (2013). La Formation de l'esprit scientifique, de Gaston Bachelard. Dans : Thomas Lepeltier éd., *Histoire et philosophie des sciences* (pp. 161-162). Auxerre, France: Éditions Sciences Humaines. <https://doi.org/10.3917/sh.lepel.2013.01.0161>
- Zhang, Y., Zhang, F., Ping, H., Huang, W., Lu, L., Bai, R., . . . Zhao, Y. (2016). Exploring Health Literacy in Medical University Students of Chongqing, China: A Cross-Sectional Study. *PLoS ONE*, 11(4).

## 6.2 Références institutionnelles

- APSA. (2017). Rapport d'activités 2017. APSA International.
- ASPC/PHAC. (2014). Agence de la santé publique du Canada (ASPC/PHAC) Littératie en santé. Retrieved 2014, from PHAC-ASPC: <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/hl-ls/index-fra.php>
- Australian Bureau of Statistics . (2009). Health Literacy Australia. Retrieved from Australian Bureau of Statistics: [http://www.ausstats.abs.gov.au/ausstats/subscriber.nsf/0/73ED158C6B14BB5ECA2574720011AB83/\\$File/42330\\_2006.pdf](http://www.ausstats.abs.gov.au/ausstats/subscriber.nsf/0/73ED158C6B14BB5ECA2574720011AB83/$File/42330_2006.pdf).
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2013). Consumers , the health system and health literacy : Taking action to improve safety and quality. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care.
- Canadian Council on Learning . (2008). Health literacy in Canada: a healthy understanding. Retrieved from ccl-cca: <http://www.ccl-cca.ca/NR/rdonlyres/266E0889-8B9B-45DB-B615-33E146E31B06/0/HealthLiteracyReportFeb2008E.pdf>
- Conseil canadien sur l'apprentissage. (2007). Littératie en santé au Canada: : Résultats initiaux de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes. Ottawa, Canada.
- Educational Testing Service. (2006). Test content for health activities literacy tests. Retrieved from ETS: <http://www.ets.org/>
- Fédération des maisons médicales. (n.d.). La santé en toutes lettres. Retrieved from Fédération des maisons médicales: <https://www.maisonmedicale.org/-La-sante-en-toutes-lettres-.html>
- Fédération des maisons médicales. (2017, Octobre 16). LA LITTERATIE EN SANTE SYNTHESE BIBLIOGRAPHIQUE. Retrieved from fnes: [https://www.fnes.fr/wp-content/uploads/2018/01/Litt%C3%A9ratie-en-sant%C3%A9-Synth-biblio-Fnes\\_VDEF2.pdf](https://www.fnes.fr/wp-content/uploads/2018/01/Litt%C3%A9ratie-en-sant%C3%A9-Synth-biblio-Fnes_VDEF2.pdf)
- Government of Information Service. (2017, March 31). Minister Husnoo: NCD treatment accounts for 80% of health budget. Retrieved from Republic of Mauritius:

## Références Bibliographiques

<http://www.govmu.org/English/News/Pages/Minister-Husnoo-NCD-treatment-accounts-for-80-per-cent-of-health-budget.aspx>

Hls-Eu Consortium. (2012). Comparative report of health literacy in eight EU member states: The European health literacy survey . HLS-EU.

Inserm. (2001). Education pour la santé des jeunes: Démarches et méthodes. Synthèse et recommandations. Inserm. Paris: Les éditions Inserm.

IPS. (2009, Septembre 9). HEALTH: Diabetes Wreaks Havoc in Mauritius. Retrieved from Inter Press Service News Agency: <http://www.ipsnews.net/2009/09/health-diabetes-wreaks-havoc-in-mauritius/>

KCE. (2019). Littératie en santé : Quels enseignements tirer des expériences d'autres pays ? KCE, Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé, Health Services Research, Belgique.

Ministry of Health and Quality of Life. (2015). The Mauritius Non Communicable Diseases Survey.

Ministry of Health and Quality of Life. (2016). Health Statistics Report. Mauritius: Health Statistics Unit.

Ministry of Health and Wellness. (2018). Health Statistics Report 2018: Island of Mauritius and Island of Rodrigues. Mauritius: Health Statistics Unit.

OCDE. (2000). La littératie à l'ère de l'information. Organisation de coopération et de développement économiques. France: Service des Publications de l'OCDE.

Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2010). Healthy People 2010. Retrieved from healthypeople: <https://www.healthypeople.gov/>

OMS. (1999). Glossaire de la promotion de la santé. Retrieved from WHO: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_fre.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf)

Republic of Mauritius (2015). The Mauritius Non Communicable Diseases Survey 2015. Port Louis: Ministry of Health and Quality of Life.

Republic of Mauritius. (2017, Novembre 15). Health Ministry to undertake Intensive diabetes action study soon. Retrieved from News: <http://www.govmu.org/English/News/Pages/Health-Ministry-to-undertake-Intensive-diabetes-action-study-soon.aspx>

UNESCO. (2003). Réunion internationale des experts. Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture. Institut pour l'Éducation.

WHO. (2009). 7th Global Conference on Health Promotion. Retrieved from WHO: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/en/>

## Références Bibliographiques

WHO Europe. (2013). Health Literacy. The solid facts. Retrieved from WHO Europe:  
[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)

WHO. (2015). Health literacy toolkit for low- and middle-income countries. (W. R.-E. Asia., Editor, & W. R.-E. Asia, Producer) Retrieved from World Health Organisation:  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205244/B5148.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

WHO. (2017). BIENNIUM REPORT 2016/2017. WHO COUNTRY OFFICE MAURITIUS.

WHO. (2018). NonCommunicable Diseases: Country Profiles 2018. World Health Organisation.

WHO (2018). Global Health Observatory country views. En ligne :  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136943/ccsbrief\\_mus\\_en.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136943/ccsbrief_mus_en.pdf?sequence=1)

## 7 FIGURES et TABLEAUX

### 7.1 Figures

Figure 1. Dynamique des macro, meso et micro contextes (M. Balcou-Debussche, 2016) .....	20
Figure 2. Le modèle conceptuel de la littératie en santé comme un risque.....	31
Figure 3. Le modèle conceptuel de la littératie en santé comme une ressource. ....	32
Figure 4. DLS : Trois pôles et huit variables .....	40
Figure 5. Debussche et Balcou-Debussche, 2018, p. 163.....	41
Figure 6. Répartition des différents peuples à l'île Maurice. ....	52
Figure 7. Prévalence du diabète à l'île Maurice.....	55
Figure 8. Causes de mortalité à l'île Maurice.....	56
Figure 9. Consommation moyenne de cigarettes à l'île Maurice. ....	57
Figure 10. Consommation moyenne d'alcool. ....	58
Figure 11. Organisation du système de santé public à l'île Maurice. ....	62
Figure 12. Le Healthy Kids Program dans les établissements primaires. ....	65
Figure 13. Les actions de l'ONG. ....	68
Figure 14. HLQ Domaines 1-5 (N=32) .....	77
Figure 15. HLQ Domaines 6-9 (N=32). ....	77
Figure 16. Codage des 3 chercheur.es, représentés en termes de pourcentage. ....	87
Figure 17. Codage en termes de nombre d'énoncés.....	88
Figure 18. Tiers-espace socio-scientifique.....	92
Figure 19. Schéma d'organisation du cycle éducatif. ....	96
Figure 20. Schéma du protocole méthodologique.....	97
Figure 21. Démarche quantitative HLQ (N=234). ....	99
Figure 22. Démarche Quantitative : Pré et Post Interventions. ....	100
Figure 23. Arbre de codage. ....	110
Figure 24. Des énoncés codés dans les nœuds définis pour la session RCV par la formatrice en santé. ....	110
Figure 25. Des énoncés codés dans les noeuds définis pour la session RCV par la nutritionniste. ....	110
Figure 26. Distribution des réponses - Domaines 1 à 5.....	122
Figure 27. Distribution des réponses - Domaines 6 à 9.....	123
Figure 28. Profil de LS avec 5 clusters.....	124
Figure 29. Graph « Agglomeration schedule » .....	125
Figure 30. Études littératie en santé au sein des Universités : Domaines 1-5. ....	132
Figure 31. Études littératie en santé au sein des Universités : Domaines 6-9. ....	133
Figure 32. Le nombre d'énoncés répartis en dimensions de la LS dans les deux séances analysées. ....	138
Figure 33. Contents mobilisés dans les sessions : Livret (Séance) et Hors-Livret (Contexte).....	139
Figure 34. Prise de paroles : Formateur et Apprenants. ....	140
Figure 35. Nuage de mots réalisés à partir du verbatim de deux sessions. ....	141
Figure 36. Déroulement du pré-test et post-test HLQ .....	147
Figure 37. Comparaison du test Pré-HLQ et Post-HLQ (Domaines 1 à 5) .....	151

## Figures et Tableaux

Figure 38. Comparaison du test Pré-HLQ et Post-HLQ (Domaines 6 à 9) .....	151
Figure 39. Rapport constitutif de la LS : Alimentation .....	156
Figure 40. Rapport constitutif de la LS : Accès aux Savoirs.....	157
Figure 41. Rapport constitutif de la LS : Connaissances .....	158
Figure 42. Rapport constitutif de la LS : Relation Professionnel Santé .....	159
Figure 43. Rapport constitutif de la LS : Soutien Social .....	160
Figure 44. Rapport constitutif de la LS : Activités Physiques .....	161
Figure 45. « Étoile» pour Pooja.....	163
Figure 46. « Étoile» pour Steve .....	164
Figure 47. « Étoile» pour Salim.....	165

## 7.2 Tableaux

Tableau 1. Les différents domaines dans le questionnaire HLQ.....	36
Tableau 2. De l'article "The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ)" par Osborne, R. H., Batterham, R. W., Elsworth, G. R., Hawkins, M., et Buchbinder, R., 2013, BMC Public Health, 13, pg 658 .....	39
Tableau 3. Profils sociodémographiques (N=32). .....	76
Tableau 4. Grille utilisée pour une triangulation du codage de dimensions de la LS. ....	87
Tableau 5. Cinq situations d'apprentissage observés.....	100
Tableau 6. Résumé des méthodes d'analyses de classification .....	106
Tableau 7. Nombre d'énoncés codé pour chaque nœud .....	110
Tableau 8. Grille de codage pour les catégories de la LS. ....	113
Tableau 9. Distribution des 234 questionnaires .....	117
Tableau 10. Caractéristiques sociodémographiques d'étudiants à l'université (n=234). ....	118
Tableau 11. Scores dans les 9 domaines du HLQ (N=234). .....	120
Tableau 12. 5 Profils de Littératie en santé (5 clusters) .....	127
Tableau 13. Effectifs rapportés aux différents profils obtenus par la méthode hiérarchique .....	127
Tableau 14. Mise en lien des principales études menées sur la LS à travers l'usage de HLQ. ....	129
Tableau 15. Scores dans les domaines 1-5, dans les études menées sur la LS via l'usage du HLQ. ....	130
Tableau 16. Scores dans les domaines 6-9, dans les études menées sur la LS via l'usage de HLQ. ....	131
Tableau 17. Exemples d'énoncés de la LS : accès et compréhension de l'information et prise de décisions. ....	135
Tableau 18. Quelques extraits de discours .....	137
Tableau 19. Fréquence des mots.....	142
Tableau 20. Différences dans les scores moyens .....	153
Tableau 21. Résultats Statistiques du test Pré-HLQ et Post-HLQ.....	154
Tableau 22. La mise en relation des résultats obtenus via la grille DLS .....	166
Tableau 23. Synthèse des résultats obtenus via la grille DLS .....	167
Tableau 24. Score HLQ Participant Pooja .....	171
Tableau 25. Score HLQ Participant Steve .....	175
Tableau 26. Score HLQ Participant Salim .....	180

## 8 ANNEXES

### 8.1 Annexe 1

**Photo d'interventions éducatives – RCV – Session par Éducatrice en santé**



**Photo d'interventions éducatives – RCV – Session par Nutritonniste**





## 8.2 Annexe 2

### Transcription (extrait) d'une session éducative sur le RCV

- Nutritionniste : <Zot tout tourne a la page 2 svp>  
<Nou pou attane monsieur fini>  
<Entre temps ki nou attane nou camarade ici, eski zot ena ene ti anecdote, ene ti zistoire ki zot ine envi partager, ki zot ine trouver dans zot fami ki ena rapport avec les maladies, soit l'alimentation ?>  
<Personne pas pou partager ? Zot granpere ou zot granmere kine gagne kelke chose.>  
<Monsieur, couma dire pé envie dire kelke chose.>
- Apprenant : <Non ? personne ?>
- Nutritionniste : <Soit ene zafer avec zot meme>
- Nutritionniste : <Ki bizin alle l'APSA, ki bizin alle lopital ? gagne diabète corek sa.>  
<Nou manz ar li, seki arriver ava arriver du jour au lendemain.>  
<Pas dire sa monsieur ?>  
<Bé lera ki arriver, kan nou pas p pran conte, ena bane complication ki arriver.>  
<Diabète la li monter meme. >  
<So taux disik ine arrive 14, ine arrive 15, 16.>  
<Les taux de sucre tellement élevé ki li capav arrive gagne bane lezot complication.>  
<Et ene complication de diabète très élevé, capave alle fer dialise, cest a dire so lerein inn gagne batter.>  
<Appel ca diabèt nephropathy, ca veut dire problem rénale, lerein gagne batter.>  
<Lerein la ki li fer dans nou lecorps, li couma dire ene filtre vouzot.>  
<Li filtrer imper bane toxines, li tire li a travers lurine.>  
<Donc ca capav arriver, a ce moment la nou bizin alle fer dialise.>  
<Zot ine déjà tander kan pane gagne la veine ine bizin prend la veine ene lot place ?>
- Apprenant : <Bizin pran dans licou>
- Nutritionniste : <exactement.>  
<Tres tres bien monsieur.>
- Nutritionniste <Ca dimoune la bizin vive avec ca trou la dans so licou juska la mort.>  
<Donc cest pourquoi nou pé dire zot aujourd'hui cest tres tres important ki nou pran nou la santé maintenant.>
- Nutritionniste <Et sa la santé la, li pa vine avec bane dimoune seki vié, zot generation ine fini zot. >  
<Seki pou leve la flamme, seki pou leve generation ce sont les jeunes.>  
<Parski zot ki pou aller, zot ki pou fer bane familles, zot ki le future bread winner de la société, fonder des familles, prendre charge de zot zenfant 1 jour tout sa cest zot.>

<Donc cest pourquoi ca commence avec les jeunes. >  
<Seki nou envie fer nou aussi, nou a l'APSA aussi, cest conscientiser les jeunes, ki nou capav baisse imper, nou capav lev l'honneur nou pays, nou dire nou pas pou vine no.1, nou pas pou vine no.2, nou capav baisse nou meme depuis ca rang la.>  
<Nou capav fer de sorte ki nou pas gagne bane maladie de vie.>  
<Maladie de vie ca veut dire probleme leker, diabèt, hypertension, cholestérol élevé, problèm cardiak, tout sa la bane maladie de vie.>  
<Et ki de plus en plus nou pé trouver dans la société ? Bann jeunes couma éter ? Zot bien mince, zot bien maigre ? >  
<Li dépend, mais la plupart ki nou pé trouver ? kan nou pé monte sa bus la, comment li pé monte sa bus la ?>  
<Essoufflé, et bien gros. Pran beaucoup poids.>  
<Cest pas pou fer zot per, ou met ene stigma lor zot, mo pas pé touche personne, mais au contraire, sa cave arriver. >  
<Enn lot zafer ki mo pane tander, mo nek tane alimentation. Bane jeunes ena sa lhabitude la.>

Apprenant : <Fumer>

Nutritionniste : <Exactement>

<Ki sane la fumeur ici ?>

<Si zot permet ki mo demander. Bé la, nou bizin commence pran ene step.>

<Oui, bonjour monsieur. >

<Sa veut dire la nou bizin commence pran ene step, pou petit a petit nou diminuer sa.>

Nutritionniste : <Parski 1, ena beaucoup largent ki investi dedans, ki ti capav investi dans ene lot zafer comme fer le sport, bane linge sportif ki super a la mode, bane zafer super, bane barre de céréales, meme bane lequipement et bane zafer coume sa ki nou capav investi sa largent la.>

<Boucou largent ki perdi dans le futur avec ene paket de cigarettes.>

<Ou pas fimer ? 1 ou 2.>

<Seulement tant ki capav, bizin capav diminuer li.>

<Ok ? comprend li la monsieur ?>

<Ou pou capav commencer aujourd'hui ? Essaye pense imper.>

Nutritionniste : < On a combien de différents types ?>

Apprenant : < 2>

Nutritionniste : <Bizin met imper dynamite dans so lecorps hein.>

<Pas capave dire aster la meme pas pou fer lexercice sinon kan vine vié pas pou capave fer ditout lerala. >

<Le monsieur qui vient de nous rejoindre, quel est votre nom svp ?>

<Et monsieur, D. Monsieur D.

<Et monsieur ? monsieur N, bienvenue.

Il y a une place ici, vous pouvez venir là.>

<Allez nou commencer toujours, zot camarad guet ene ti coup par ici.>

Nutritionniste : <Bane test ki zot fer, oui, mais ki bane lezot zafer zot pé trouver encore ?

Les tests de résultats.>

<Dire un ti peu plus fort monsieur. >

## Annexes

<Bane points, ena bane nombre de points a gagner.>

<Deuxieme chose nou pé trouve imper bane resultats, dans resultats la, ki bane test zot ine fer ?>

<Monsieur, ki bane test ine fer dans ou resultat ?>

Apprenant : <Cholesterol>

Nutritionniste : <oui, après ?>

Apprenant : <Fek fer tension, >

Nutritionniste : <après ?>

Apprenant : <Bane triglycérides.>

Nutritionniste : <Triglycérides la ki sa veut dire sa ?>

<Parski parfois dans nou test ena sa, nou pas pé comprend kifer.>

<Ki sa veut dire triglycérides, ki sa veut dire HBA1c ?>

<Ki sa veut dire cholesterol ldl, cholesterol total ?>

<Bizin comprend 1 ti peu kifer nou pé fer sa, vrai pas vrai ?>

Apprenant : <Glycémie cest le sucre, >

Nutritionniste : <bien bon.>

Nutritionniste : <Glycémie à jeun la cest fasting.

<Zot tout conner ki kan nou check glycemie, nou check li parfois fasting, sa veut dire a jeun, sa veut dire pane manze nanier.>

<HBA1c la ki sa veut dire sa ?>

<Cest ene hemoglobin glycated sugar coating test. Et hemoglobin glycated sugar coating test, sa veut dire ki sa test la nou fer sa tous les trois mois. >

<Sa veut dire ki la cest ene test approfondi et très specific lor ki pé arriver dans nou disang, ki montrer comment disik la ine coller avec sa bane cellule la, avec sa bane hemoglobin la.>

<Nou fer sa tous les trois mois et cest sa meme ki très important aussi pou determiner si kelkun li diabetik ou non. >

<Si ene jour mone alle ene depistage, ine organise ene depistage, mone trouver ki sa personne la ine pik mo pouce, mone alle trouver 14, mo fini manger, mo trouver li 14, cest très élevé.>

<Mais mo pas capav nek dire « ayo, 14, sa veut dire mone fini vine diabetik ». Mo pas pou capave dire sa.>

<Premier dabord mo bizin alle cot ene medecin. >

<Et medecin a ce moment la pou dire moi « ou conner monsieur, ou pou bizin alle fer ene test approfondi ».>

<Test approfondi la sa veut dire li pou bizin alle fer ene HBA1c. >

<Sa HBA1c sa mem ki pou determiner vraiment en pourcentage kot nou eter.>

<Eski nou diabetik ou pas.>

<Et zot conner ki eter enn HBA1c normal ?>

<Enn HBA1c normal, pou enn personne ki pena le diabète, li bizin moins ki 5.6

%.

Fauder pas li depass 5.6, ok ?>

<Maintenant à jeun, aster la, kan nou pé pik nou pouce, à jeun li bizin entre 4 à 6.

Sa veut dire si enn personne jeune li deza lor 6, sa veut dire li enn pré diabétik.>

<La li bizin fer très attention. >

## Annexes

<Postprandial sa veut dire après nou repas, 2 hrs de temps kan nou fini manzer nou checker.>

<A ce moment la fauder pas li depass 8. >

<Si enn jeune, so HbA1c fini arrive 7.7 / 7.6 / 8, la li bizin gagne tracas parski li aussi pré diabétik.>

<Mais comment mone dire zot bizin fer aussi bane lezot test ensam pou conner vraiment cot li eter.>

<Et cholesterol aster, ena différents types de cholesterol ki nou pou causer maintenant.>

<Nou ena le cholesterol total dans nou lecorps. Sa veut dire li pé package tout.>

<Et au fait cholesterol ki imper normal li ress enba 5.

5.2, 5. Li diffère par bane laboratoires.>

<Et aussi ena 2 types de cholesterol.>

<Ena le bon cholesterol et ena le mauvais cholesterol.>

<Dapres ou monsieur, kel est le bon cholesterol dans tout sa la?>

Apprenant : <HDL>

Nutritionniste : <Exactement, très bien.>

Nutritionniste : <Oui entre sa deux la. Lekel ladans mauvais cholesterol ?>

<Cest hdl.>

<Tout le temps zot penser cest le high density lipoprotein. >

<Sa high density lipoprotein la sac est nou bon cholesterol.>

<Le ldl, le low density lipoprotein cest le mauvais cholesterol, sa mem ki alle bouche bane artères.>

<Tout le temps nou envie ki le hdl 1 ti peu plus fort ki le ldl, ki est le mauvais cholesterol.>

<Et maintenant les triglycérides, ki sane la conner cest quoi triglycérides ?>

<Monsieur ou conner cest quoi triglycérides ?>

<Triglycérides la li couma dire ene ti vehicule. >

<Sa veut dire li pé transporte sa hdl, sa ldl la, sa lezot cholesterol la, couma dire li pé transporte li imper partout.>

<Couma dire nou ti metro ki pé transporter imper partout.>

<Donc la nou pou ena sa.>

<Premier affaire aster la, zot tout bizin tire zot test disang, zot met lor la table.>

<Maintenant, nou pou note aussi sa bane test la ici, mais maintenant si zot pas envie, cest confidentiel, si zot pas envie ki zot camarade conne zot taux disik ou zot taux cholesterol, zot gagne droit dire moi a ce moment la enn chiffre coume sa meme.>

<Zot gagne droit dire nou enn chiffre ki zot content. >

<Mais nou ti pou encourage zot, soyez franc, soyez honnetes, zot tout bane ti camarad ici.>

<Zot tout bizin encourage zot camarade à bien faire dans la santé.>

<Si demain, mo pas conner moi, monsieur Kevin. Qui est monsieur Kevin ici ?>

<Si monsieur Kevin ena ene problem, mo sir ki monsieur Nihad pou aide monsieur Kevin dans sa demarche la.>

<Pou li prend so la santé plus en main.>

<Si li pé gagne enn ti problem li pas pé capav trop fer lexercise, monsieur Nihad pou dire li nou aller nou alle fer imper football ensam.>  
<Vrai pas vrai monsieur N? Capav fer.>  
Nutritionniste : <Ok, oui le high density lipoprotein.>  
<Donc la zot tout ena zot resultat lor la table la ?>  
<Si enn dimoune enn diabétik so bone marrow ine gagne problem, li depend gravité du probleme, >  
<Si li diabétik et so bone marrow aussi ine gagne problem, peut etre li capave gagne bane problem sanguin, li capav gagne anémie, li capav gagne bane complications.>  
<Non, pas nécessairement kan line vine diabétik, line gagne problem avec so bone marrow, li pou gagne leucémie. >  
<Sa cest totalement faux.>  
<Leucémie la capav arriver, cest ene type de cancer, ki capav ene complication parski li pane guet so diabèt, pé décontroler meme, capav arriver li gagne ene lot type de cancer aussi. >  
<Sa cest bane cas vraiment extreme, mais pas veut dire necessairement si li p gagne ene ti defect dans so bone marrow li bizin gagne leukemia.>  
<Ok ? mone répone ou question la ? Cest bon. >  
<Bon, allez, premier la sa veut dire zot tout pou gueter cot zot tension eter.>  
<Zot tout ti fek prend zot tension la.>  
<Allons dire ki moi mo tension 14.>  
<Mone gagne ene tension 14/120.>  
<Mo pou guet nek sa.>  
<Mo Blood pressure ti 140/90.>  
<Allons dire, mone inventer la.>  
<Mone invente ene blood pressure.>  
<Mo blood pressure cest 140.>  
<Sa nou appel sa systolic.>  
<Sa veut dire enn bane conducteurs en haut.>  
<Ena nou leker la, ena bane waves, sa meme zot trouver kan enn dimoune pou mort, battement leker la li arreter.>  
<Donc systolic la cest tout sa bane waves ki ena la haut la.>  
<Diastolic li enbas.>  
<Nou pou interess nou ziss avec sa systolic la, en haut.>  
<Donc moi, fer couma dire mo tension li ti 14, ok ?>  
<Mo tension li 14, mais aster la, tout le temps mo ena enn tension a 14.>

## 8.3 Annexe 3

## GRILLE DLS ADAPTÉ

## GESTION DE LA SANTÉ

ALIMENTATION	E
Quand j'achète les aliments et que je les cuisine, j'essaie de suivre au mieux les conseils qui m'ont été <u>donnés</u> (par le médecin, la diététicienne...)	
J'ai compris que l'alimentation doit être variée et équilibrée : j'adapte au mieux en fonction des situations de la vie courante	
Manger équilibré ne veut pas dire se priver. J'ai appris à acheter et cuisiner autrement, tout en tenant compte du coût, des goûts, des envies et de la disponibilité des aliments.	

ACTIVITE PHYSIQUE	E
Je marche ou je bouge tous les jours parce qu'on m'a dit qu'il faut faire de l'activité physique pour le diabète	
Je fais de l'activité physique parce que j'ai compris que ça améliorerait mon diabète	
Je fais de l'activité physique toutes les fois que c'est possible, en relation avec la vie que je mène. Bouger me fait beaucoup de bien.	

## INFORMATIONS ET SANTE

ACCES AUX SAVOIRS	E
Je me contente ce que le médecin me dit concernant ma santé.	
J'essaie toujours de chercher un peu plus d'information sur la santé pour un meilleur compréhension.	
Je n'écoute pas n'importe quoi : je sais où sont les sources de référence et je m'en tiens à cela	

+

CONNAISSANCES	E
Les maladies non transmissibles que ce soit le diabète ou cardiaque ne dépendent pas de moi, ni de ce que je fais	
Les maladies non transmissibles que ce soit le diabète ou cardiaque, c'est une ou plusieurs choses qui sont à surveiller indépendamment les unes des autres, mais sur lesquelles je peux agir (ex : l'alimentation et/ou l'activité physique, etc.)	
Les maladies non transmissibles tels que le diabète et les complications cardiaques c'est un ensemble d'éléments en interaction (le corps, les organes, l'environnement, etc...) qui m'expose à des complications si je n'y fais pas attention, mais que je peux aussi stabiliser (ou améliorer) si je surveille bien tous ces éléments à la fois, en tenant compte de la vie que je mène	

## RELATIONS AUX PROFESSIONNELS DE SANTE

RELATIONS AUX PROFESSIONNELS DE SANTE	E
Je n'arrive pas à discuter mes problèmes de santé avec un médecin.	
Je discute avec mon médecin (ou autre) concernant ma santé parce que je veux comprendre ce qui se passe	
J'ai une bonne <u>relation</u> avec mon médecin qui j'ai fait confiance et les informations qu'il me donne m'aide à prendre des décisions concernant ma santé.	

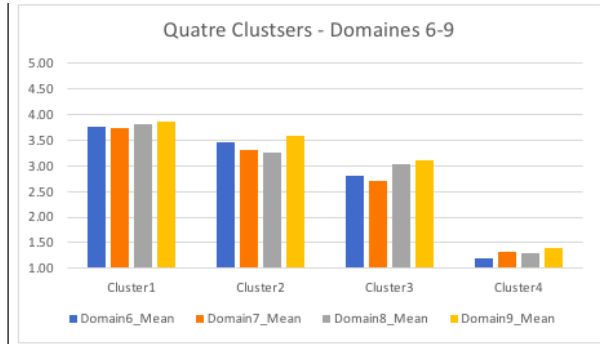
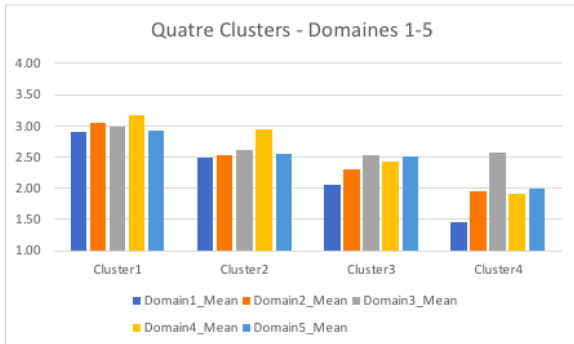
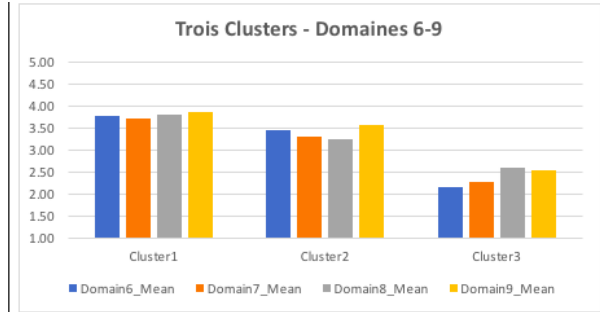
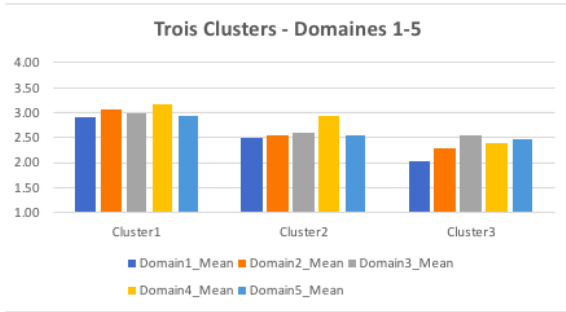
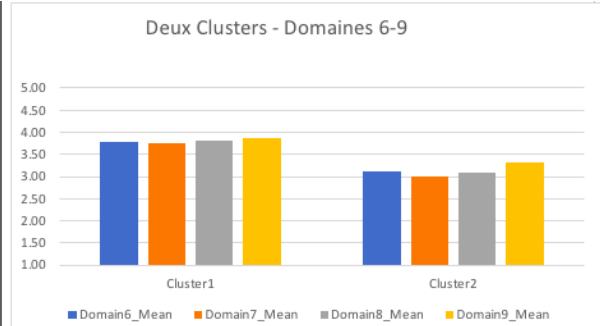
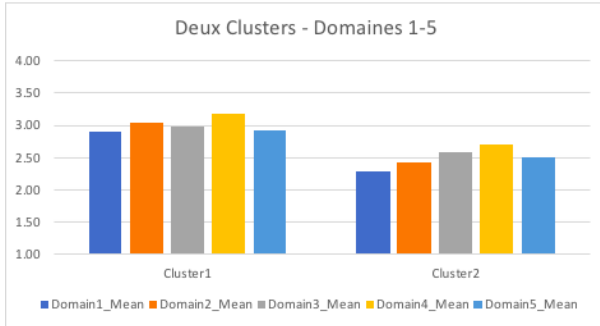
**EXPERTISE, SOUTIEN ET RESEAU SOCIAL**

<b>EXPERTISE, SOUTIEN ET RESEAU SOCIAL</b>	<b>E</b>
J'essaie de n'embêter personne avec ma santé	
Je me rends compte que je ne suis pas seul et que je peux compter sur d'autres en ce qui concerne ma santé	
Je vis comme tout le monde et j'en oublie presque qu'il faut prendre compte de ma santé	

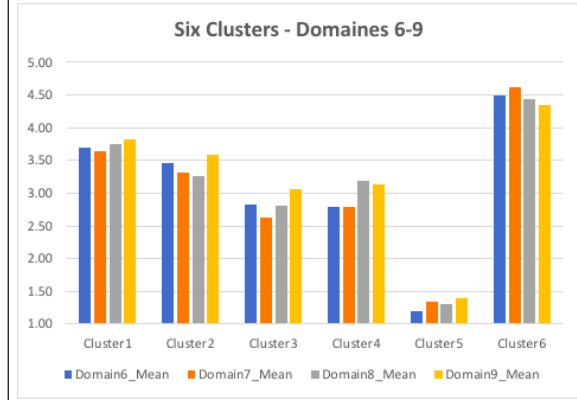
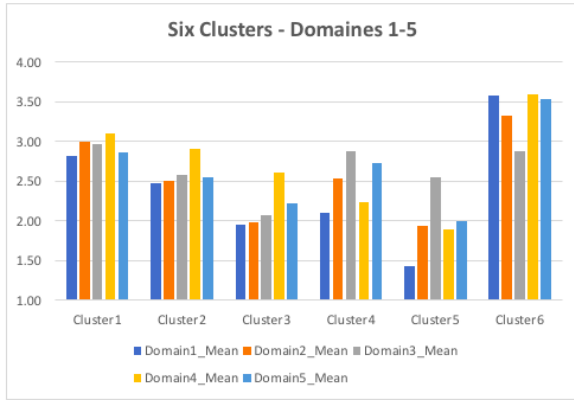


# 8.4 Annexe 4

## Simulation des clusters



## Annexes



## 8.5 Annexe 5

### Transcription intégrale de l'entretien de Pooja

Bonjour vous allez bien ?

*Oui Madame.*

Est-ce que nous pouvons démarrer SVP ?

*Oui, pas de problème.*

Quel âge avez –vous ?

*J'ai 23 ans.*

Vous avez des sœurs ou des frères ?

*Non pas de frères, mais j'ai une sœur.*

Vous habitez toujours à Roches-Brunes ?

*Non non, Madame, je n'habite pas à Roches-Brunes, mais à Beaux-Songes.*

Pouvez-vous me dire quelles professions exercent vos parents ?

*Maman est environmental engineer au ministère de l'environnement. Et papa est Permanent Secretary au ministère de de heu... Land and transport je crois... Oui oui, c'est bien land and transport.*

Est-ce que vos parents ou grands-parents, ou autres proches, souffrent de quelconques maladies ?

*Ma grand-mère souffre d'hyper-tension, c'est-à-dire coté papa.*

*Mon papa souffre du diabète et aussi de l'hyper-tension aussi.*

Avez-vous suivi les deux formations ? RCV et Graisses ?

*Oui, les deux.*

En termes alimentaires, est-ce qu'il y a un changement, entre avant la formation et après la formation ?

*Oui oui, avant beaucoup de fast-food. Maintenant c'est moins.*

Quelle information, durant la formation, vous a le plus frappé(e) ?

*Que mon taux de cholestérol était assez élevé malgré que je fais de l'exercice. Donc il fallait que je change mon alimentation même.*

*Ah je ne savais pas aussi qu'il y avait des bonnes et mauvaises graisses.*

## Annexes

*Que avocado était bon pour la santé – les différents types d’huiles. On a changé et du coup nous avons commencé à utiliser l’huile d’olive plus.*

Qu’est-ce que vous saviez déjà concernant l’alimentation, avant la formation ?

*Je savais déjà que les graisses provenant des animaux n’étaient pas bonnes pour la santé.*

*Je savais aussi que... Parce que papa avait le diabète il fallait éviter le sucre, mais pas l’impact que cela avait.*

Est-ce que la formation a eu un effet sur votre style alimentaire ?

*Oui oui, avant c’était McDO et KFC avec les amis, à l’université et tout bien junk food.*

Fast-food ? Vous voulez dire dholl-pourri ?

*Non fast food, je parle de côté WINNERS, cateless, pizza et tout.*

Quels sont les home-made foods ?

*Home-made food... Heu... Roti, lentille, légumes.*

Est-ce que vous avez l’habitude de manger un « balance diet » ?

*Oui oui, parce que papa avait parlé avec un nutritionniste et du coup maman a dû changer notre alimentation pour la famille en entier. Papa a été diagnostiqué 10 ans de cela, donc maman n’était pas très sérieux sérieux avant.*

Est-ce que vous aviez l’habitude de faire de l’activité physique avant la formation ?

*Oui, depuis l’âge de 15 ans.*

Quelles activités ?

*La natation.*

Est-ce que vous avez appris quelque chose durant la session, sur l’importance de l’activité physique, pour éviter des complications cardiaque / diabète ?

*Je crois que Madame avait parlé que quand on fait beaucoup d’activité physique notre cœur battait oui... Mais que ça montait plus que la normale, elle avait appelé ça high intensity workout - que ça aidait le cœur beaucoup, quand on stresse beaucoup pour garder le level.*

Est-ce que vous avez changé quelque chose concernant l’activité physique après la session ?

*Oui je pratique maintenant le foot aussi.*

Et vous jouez dans une équipe ?

## Annexes

*Je jouais à l'école même, avec les filles.*

Où est-ce que vous trouvez des informations sur la santé ?

*As such, ma maman sinon. Avec vous aussi Madame.*

Faites-vous confiance à toutes les informations concernant la santé ? Vous avez recours à de nombreuses sources ?

*Je préfère que les informations viennent des personnes qualifiées dans le domaine. La BBC est une news outlet toujours, je pense qu'ils vont checker leurs sources ou sinon si maman me dit de ne pas manger quelque chose je vais pas le faire.*

*Si je reçois des informations via la radio, je me dis qu'ils ont déjà vérifié, je ne vais pas faire une vérification.*

Est-ce que vous demandez des informations à des médecins en temps normal, ou juste quand vous êtes malade, que vous visitez le médecin ?

*Juste quand je suis malade.*

Pensez-vous avoir assez de connaissances sur les maladies non transmissibles ?

*Sur le diabète mais sur l'hyper-tension je ne crois pas.*

Quelles sont les maladies non-transmissibles que vous connaissez ?

*HIV... L'hyper-tension, le diabète... Heu... C'est tout... Ah, l'obésité.*

Est-ce que vous menez des actions pour les prévenir ?

*Pour prévenir ces maladies : alimentation et exercice.*

*Des fois je marche au lieu de prendre le bus, que par deux arrêts... Nous avons fait cela avec vous-même je crois.*

Allons parler un peu de vos visites chez le médecin. Est-ce que vous visitez le médecin seul(e) ?

*Non, toujours accompagné de maman.*

Alors qui parle avec le médecin dans ce cas-là ?

*Normalement c'est ma maman qui fait tout. Des fois c'est moi.*

Est-ce que vous posez d'autres questions, suite aux réponses des médecins ?

*A l'hôpital non... Parce qu'il y a trop de monde et le médecin est...*

Vous allez dans le privé ou service public ?

*Les deux.*

Êtes-vous à l'aise avec le médecin ?

*Dans le privé oui oui, plus à l'aise.*

## Annexes

Donc vous posez des questions additionnelles ?

*Cela dépend si le docteur paraît en colère, alors non ; sinon oui, je pose plus de questions. S'il arrive à répondre je continue normalement.*

Êtes-vous convaincu(e) des réponses ?

*La dernière fois je suis partie à l'hôpital suite à un virus... J'avais posé des questions sur des taches sur la peau... Si cela allait rester... Le docteur m'avait dit oui, ça allait rester sauf si j'utilise une pommade et quand j'ai demandé quelle pommade ? Il a répondu autre chose.*

Est-ce que votre médecin vous reconnaît ?

*Non non, je ne crois pas.*

Avez-vous un dossier médical ?

*Non, à l'hôpital peut être.*

Vous allez chez le médecin que lorsque vous êtes malade ou vous faites des bilans réguliers ?

*Normalement quand il y a des promotions à Green-Cross, maman nous fait faire des blood-test, sinon non.*

A quelles fréquences vous faites les bilans ?

*Une fois tous les deux ans.*

Êtes-vous conscient(e) qu'il faut faire attention et prendre soin de sa santé ?

*Ah oui oui, récemment, j'ai deux amis qui ont eu le diabète et elles ont le même âge que moi, donc je me dis que c'est très important que je prends compte de ma santé. Maintenant même- je change maintenant même- pour ne pas développer de mauvaises habitudes – je crois on dit ça, plus on devient vieux plus c'est difficile de lâcher les habitudes qui ne sont pas saines.*

En cas de maladie, vous pensez pouvoir compter sur vos parents ? La famille ? Ou vous allez devoir vous débrouiller tout(e) seul(e) ?

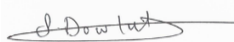
*Non non, je peux compter sur ma famille, mes parent*

LETTRE D'ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

Je, soussigné(e) Bibi Sabeena Dowlut-Toofanee en ma qualité de doctorant(e) de l'Université de La Réunion, déclare être conscient(e) que le plagiat est un acte délictueux passible de sanctions disciplinaires. Aussi, dans le respect de la propriété intellectuelle et du droit d'auteur, je m'engage à systématiquement citer mes sources, quelle qu'en soit la forme (textes, images, audiovisuel, internet), dans le cadre de la rédaction de ma thèse et de toute autre production scientifique, sachant que l'établissement est susceptible de soumettre le texte de ma thèse à un logiciel anti-plagiat.

Fait à Port-Louis le: 15/10/2020

Signature :



Extrait du Règlement intérieur de l'Université de La Réunion  
(validé par le Conseil d'Administration en date du 11 décembre 2014)

**Article 9. Protection de la propriété intellectuelle – Faux et usage de faux, contrefaçon, plagiat**

L'utilisation des ressources informatiques de l'Université implique le respect de ses droits de propriété intellectuelle ainsi que ceux de ses partenaires et plus généralement, de tous tiers titulaires de ces droits.

En conséquence, chaque utilisateur doit :

- utiliser les logiciels dans les conditions de licences souscrites ;
- ne pas reproduire, copier, diffuser, modifier ou utiliser des logiciels, bases de données, pages Web, textes, images, photographies ou autres créations protégées par le droit d'auteur ou un droit privatif, sans avoir obtenu préalablement l'autorisation des titulaires de ces droits.

**La contrefaçon et le faux**

Conformément aux dispositions du code de la propriété intellectuelle, toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle d'une œuvre de l'esprit faite sans le consentement de son auteur est illicite et constitue un délit pénal.

L'article 444-1 du code pénal dispose : « Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à cause un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques ».

L'article L335\_3 du code de la propriété intellectuelle précise que : « Est également un délit de contrefaçon toute reproduction, représentation ou diffusion, par quelque moyen que ce soit, d'une œuvre de l'esprit en violation des droits de l'auteur, tels qu'ils sont définis et réglementés par la loi. Est également un délit de contrefaçon la violation de l'un des droits de l'auteur d'un logiciel (...) ».

**Le plagiat** est constitué par la copie, totale ou partielle d'un travail réalisé par autrui, lorsque la source empruntée n'est pas citée, quel que soit le moyen utilisé. Le plagiat constitue une violation du droit d'auteur (au sens des articles L 335-2 et L 335-3 du code de la propriété intellectuelle). Il peut être assimilé à un délit de contrefaçon. C'est aussi une faute disciplinaire, susceptible d'entraîner une sanction.

Les sources et les références utilisées dans le cadre des travaux (préparations, devoirs, mémoires, thèses, rapports de stage...) doivent être clairement citées. Des citations intégrales peuvent figurer dans les documents rendus, si elles sont assorties de leur référence (nom d'auteur, publication, date, éditeur...) et identifiées comme telles par des guillemets ou des italiques.

Les délits de contrefaçon, de plagiat et d'usage de faux peuvent donner lieu à une sanction disciplinaire indépendante de la mise en œuvre de poursuites pénales.