Littératie en santé et interactions langagières en éducation thérapeutique.

Analyse de situations d'apprentissage au Mali, à La Réunion et à Mayotte.

Maryvette Balcou-Debussche
Université de La Réunion, ESPé de la Réunion
maryvette.balcou-debussche@univ-reunion.fr

Revue *Éducation, Santé, Sociétés* Vol.1, No.1 | pp. 3-18

Reçu le : 15/09/2013 | Accepté le : 19/02/2014

Résumé : Le concept de littératie en santé est mobilisé ici pour analyser et rendre compte d'interactions langagières lors de situations d'apprentissage en éducation thérapeutique, dans des contextes complexes différents. L'enjeu est de pouvoir présenter les résultats obtenus lors de développements de situations d'apprentissage qui ont concerné des malades chroniques diabétiques et/ou à risque cardiovasculaire de profils divers, dans le contexte spécifique du Mali, en mettant ces résultats en relation avec ceux obtenus lors de situations similaires à La Réunion et à Mayotte. Les analyses prennent appui sur les micro-contextes situationnels de situations éducatives qui ont été enregistrées en intégralité, retranscrites et analysées. La contribution permet de développer un regard critique sur les façons d'envisager l'accueil et la participation de personnes vulnérabilisées aux situations d'éducation thérapeutique, ainsi que l'impact des pratiques éducatives sur l'accès à l'information, la compréhension et la prise de décisions. En mettant l'accent sur les résultats obtenus au Mali avec des pairs formateurs, la contribution invite aussi à poursuivre les innovations en éducation thérapeutique du patient, tout en soulignant la nécessité de combiner étroitement les interventions éducatives, la formation et les travaux scientifiques pluridisciplinaires.

Mots-clés : éducation thérapeutique, éducation à la santé, littératie en santé, apprentissage, formateur, contexte.

1 Introduction

Les travaux scientifiques menés en France en Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) sont peu nombreux à interroger ce qui se passe lors des situations éducatives sous l'angle d'un développement potentiel de la littératie en santé, entendue ici comme la capacité à favoriser et développer l'accès à l'information des patients, leur compréhension de ce qui est en jeu et leur prise de décisions (Nutbeam, 2008). Sans doute la longue tradition qui consiste à analyser les pratiques éducatives et leurs résultats en termes de manques et de faiblesses intervient-elle pour une large part dans l'orientation des recherches, rendant ainsi difficile l'émergence de nouvelles façons de penser et de poser les problèmes. Dans le domaine de l'ETP, les acteurs cherchent souvent à comprendre pourquoi les patients ne respectent pas leurs traitements et pourquoi ils ne réussissent pas tous à mettre en pratique ce qui leur a été conseillé. Ainsi, et de façon implicite, bon nombre de travaux scientifiques et de développements sont encore pensés en rapport avec le modèle d'un patient idéal (Hughes, 2003) relativement stable dans ses conduites, alors que de tels profils n'existent guère dans la réalité des pratiques ordinaires.

La perspective que nous retenons ici se situe à l'inverse puisqu'il s'agit d'étudier les voies par lesquelles la littératie en santé a été travaillée lors de situations d'apprentissage développées en ETP dans des pays et territoires différents. La première hypothèse considère qu'il est possible d'obtenir des résultats avec des personnes malades chroniques qui ne sont pas recrutées selon des critères spécifiques, à condition de leur proposer un environnement éducatif qui leur permet de développer des compétences relevant de l'accès à l'information, de la compréhension et de la prise de décisions. La seconde hypothèse considère que l'obtention de tels résultats dépend pour beaucoup de la qualité du dispositif initial et de la formation du formateur, même si les résultats restent soumis aux variations liées à l'hétérogénéité des acteurs et aux conditions de développement des situations d'apprentissage dans les différents contextes. Nos analyses sont donc menées à travers deux axes complémentaires. D'une part, nous identifions les prises de parole des formateurs et des apprenants lors de séances éducatives mises en place dans trois espaces différents : au Mali, à La Réunion, à Mayotte[1]. D'autre part, nous analysons les résultats obtenus du point de vue de l'accès des patients à l'information, à la compréhension et à la prise de décisions dans ces trois contextes. Pour ce faire, nous prenons appui sur les retranscriptions intégrales des discours tenus lors de 9 situations d'apprentissage qui correspondent à 3 dispositifs similaires, mis en place dans les 3 lieux.

Les résultats de la recherche questionnent les conditions d'un développement en littératie en santé dans le champ particulier de l'éducation thérapeutique, ouvrant ainsi la réflexion sur les conditions d'opérationnalisation de l'ETP dans des contextes aussi différents que le sont les lieux retenus pour l'étude. Ces résultats permettent notamment de s'interroger sur le profil des apprenants qui participent aux séances, de même que celui des formateurs qui encadrent et animent les dispositifs éducatifs (aide-soignante, infirmière, pairs formateurs). Ils rendent aussi compte des atouts et limites d'une étude qui a été menée en terrains

1. Situés tous les trois dans la zone Afrique, ces contextes sont néanmoins très différents, d'où l'impossibilité de les comparer les uns aux autres. Ils sont retenus ici pour deux raisons essentielles. D'une part, la mise en relation des résultats dans trois espaces différents constitue un véritable activateur d'une analyse qui, rappelons-le, n'est pas du tout pensée selon une perspective comparative. D'autre part, parmi les 8 pays et territoires dans lesquels les dispositifs d'apprentissage en ETP ont été développés, le Mali, Mayotte et La Réunion sont les trois seuls lieux dans lesquels le recueil de données pour la recherche a été rendu possible, du fait de financements spécifiques.

relativement difficiles puisqu'il s'agit de trois espaces dans lesquels l'ETP a été initiée de façon récente, ce qui constitue à la fois un atout et un frein. Le recueil de données pour la recherche n'a pas été aisé, tant le travail de développement de l'ETP et de l'accès aux soins de personnes fragilisées mobilise prioritairement les ressources humaines disponibles. Enfin, les situations d'apprentissage ont impliqué des formateurs formés sur des temps courts et des apprenants de tous univers et de tous profils. Sans affaiblir leur portée et leur intérêt, les résultats restent donc à lire à la lumière des conditions telles que nous les précisons ci-après.

2 Cadre de l'étude et éléments de problématisation

2.1 Analyser la littératie en santé

Le concept de littératie en santé trouve ses racines dans les pratiques de soins cliniques et dans la santé publique, avec cependant deux acceptions aussi complémentaires que différentes. La première envisage la littératie en santé -lorsqu'elle est faible- comme un risque qu'il est important d'identifier en vue de prévenir les complications liées aux pathologies ; la seconde propose d'envisager la littératie en santé comme un atout qui se décline en compétences à construire (Nutbeam, 2008). Dans le premier cas, on cherche surtout à repérer les faibles compétences des patients en littératie en vue de proposer des pratiques de soins et des pratiques éducatives adaptées. Dans le second, 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 promotion de la santé et en sciences de l'éducation, notamment sur l'apprentissage des adultes et les pratiques langagières. Si les travaux de Nutbeam encouragent vivement la combinaison des deux approches dans la recherche scientifique, notre contribution puise avant tout dans la seconde acception, la perspective étant de développer chez l'individu en bonne santé ou malade des capacités d'action qui permettront d'être efficace dans des situations complexes qui relèvent tout autant de dimensions sociales, culturelles, économiques et cognitives que du domaine médical (Bury, 1982 ; Lawton, 2003).

Dans cette étude, nous envisageons les trois dimensions de la littératie en santé conjointement -l'accès à l'information, la compréhension et la prise de décisions- (Nutbeam, 2008), tout en tenant compte de l'hétérogénéité des acteurs en présence et des cercles contextuels dans lesquels les situations d'apprentissage s'inscrivent (Tupin, 2006). Cette perspective élargie invite à considérer que, selon la qualité des agencements proposés dans les dispositifs d'apprentissage (Roger, 2003), les dispositions individuelles des participants vont pouvoir ou non s'activer au cours de situations qui sont alors considérées comme des configurations sociales particulières, et dans lesquelles les interactions langagières vont ou non permettre un travail sur les pôles politique et cognitif de l'autonomie à laquelle les apprenants doivent accéder (Lahire, 2002). Sur le plan épistémologique, les personnes concernées par l'intervention éducative ne sont donc pas pensées à travers la seule vulnérabilité ontologique liée à leur relative fragilité en tant que malades chroniques, mais à travers une inscription dans un cadre plus large qui envisage la vulnérabilité des personnes selon le prisme du lien social (Chatel & Roy, 2008).

2.2 Trois contextes différents pour activer l'analyse

Le Mali fait partie des Pays en Voie de Développement, appelés communément PVD et situés, pour un bon nombre d'entre eux, en Afrique. Dans ces pays, les recours thérapeutiques se font de façon plurielle, les malades chroniques ayant recours à la médecine moderne, au guérisseur et au pouvoir de la religion même si la volonté de solliciter la biomédecine est constante et limitée par des facteurs d'ordre économique ou d'identité sociale (Debussche & *al.*, 2006). Dans les PVD peut-être encore plus qu'ailleurs, les actions d'éducation sont à envisager à la faveur d'une auto gestion de la maladie chronique, en permettant aux personnes malades de s'approprier les éléments nécessaires à la mise en œuvre de pratiques de santé dans leurs propres contextes sociaux et culturels. L'accès des patients aux soins reste très difficile, la disponibilité de proximité étant souvent assurée uniquement dans les capitales des pays concernés et dans quelques grandes régions. De plus, l'accent mis sur les maladies infectieuses conduit souvent les professionnels à mettre au second plan l'investissement spécifique à la maladie chronique, rendant ainsi plus complexe l'accès à l'éducation thérapeutique et à l'auto gestion de la santé et de la maladie.

Au Mali, les accès aux traitements adaptés, anti-diabétiques oraux et insuline, sont particulièrement limités et coûteux (Beran & Yudkin, 2006). En l'absence de sécurité sociale pour l'ensemble des populations, la plupart des patients atteints de diabète doivent payer la totalité de leur traitement si bien que le médecin ne peut jamais être assuré que le patient pourra assurer financièrement l'observance du traitement prescrit. Les médecins sont en nombre insuffisant, mais il en est de même pour les paramédicaux qui sont pourtant les premiers interlocuteurs pour les soins. Les difficultés de dépistage précoce et d'accès aux examens de surveillance amènent le plus souvent à découvrir la maladie à l'occasion de complications sévères. La prévalence du diabète était estimée en 2010 à 3,3% de la population (Sicree & *al.*, 2010), mais plus de 70% des malades ne réalisent jamais de mesures d'Hba1c ni de bilans lipidiques et doivent se contenter d'une glycémie capillaire mensuelle comme unique suivi. Un appareil de mesure de la glycémie coûtait en 2007 environ 100 euros et le prix des bandelettes nécessaires à la mesure varie entre 25 et 40 euros par boite de 50 (Sidibé & *al.*, 2007). La Fédération Internationale du Diabète estime que le nombre de personnes atteintes de diabète dans le monde passera de 382 millions de personnes en 2013 à 592 millions en 2035, soit une prévalence passant de 8,3 % à 10,1 % des adultes (International Diabetes Federation, 2013).

Mayotte et La Réunion sont deux espaces insulaires et deux départements français qui se situent dans l'océan indien. Malgré leur relative proximité (deux heures d'avion environ), ces deux territoires présentent des caractéristiques fort différentes. L'île de La Réunion est un département français depuis 1946 alors que Mayotte n'a accédé à ce statut qu'en février 2011. Le système de santé est largement plus développé à La Réunion qu'à Mayotte et les mutations sociales rapides qui ont traversé la société réunionnaise durant les 50 dernières années ont provoqué d'importants changements dans les façons de s'approvisionner, de manger, de consommer et de se déplacer. La scolarisation massive, le développement rapide des grandes surfaces, l'accès au travail des femmes, la mobilité, la place de la voiture et les changements dans les façons de se loger sont autant d'éléments qui ont participé au passage d'une société traditionnelle rurale et familiale à une société moderne et urbaine,

construite autour de nouvelles sociabilités (Wolff, Watin, 2010). Les problèmes actuels de la société réunionnaise sont donc à mettre en lien avec un déséquilibre important de la balance énergétique, résultante de changements importants dans la société notamment durant les trente dernières années. La plupart des problèmes majeurs de santé publique se posent ainsi à La Réunion avec plus d'acuité qu'en métropole ou dans les autres départements et territoires d'outre-mer (Trugeon & al, 2010 ; ORS, 2013). Dans la population adulte, la prévalence est de 15% pour l'obésité, 35% pour le surpoids, 17,7% pour le diabète (Favier & *al.*, 2005). Les pathologies les plus fréquentes (obésité, asthme, addictions. . .) touchent des publics de plus en plus jeunes alors que la densité médicale (bien qu'en augmentation) reste plus faible qu'en France métropolitaine, notamment pour les médecins spécialistes. [2]

La situation réunionnaise n'a rien pourtant à voir avec celle de Mayotte où en 2008, la densité médicale est évaluée à 71,3 pour 100 000 habitants alors qu'au même moment, le ratio est de 273,3 à La Réunion [3]. Inscrite dans l'aire culturelle swahili qui se caractérise par des apports arabes et une très forte imprégnation de l'Islam sur un fond africain (Rombi, 2003), Mayotte se caractérise aussi par une forte prévalence du diabète, de l'obésité et des autres facteurs de risque cardio-vasculaires. Une personne sur dix est diabétique entre 30 et 69 ans, une personne sur quatre l'est entre 60 et 69 ans et près d'une femme sur deux est obèse (Solet & *al.*, 2011). L'île présente la particularité d'avoir une part de la population étrangère qui continue à augmenter progressivement (34 % en 2002 et 41 % en 2007) [4] alors que l'ensemble du système de santé se résume à un centre hospitalier dans le chef-lieu Mamoudzou, 5 centres de santé intercommunaux et un réseau de 14 dispensaires qui dépendent de l'hôpital. Tout comme au Mali, le système doit faire face à une mobilité très importante des professionnels de santé et à des manques cruels de spécialistes, ce qui génère de fait d'importantes disparités entre les personnes qui peuvent financer des soins à l'extérieur (souvent à La Réunion) et celles dont l'accès aux soins reste problématique du fait de conditions sociales, culturelles et économiques parfois très difficiles.

2.3 Un même dispositif développé dans des contextes différents

Les situations d'apprentissage qui font l'objet des analyses présentées ici ont été développées dans 8 contextes différents depuis 2005 : en France métropolitaine, en Guyane, à l'île Maurice, au Botswana, au Burundi, au Mali, à la Réunion et à Mayotte [5]. Issus d'un travail conjoint mené par des chercheurs du monde médical et des sciences humaines et sociales, les dispositifs ont été conçus à partir des résultats de l'analyse des spécificités des savoirs en jeu dans les situations d'apprentissage, de l'hétérogénéité des formateurs et des apprenants et de la complexité des contextes (Balcou-Debussche & Debussche, 2008 ; Balcou-Debussche, 2006, 2010, 2012). Chaque agencement offre la possibilité, pour le patient, d'identifier ses pratiques ordinaires, de les confronter avec des savoirs savants rendus accessibles et manipulables en vue de pouvoir identifier des actions à conduire après avoir analysé leur faisabilité en contexte. Chaque situation accueille une dizaine d'apprenants

2. En 2006, la densité est de 103 médecins généralistes à la Réunion pour 112 en France métropolitaine. Elle n'atteint que 53 pour les médecins spécialistes, pour 88 en métropole (INSEE Réunion, TER 2006-2007).

3. Source : `http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/DOM-TOM\_0.pdf?download=1`

4. Source INSEE : `http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref\_id=ip1231`

5. Soit, au total, plus de 20 000 personnes malades chroniques concernées.

environ, pour à peu près deux heures de mises en activité durant lesquelles chacun observe, expérimente, émet des hypothèses, compare et analyse, tout en étant accompagné par un formateur formé à cet effet. La formation consiste en premier lieu à découvrir l'agencement proposé, en fonction du thème retenu. La situation sur le risque cardiovasculaire (RCV) permet de calculer un total santé rapporté à la santé potentielle des artères. La situation sur l'apport de graisses dans l'alimentation (Graisses) permet de distinguer les graisses saturées et insaturées dans plus d'une centaine d'aliments et, par des calculs, de rapporter sa propre consommation aux recommandations. Enfin, la situation sur la gestion de l'activité physique (AP) est l'occasion de faire le point sur ses propres dépenses énergétiques au cours d'une semaine, en envisageant les possibilités d'optimiser ces résultats. Depuis 2005, plusieurs formateurs de profils différents (professionnels de santé, éducateurs médico-sportifs, podologues, pairs formateurs) ont été formés en prenant appui sur des supports didactiques élaborés à cet effet (livrets apprenants travaillés en situation puis conservés par les patients, et livrets formateurs)[6]. Les contenus étant validés par les experts qui ont travaillé préalablement sur ces dispositifs, la formation des acteurs (de deux à cinq jours) se centre sur l'agencement et les étapes de chaque situation ainsi que sur les conditions à réunir pour parvenir aux résultats attendus : phases d'observation, mise en activité des patients, place des interactions langagières, entraide entre les apprenants, mises en relation avec les contextes, analyses de la faisabilité des décisions, analyse des résultats sur les court et moyen termes.

3 Terrains, méthodologie et corpus

3.1 Les formateurs et les apprenants

Au Mali, les situations d'apprentissage ont été menées par 3 pairs formateurs qui ont été recrutés puis formés en vue de pouvoir animer les séances. Le recrutement de ces personnes s'est fait sur plusieurs critères : être une personne diabétique volontaire, régulièrement suivie par l'un des médecins de la localité, habitant la localité, membre de l'association des diabétiques, d'un niveau scolaire permettant d'écrire et de lire les lettres et les chiffres et ayant une bonne connaissance du français, du bambara et de la localité (géographie, population, réseaux...). Une grille d'éligibilité a été établie par l'équipe organisatrice afin de s'assurer de la capacité de chacun à encadrer et animer des séances. Le travail a été complété par un suivi régulier en situation. A La Réunion, la formatrice est une infirmière qui pratique l'éducation thérapeutique depuis plusieurs années, à l'hôpital et dans un réseau de santé. A Mayotte, la formatrice (la même pour les 3 groupes) est une jeune aide-soignante mahoraise formée à La Réunion. Elle est capable de parler le français, en alternance avec le shimaoré et le kibushi, langues utilisées dans la plupart des séances.

Dans les trois lieux, les apprenants sont tous à risque cardiovasculaire, diabétiques et/ou obèses, avec la plupart du temps d'autres problèmes associés (tension, estomac, tuberculose, problèmes de foie). Les participants se sont tous portés volontaires pour participer aux situations d'apprentissage. Ils ont été recrutés « au fil de l'eau » à partir des fichiers des médecins généralistes, infirmiers, personnels des dispensaires ou de l'hôpital, en collaboration étroite avec les réseaux de santé (REDIAB-YLANG à Mayotte, RéUCARE à La

6. Editions EAC, programme EPMC : http://archivescontemporaines.com/

Réunion) ou les ONG (Santé Diabète au Mali). Ils présentent les caractéristiques socio démographiques suivantes :

Tableau 1.1 – Caractéristiques socio-démographiques des apprenants.

	Nombre	Sexe	Age moyen	Activité professionnelle	Scolarité
Mali	3 groupes = 21 personnes	16 femmes	27-43 ans (n=3) 53-75 ans (n=13)	6 en activité	9 analphabètes au total Scolarité jamais au-dessus de 16 ans pour les autres
		5 hommes	41-57 ans (n=5)	5 en activité	
La Réunion	1 groupe = 7 personnes	6 femmes	55-65 ans (n=4) 75- 80 ans (n=2)	0 en activité (dont 4 retraitées)	2 titulaires CAP, 2 certificat d'études, 2 jamais scolarisées
		1 homme	41 ans	Au chômage	Jusqu'à la 5ème
Mayotte	3 groupes = 30 personnes	22 femmes 8 hommes	20-35 ans (n=11) 40-55 ans (n=13) 60 ans et + (n=6)	7 en activité[7] 23 sans emploi	15 non scolarisés 15 scolarisés (9 en primaire, 3 au collège, 1 seul a le bac)

Dans les trois lieux, il s'agit de personnes qui, dans la plupart des cas, ont peu bénéficié des socialisations de l'école. Bon nombre d'entre elles sont aussi fragilisées économiquement, du fait de situations de non emploi, de retraite ou de situations irrégulières (notamment à Mayotte).

3.2 Le recueil des données et le corpus analysé

Les données ont été recueillies *in situ*, dans les trois contextes où des financements spécifiques ont permis de mobiliser des ressources humaines pour la recherche, en complément du développement des dispositifs d'ETP. Dans chacun des cas, nous avons enregistré l'intégralité des interactions entre le formateur et les apprenants, mais aussi entre les apprenants eux-mêmes, en prenant soin de rendre compte des organisations spatiales en vigueur, des lieux, du nombre de personnes présentes et de toutes les observations jugées utiles pour les analyses ultérieures. Ces données ont fait l'objet d'une retranscription intégrale qui a parfois nécessité des traductions : au Mali à partir du bambara, à La Réunion à partir du créole et à Mayotte à partir du shimaoré ou du kibushi.

Ces retranscriptions ont été intégrées dans le logiciel N-vivo à partir duquel nous avons procédé à des analyses quantitatives et qualitatives des discours. Dans les trois contextes et lors de chaque situation d'apprentissage, nous avons pris en compte les éléments suivants : nombre total d'énoncés par le formateur, par l'ensemble des apprenants et par chaque apprenant. Les énoncés tenus au cours de chaque situation d'apprentissage ont été répartis entre les trois catégories (information, compréhension, décision). Les pourcentages indiqués dans les figures qui suivent correspondent au nombre total d'énoncés dans chacune des trois catégories rapporté au nombre total d'énoncés au cours de chaque situation d'apprentissage, pour chaque type d'intervenant (le formateur seul ou l'ensemble

des apprenants). Enfin, nous avons mis en relation les résultats obtenus dans les trois contextes pris en compte ici (Mali, Réunion, Mayotte).

4 Analyse des résultats obtenus

4.1 Les prises de parole dans les trois lieux

Les prises de parole des formateurs et de l'ensemble des apprenants ont été comptabilisées dans 9 situations au total, ce qui correspond aux 3 situations RCV, Graisses et AP dans les 3 pays.

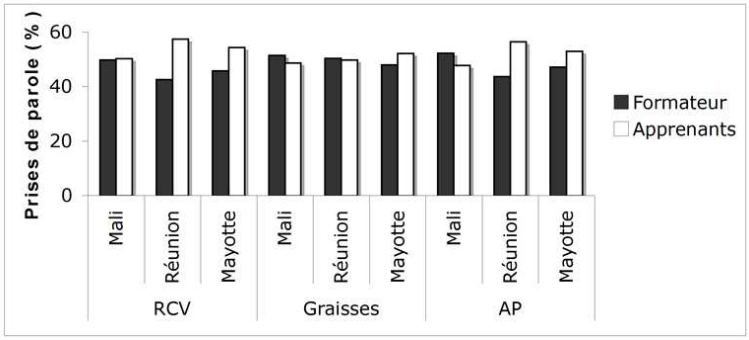


FIGURE 1.1 – Répartition des prises de paroles entre l'ensemble des apprenants et le formateur au cours des 3 situations d'apprentissage, dans les 3 pays (RCV, Graisses et AP).

Les résultats montrent que le total des prises de parole des apprenants est supérieur au total des prises de parole du formateur, sauf dans la situation Graisses et la situation AP au Mali (le total formateur étant légèrement supérieur au total apprenants). Les prises de parole rendent compte d'appropriations par les patients : « *Moi je ne cuisine pas souvent, mais quand je fais, je fais assez et je mets au congélateur parce que si j'arrive tard, je ne vais pas aller au restaurant, comme ça j'ai toujours quelque chose.* » (Lucie, 75 ans, sans profession, illettrée, Réunion). Quel que soit le formateur, ces prises de parole se répartissent à chaque fois pour moitié/moitié environ, quel que soit le pays.

Au Mali, les analyses ont été complétées par l'évolution des prises de parole des apprenants qui ont participé aux trois situations d'apprentissage (RCV, Graisses et AP). Sur les 21 apprenants, 8 d'entre eux ont participé aux trois situations : nous les appelons ici A1 et A2 (groupe 1), A8, A10, A11 (groupe 2), A14, A17 et A19 (groupe 3).

L'analyse des prises de parole des différents apprenants montre que la distribution reste très inégalitaire. Les patients ne parlent pas tous autant l'un que l'autre au cours d'une même situation, mais on observe aussi que d'une situation à l'autre, les résultats sont loin d'être stables pour un même apprenant. [8]

8. La situation graisses soulève de vives réactions de la part des apprenants, a priori parce qu'elle concerne les aliments et les pratiques sociales liées à des pratiques alimentaires qui sont mobilisées dans le quotidien des personnes. Quant à la situation AP, elle est jugée un peu plus complexe que les deux autres, ce qui peut expliquer que les personnes soient plus à l'écoute et fassent moins part de leurs remarques et questions.

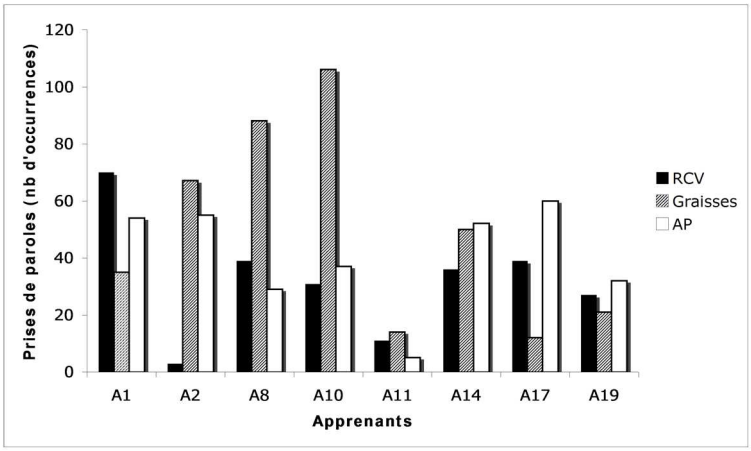


FIGURE 1.2 – Évolution des prises de paroles des apprenants qui ont participé aux 3 situations d'apprentissage au Mali.

4.2 L'accès à l'information, à la compréhension et à la décision : l'exemple de la situation RCV

Des éclairages complémentaires sont apportés par la façon dont les prises de parole des formateurs et des apprenants se répartissent entre l'accès à l'information, la compréhension et la prise de décisions au cours de la situation d'apprentissage, ainsi qu'en rend compte le tableau 1.2 d'exemples de propos tenus *in situ*.

Le nombre de prises de parole rendant compte de ces trois catégories se répartit ainsi entre les différents formateurs et l'ensemble des apprenants dans les trois groupes du Mali (voir figure 1.3)

Au-delà des variations dans les trois contextes, les composantes de la littératie en santé (accès à l'information, compréhension, prise de décisions) sont travaillées par les 3 pairs formateurs au cours de la situation RCV, avec des résultats du côté des apprenants : « *C'est l'huile que nous consommons quotidiennement qui se dépose dans nos veines petit à petit pendant des années jusqu'à devenir une grosse boule de graisse et menacer notre santé, voire nous l'enlever !* » (Doumba, 67 ans, analphabète). Le total des prises de parole du formateur est toujours inférieur ou égal au total apprenants et ce, quelle que soit la composante de la littératie en santé. Enfin, la compréhension fait l'objet d'un travail très conséquent, totalisant la presque totalité des prises de parole : « *Ça change les anciennes habitudes ! Ça apporte beaucoup de changements.* » (Gao, 41 ans, scolarisée jusqu'à 11 ans) ou encore « *Si tu fumes ou chiques du tabac, il faut arrêter ça ! Il faut marcher au moins 1 fois par jour, au moins pendant trente minutes. Il faut faire attention aux choses grasses, et manger un peu de tout : il doit y avoir de la viande, un peu d'huile, des fruits et légumes. Il faut faire attention à ta façon de préparer la nourriture ! Par exemple, l'œuf, il faut le faire bouillir à l'eau au lieu de le faire frire dans de l'huile.* » (Diop, 57 ans, travailleur indépendant, niveau certificat d'études). La prise de décisions est la moins travaillée au cours de la situation d'apprentissage. Les résultats mettent enfin l'accent sur

certaines variations, dont la capacité du formateur 3 à stimuler et à encourager -encore plus que ne le font les deux autres formateurs- le travail sur la compréhension des savoirs en jeu.

Tableau 1.2 – Exemples de propos tenus lors de la situation RCV, au Mali, dans le groupe 3.

	Accès à l'information	Compréhension	Prise de décisions
Formateur	Ok, vous marchez ! Donc pour ceux qui marchent pour aller au marché, ils mettent une croix dans la case « marché » ! C'est cette case là ! Toi tu vas où ? Tu vas au marché ?	C'est le total des points de tes résultats ! Parce que quand on regarde à gauche, on voit que tous les résultats qu'on peut obtenir correspondent à un nombre de points pour chacun des changements ! Bonne évolution ou mauvaise évolution ! Maintenant, on va mettre cela en pratique en comptant vos points ! On commence par qui ?	Si vous décidez de continuer à appliquer ces nouvelles actions, vous cochez cette case ! Pour pouvoir se rapprocher au maximum du total de bonne santé !
Apprenants	Là il y a conduire une voiture, travailler dans le jardin, il y a la marche, il y a les escaliers !	Ok, donc je fais mon total de santé ! Tension j'ai eu 2 et huile 5 ! Donc 2+5=7 ! Bon l'huile, j'ai eu aussi cinq points ! Donc ça fait 12 ! Ces 12 plus les 6 de la glycémie, ça fait 18 + tour de taille 2+ cigarette= 30 ! Moi j'ai 30 de total de santé !	Et arrêter le beurre aussi ! Et préférer les fruits et légumes et aussi penser à mesurer la quantité d'huile que l'on ajoute aux aliments !

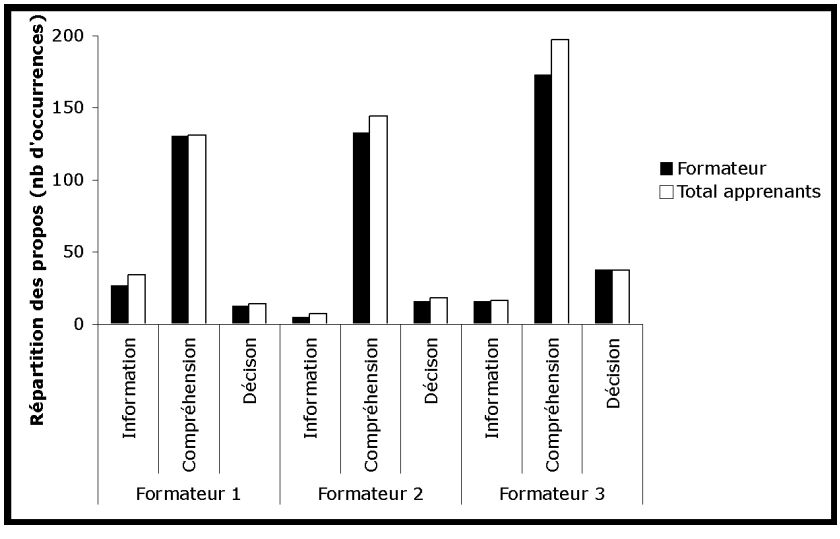


Figure 1.3 – L'accès différencié à l'information, la compréhension et la prise de décisions dans des situations d'apprentissage sur le RCV menées par 3 formateurs différents au Mali.

5 Discussion

5.1 Développer la littératie en santé

Ces résultats permettent non seulement de montrer la participation de patients vulnérabilisés à des situations d'ETP, mais surtout, de souligner leur accès à des informations relatives à leur santé, à la compréhension de ce qui est en jeu dans leur maladie et à la décision d'actions à mener dans leurs contextes quotidiens. Ces résultats sont néanmoins à mettre en lien avec la réunion de deux conditions exposées dès le début de cette étude. La première est relative à la mise en jeu d'un dispositif conçu dès le départ en tenant compte de la complexité des savoirs en jeu, de l'hétérogénéité des apprenants et de la variabilité des contextes (Balcou-Debussche, 2006, 2012). Pensé à travers l'idée que toute personne peut bénéficier de l'ETP, sans restriction aucune, le dispositif permet d'accueillir l'apprenant tel qu'il est, avec la possibilité pour lui d'activer des dispositions qui sont le fruit des socialisations à travers lesquelles il s'est construit. Le formateur comprend alors que son rôle ne consiste pas à expliquer ou à convaincre le patient, mais à donner le temps nécessaire à chacun pour observer, comparer, émettre des hypothèses, analyser et mettre des éléments de savoirs en relation (Roger, 2003). En pareille situation, l'espace éducatif créé est moins voué à la transmission de connaissances qu'à la construction de compétences psychosociales qui vont permettre d'agir de façon opportune en situation (Berger, 2004). Avec l'accompagnement du formateur, l'apprenant travaille sur les savoirs, les connaissances intellectuelles et les représentations, ainsi que les capacités à mettre l'agir en œuvre (Foucaud & Balcou-Debussche, 2008). La complexité de ce qui est à construire n'est pas évacuée puisque l'individu va devoir gérer des variables hétérogènes pour résoudre des problèmes qui échappent à des situations difficiles à référer à une seule discipline (Meirieu, 1994). La situation éducative permet ainsi d'accueillir les patients de façon bienveillante et non sélective, en leur donnant la possibilité de comprendre qu'ils ont un rôle à jouer dans la gestion de leur santé et de leur maladie et en leur donnant aussi l'occasion de travailler ensemble avec la possibilité de garder des repères structurants. Les supports qui leur sont proposés durant les séances éducatives (et conservés par la suite) répondent à cette exigence et le formateur sait que chacun pourra continuer à s'y référer puisque le travail d'appropriation a été réalisé en situation.

La seconde condition est liée à la formation des formateurs, laquelle a mis l'accent sur l'activité des apprenants et la nécessité de développer les pratiques langagières en lien avec les élaborations cognitives et sociales que les patients doivent pouvoir exercer. L'enjeu n'est pas seulement de parvenir à une répartition équitable entre les prises de parole du formateur et des apprenants, et des apprenants eux-mêmes. En développant les interactions langagières et en favorisant l'accès à l'information, la compréhension et la prise de décisions, il s'agit surtout de permettre à l'individu malade chronique de transformer ses rapports à la santé en apprenant à mieux gérer l'incertitude de sa maladie ainsi que ce qui touche directement au repérage des symptômes et à la gestion de traitements parfois complexes, aux effets incertains (Bury, 1982). Pour le formateur en ETP, développer la littératie en santé revient alors à prendre en compte les variables contextuelles en vue de progresser dans l'efficacité des processus d'enseignement et d'apprentissage. L'enjeu ne réside plus dans la seule maîtrise linéaire du déroulement de la situation éducative que le formateur met en œuvre : au lieu de chercher à expliquer, orienter ou conseiller, le forma-

teur va insister sur la compréhension de ce qui est en jeu dans la situation d'apprentissage. Personne, en effet, ne doit oublier que les appropriations réalisées doivent aboutir à des prises de décisions puisque le processus de construction identitaire de la personne malade chronique impose que soit intégrée l'exigence de la décision d'actions par l'apprenant lui-même, sans que cette décision ne s'exerce sous l'autorité du professionnel de santé ou du formateur (Falkum & Forde, 2001). Cette exigence suppose que l'apprenant dispose de la connaissance de tous les éléments en présence pour pouvoir décider, puis agir, seul ou accompagné, dans le contexte qui est le sien. Ainsi, le savoir détenu par le formateur est approprié par l'apprenant sans que persiste la relation de dépendance qui structure la plupart des actions d'éducation, ce qui revient à travailler sur les pôles politique et cognitif de l'autonomie à laquelle les apprenants doivent accéder (Lahire, 2002). La structuration des supports utilisés en situation conduit à examiner ces dimensions contextuelles et à ne pas perdre de vue qu'il s'agit bien d'apprendre au patient à prendre de la distance par rapport au contexte dans lequel l'éducation est travaillée (Balcou-Debussche & Debussche, 2009), à négocier les propriétés de l'environnement dans lequel toute action s'inscrit (Bril, 2002) et à percevoir l'ensemble des configurations possibles dans l'environnement, tout en identifiant les éléments à contrôler (Gibson, 1977).

Enfin, les résultats montrent que le travail se réalise dans les trois espaces avec des formateurs de profils différents. Au Mali, les trois formateurs sont des patients formateurs. A Mayotte et à La Réunion, ce sont deux professionnelles de santé. Ces 5 formateurs parviennent à développer le travail de littératie en santé et donc, à obtenir des résultats de ce point de vue avec les patients. Dans chaque situation, les participants travaillent, parlent, se questionnent, calculent, observent et analysent. Le formateur sait qu'il doit favoriser les interactions et les prises de parole et ménager des temps spécifiques à cet effet, en suivant un cadrage qui est déterminé préalablement par l'agencement proposé dans les supports didactiques utilisés. Au Mali, les pairs formateurs n'ont pas été mis sur le terrain de l'ETP uniquement parce qu'ils sont diabétiques. Leur compréhension de la maladie, des enjeux de l'ETP et de son développement, en articulation étroite avec l'accès aux soins, sont autant de questions sur lesquelles ces formateurs ont travaillé, les mettant ainsi en perspective de percevoir les atouts de leurs interventions de même que les espaces au-delà desquels ils ne doivent pas s'aventurer (par exemple, se prendre pour un soignant et s'autoriser à faire un diagnostic).

5.2 Limites de l'étude et perspectives

Les résultats de cette étude restent à lire à la lumière de la variabilité des contextes dans lesquels ces dispositifs d'apprentissage ont été développés, de même qu'à l'hétérogénéité des individus concernés, tant du côté des formateurs que des apprenants. Dans tous les cas, il s'agit de personnes volontaires, conscientes de l'intérêt de développer des actions autres que celles qui permettent l'accès aux soins et aux remédiations de type médicamenteux. L'engagement des personnes est donc à considérer comme constitutif des résultats obtenus. De même, il y a lieu d'interroger la posture critique du chercheur puisqu'il a lui-même contribué à la conception des dispositifs d'apprentissage et à leur développement dans les différents pays. Si l'analyse des données peut s'en trouver affectée, il faut cependant préciser que le recueil des données s'est toujours réalisé en l'absence du chercheur, quel que soit le pays concerné. Au Mali, ce recueil a été réalisé par un formateur

encadrant de l'ONG. A Mayotte et à La Réunion, il a été réalisé par les professionnelles qui animaient les séances. Les analyses auraient donc gagné à être menées par deux chercheurs différents, notamment pour la catégorisation qui a été réalisée autour de l'information, la compréhension et la prise de décisions. Il faut aussi souligner tout l'intérêt qu'il y aurait eu à compléter les données par de nouveaux corpus recueillis en dehors des situations elles-mêmes, afin d'étudier à un grain encore plus fin ce qui se passe chez chaque individu lorsqu'il est amené à opérationnaliser les savoirs construits dans le contexte particulier qui est le sien. Le travail que nous avons mené à Mayotte a permis cette extension (Balcou-Debussche, 2013a). A La Réunion, les analyses fines des situations éducatives et le suivi longitudinal de patients vus en séances éducatives sont en cours (Debussche & *al.*, 2012).

Les résultats ouvrent néanmoins de nouvelles perspectives, dont l'intérêt d'envisager les situations d'ETP comme un espace transitionnel dans lequel chaque individu va pouvoir activer un ensemble de dispositions particulières qui ne s'inscrivent pas dans une perspective de ruptures ou de « changements de comportement ». Il s'agit, à l'inverse, d'accompagner chacun dans la découverte progressive de nouvelles cohérences qui seront le résultat d'une combinaison harmonieuse des appropriations de savoirs réalisées, des projets de l'apprenant et des contextes dans lesquels ces savoirs peuvent s'opérationnaliser. On comprend dès lors tout l'intérêt qu'il y a à diversifier les situations d'apprentissage en ETP, y compris en se souciant des multiples façons de faire varier les pratiques langagières des apprenants, en relation avec ce qu'elles engendrent potentiellement d'un point de vue cognitif et social chez les individus concernés (Goody, 1977 ; Bautier & Goigoux, 2004 ; Balcou-Debussche, 2013b). On comprend aussi la nécessité d'interroger la formation des professionnels en ETP, lesquels doivent apprendre à questionner les multiples façons de gérer les interactions dans un groupe, à les stimuler, à les répartir de façon équitable et à s'interroger sur ce qu'elles génèrent du point de vue des prises de conscience, des compréhensions et des prises de décisions chez les apprenants concernés. La constitution du collectif, la place que chacun s'octroie ou non au sein du groupe, la façon dont le formateur sollicite les apprenants et les encourage, la façon dont chacun se perçoit capable ou non d'intervenir sont autant d'éléments qui participent des résultats obtenus.

Les analyses présentées ici permettent enfin d'échapper à la stérilité du débat qui consiste à se demander si le formateur en ETP doit nécessairement être un soignant ou non. Cette question, telle qu'elle est encore souvent posée, ne permet ni de résoudre les problèmes d'accès à l'ETP, ni de comprendre en quoi et comment les situations éducatives peuvent produire ou non des résultats auprès des apprenants. Dans la perspective que nous amorçons ici, il conviendrait de s'interroger bien plus sur les atouts de professionnels qui ont bénéficié de socialisations différentes, dont des socialisations potentiellement plus proches de celles des apprenants avec lesquels ils sont amenés à travailler au cours des situations éducatives. L'expérience menée au Mali mériterait ainsi d'être étendue à d'autres contextes (Debussche & *al.*, 2010), y compris en France, ce qui permettrait de disposer de données complémentaires pouvant venir à l'appui des argumentations. Les travaux scientifiques en ETP font encore défaut (Foucaud & *al.*, 2010), notamment sur les questions relatives aux dispositifs mis en place, aux modalités éducatives, aux activités des formateurs et des apprenants et aux contextes dans lesquels ces pratiques éducatives s'actualisent. Ces orientations devraient donc donner naissance à des recherches associées, tant sur les aspects médicaux et épidémiologiques que sur les aspects sociaux, humains,

économiques et politiques. Dans cette perspective, les chercheurs en sciences de l'éducation peuvent contribuer à l'analyse de la complexité de ce qui se passe lors des situations d'apprentissage, y compris en continuant à creuser de nouveaux sillons via des entrées sociologiques, sociolinguistiques ou didactiques capables de souligner la pertinence des comparaisons et de mettre à jour les processus éducatifs étudiés.

6 Conclusion

Les résultats présentés ici montrent l'une des perspectives qui permettent de travailler la littératie en santé en accompagnant des personnes malades chroniques sur les voies de l'accès à l'information, à la compréhension et à la prise de décisions, avec cependant des parts inégalement distribuées pour chaque pôle en fonction des contextes et des acteurs impliqués dans le travail de développement de l'ETP. Ils montrent aussi que le travail de littératie en santé peut être mené auprès de personnes vulnérables sur les plans social et économique, en leur permettant des prises de parole, certes irrégulières, qui participent potentiellement à la construction progressive de nouvelles cohérences dans les rapports à la santé et à la maladie. Ils montrent enfin la faisabilité de développements en ETP par des formateurs non soignants, tout en pointant la nécessité d'un travail construit qui allie nécessairement le développement conjoint d'interventions éducatives sur différents terrains, la formation des acteurs et le travail scientifique. Cette combinaison fructueuse ouvre dès lors de larges perspectives à propos des réflexions à mener sur la conception de dispositifs adaptés, les contenus de la formation des formateurs en ETP et les analyses à des grains de plus en plus fins de ce qui se passe lors des situations d'apprentissage. En France et dans les pays francophones, un vaste chantier de recherches est à ouvrir sur ces questions, à un moment où l'ETP est en plein développement et où l'ensemble des acteurs a besoin de disposer de travaux scientifiques solides pour pouvoir mieux comprendre et réguler le travail éducatif en situation. En bénéficiant de regards pluridisciplinaires, l'ETP peut ainsi devenir un espace laboratoire ouvert, profitant de nouvelles expérimentations et innovations que la communauté des formateurs et chercheurs ne manquera pas d'interroger, en vue de produire de nouveaux savoirs scientifiques et éclairages utiles à l'action et à la réflexion.

Remerciements

Les remerciements vont en premier lieu aux apprenants et aux formateurs qui ont accueilli généreusement ce travail de recherche, en y participant activement et en donnant de leur disponibilité. Merci aux formateurs et aux apprenants concernés par ces situations d'apprentissage au Mali, à La Réunion et à Mayotte. Merci aussi aux équipes de l'Université / ESPé de La Réunion et à l'ensemble des acteurs et organisations qui ont permis le développement de cette recherche : les éditions EAC à Paris, le CHU de La Réunion, le réseau RéUCARE, l'ONG Santé Diabète au Mali, le réseau REDIAB-YLANG à Mayotte et enfin, le réseau UNIRéS.

A Mayotte, le projet COPEMAY a permis de bénéficier d'un financement du Ministère des outre-mer et de travailler en lien étroit avec le réseau REDIAB-Ylang. Au Mali, le projet a été mené sur des fonds associatifs, en collaboration étroite avec l'ONG Santé-Diabète et le CHU de La Réunion. A La Réunion, le recueil de données a été réalisé sans financements.

7 Bibliographie

Balcou-Debussche, M. (2013a). Social inscription of TPE, heterogeneity and patient's vulnerability. Analysis of results obtained in the plural context of Mayotte. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ, 5*(1), 113-121.

Balcou-Debussche, M. (2013b). La littératie en santé : parler, comprendre, décider. . . In E. Auriac-Slusarczyk (Ed.), *Apprendre et former : la dimension langagière* (pp. 59-79). Clermont-Ferrand : Presses Universitaires de l'Université Blaise Pascal.

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

Balcou-Debussche, M. (2010). L'apport des sciences de l'éducation. Un exemple de situations d'apprentissage pour les personnes à risque cardiovasculaire. *Santé Décision Management, 13*(1-4), 9-34.

Balcou-Debussche, M. & Debussche, X. (2009). Hospitalisation for type 2 diabetes : the effects of the suspension of reality on patients' subsequent management of their condition. *Qualitative Health Research*, *19(*7), 1100-1115.

Balcou-Debussche, M. & Debussche, X. (2008). 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. (2006). *L'éducation des maladies chroniques. Une approche ethnosociologique*. Paris : Éditions des archives contemporaines.

Bautier, E., & Goigoux, R. (2004). Difficultés d'apprentissage, processus de secondarisation et pratiques enseignantes : une hypothèse relationnelle. *Revue française de pédagogie, 148*, 89-100.

Beran, D., & Yudkin, J. S. (2006). Diabetes care in sub-Saharan Africa. *Lancet, 368*(9548), 1689-1695.

Berger, D. (2004). La formation des acteurs de l'éducation à la santé : vers des praticiens réflexifs. In D. Jourdan (Ed.), *La Formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire* (pp. 375-394). Toulouse : Éditions universitaires du Sud.

Bril, B. (2002). Apprentissage et contexte. *Intellectica, 35*, 251-268.

Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health and Illness,, 4*(2), 167-182.

Châtel, V., & Roy, S. (2008). *Penser la vulnérabilité : Visages de la fragilisation du social. Coll. Problèmes sociaux et interventions sociales.* Québec : Presses de l'Université du Québec.

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, 17*(suppl 2), 68-75.

Debussche, X., Colin, F., Fianu, A., Balcou-Debussche, M., Fouet-Rosiers, I. & Koleck, M. (2012). Structured self-management education maintained over two years at the community level in insufficiently controlled type 2 diabetes patients : the ERMIES multicentre randomised trial in Reunion Island. *Cardiovascular Diabetology, 91*(11).

Debussche, X., Roddier, M., Fianu, A., Le Moullec, N., Papoz, L., & Favier, F. (2006). Health perceptions of diabetic patients in the REDIA study. *Diabetes Metab, 32*(1), 50-55.

Falkum, E., & Forde, R. (2001). Paternalism, patient autonomy, and moral deliberation in the physician-patient relationship : attitudes with Norwegian physicians. *Social Science and Medicine, 52*(2), 239-248.

Favier, F., Jaussent, I., Moullec, N. L., Debussche, X., Boyer, M.-C. & Schwager, J.-C. (2005). Prevalence of Type 2 diabetes and central adiposity in La Reunion Island, the REDIA Study. *Diabetes Research and Clinical Practice, 67*(3), 234-242.

Foucaud, J., & Balcou-Debussche, M. (2008). *Former à l'éducation du patient : quelles compétences ?*. St-Denis : INPES.

Foucaud, J., Bury, J., Balcou-Debussche, M., & Eymard, C. (2010). *Éducation thérapeutique du patient. Modèles, pratiques et évaluation*. Saint-Denis : INPES.

Gibson, J. J. (1977). The theory of affordances. In R. Shaw & J. Bransford (Eds.), *Perceiving, Acting and Knowing*. Hillsdale, NJ : Erlbaum.

Goody, J. (1977). *La raison graphique. Traduction française 1979. Collection Le sens commun*. Paris : Eds de Minuit.

Hughes, C. (2003). La fabrication d'un médecin. *Les Sciences de l'éducation pour l'Ère nouvelle, 36*(2), 57-70.

Lahire, B. (2002). *Portraits sociologiques. Dispositions et variations individuelles*. Paris : Nathan.

Lawton, J. (2003). Lay experiences of health and illness : past research and future agendas. *Sociology of Health & Illness, 25*(3), 23-40. doi : doi :10.1111/1467-9566.00338

Meirieu, P. (1994). *L'envers du tableau. Quelle pédagogie pour quelle école ?* Paris : ESF.

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine, 67*(12), 2072-2078.

Roger, M. (2003). Les actions didactiques : principes et réalisations. In F. Tupin (Ed.), *École et Éducation* (pp. 171-200). Paris : Anthropos-Economica.

Rombi, M. F. (2003). Les langues de Mayotte. In Cerquiglini (Ed.), *Les langues de France* (pp. 305-318). Paris : PUF.

Sidibé, A. T., Besançon, S., & Beran, D. (2007). Le diabète : un nouvel enjeu de santé publique pour les pays en voie de développement : l'exemple du Mali. *Médecine des maladies Métaboliques, 1*(1), 93-98.

Solet, J. L., Baroux, N., Pochet, M., Benoit-Cattin, T., De Montera, A. M. & Sissoko, D. (2011). Prevalence of type 2 diabetes and other cardiovascular risk factors in Mayotte in 2008 : the MAYDIA study. *Diabetes & Metabolism, 37*(3), 201-207.

Trugeon, A., Thomas, N., Michelot, F. & Lémery, B. (2010). *Inégalités socio-sanitaires en France, de la région au canton. Collection Abrégés*. Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Tupin, F. (2006). *Les pratiques enseignantes et leurs contextes : des curricula aux marges d'action. Approche sociologique, regards pluriels*. (Habilitation à Diriger des Recherches), Université de Nantes.

Wolff, E. & Watin, M. (2010). *La Réunion, une société en mutation*. Paris : Economica Anthropos, Collection Univers créoles 7.

Références sur le WEB

Sicree, R., Shaw, J. & Zimmet, P. (2010), The Global Burden Diabetes and Impaired Glucose Tolerance. In *IDF Diabetes atlas, fourth edition* [en ligne]. `http://www.idf.org/sites/default/files/The\_Global\_Burden.pdf` (15/09/2013)

International Diabetes Federation. (2013), IDF Diabetes Sixth Edition [en ligne]. `http://www.idf.org/` (29/11/2013)

ORS, Observatoire Régional de Santé de La Réunion. (2013). *In Profil de santé, territoire de la Réunion* [en ligne] `http://www.ors-reunion.org/IMG/pdf/Profils\_sante\_Territoire\_sante\_Reunion\_Ors\_Reunion.pdf` (15-09-2013)

OMS, Organisation Mondiale de la santé (2006). Travailler ensemble pour la santé, In *Rapport sur la santé dans le monde*, 2006 [en ligne] `http://www.who.int/entity/whr/2006/whr06\_overview\_fr.pdf` (25/07/2013)