Littératie en santé et interventions éducatives dans une université publique mauricienne

Sabeena DOWLUT[1], Maryvette BALCOU-DEBUSSCHE[2], David AUTHIER[3], Xavier DEBUSSCHE[4]

(1) MCF - Université Des Mascareignes, Ile Maurice.
(2) Professeure des Universités en Sciences de l'éducation et de la formation – INSPE/ Université de La Réunion - Laboratoire Icare.
(3) Maître de conférences en Sciences de l'éducation et de la formation – Université de Limoges Département des Sciences de l'éducation, Unité de recherche FrED.
(4) Centre hospitalier de Paimpol

DOI : https ://doi.org/10.17184/eac.7725
Reçu le : 06/02/2021 | Accepté le : 21/10/2022

Résumé : Cette contribution interroge les conditions du développement de la littératie en santé en s'appuyant sur la mobilisation de l'éducation à la santé auprès d'étudiants d'une université à Maurice. La littératie en santé définit les capacités à accéder et comprendre des informations en santé, avec des prises de décisions. Sur notre territoire, plus d'une personne sur cinq est touchée par le diabète type 2 d'où la littératie en santé en tant qu'un pilier important pour réduire des inégalités en santé. Une démarche de la Recherche-Intervention a conduit vers la production de connaissances scientifiques et une certaine transformation. L'intervention éducative dite "nid d'apprentissage" a été proposée à un échantillon de 48 étudiants. L'objectif de cette étude était d'examiner les conditions favorisant une réflexion sur les dimensions biomédicales et psychosociales, ainsi que les apports du socioconstructivisme dans un contexte donné. Sur un plan heuristique, les résultats obtenus à partir du questionnaire multidimensionnel Health Literacy Questionnaire (HLQ) administré à 25 étudiants à deux moments distincts, avant et après les interventions, sont croisés avec des données qualitatives obtenues à partir des entretiens semi-directifs. Les résultats mettent en évidence les besoins en matière de littératie en santé des étudiants mauriciens dans diverses dimensions, ainsi que les contributions potentielles d'interventions éducatives.

Mots-clés : Littératie en santé, éducation à la santé, nid d'apprentissage, université publique, Ile Maurice

Abstract: This paper investigates the factors facilitating the development of health literacy in a university in Mauritius through the implementation of health education programs. Health literacy refers to the ability to access and understand health-related information and make informed decisions based on that information. In our region, one fifth of the population suffers from diabetes, making health literacy a crucial pillar in reducing health inequalities. A Research-Intervention approach resulted in the production of scientific knowledge and a certain degree of transformation. The educational intervention known as the "Learning Nest" was proposed to a sample of 48 students. The objective of this study was to explore the conditions, which facilitate a reflection on both biomedical and psychosocial dimensions as well as the role of socio-constructivism in a specific context. From a heuristic perspective, the results obtained from a multidimensional questionnaire, Health Literacy Questionnaire (HLQ), administered to 25 students at two distinct points in time, before and after the interventions, are confronted with qualitative data obtained

from semi-structured interviews. The findings highlight the health literacy needs of students across the various dimensions in Mauritius, as well as the potential contributions of health education interventions.

Keywords: Health Literacy, health education, learning nest, public University, Mauritius

Introduction

L'article que nous proposons ici permet de réunir des thématiques d'actualité : promotion de la santé, littératie en santé (LS) et éducation à la santé (ES) dans le contexte de l'île Maurice. Il s'agit d'étudier les conditions d'un accompagnement éducatif proposé dans une dynamique de prévention primaire et secondaire du diabète type 2 et d'en analyser les atouts et les limites au sein d'une université publique. Bien que notre questionnement de départ porte sur l'implémentation de l'ES au sein d'une université, nous nous sommes également intéressés à la question de la LS en tant qu'un atout à construire et qui est inscrite en lien étroit avec l'ES.

Ce travail scientifique a un double objectif, heuristique et praxéologique. La dimension heuristique nous conduit vers la production de connaissances scientifiques alors que celle praxéologique nous oriente vers une certaine transformation. Ces dimensions d'ordre conceptuel et méthodologique sont déclinées sur plusieurs questionnements que nous avons affinés notamment à partir des travaux de Jean-Francois Marcel (2016) sur la recherche-intervention.

Dans le contexte national à l'île Maurice où aucune donnée n'existe encore sur la LS, nos questions de recherche portent sur le développement de la LS à l'université, la nature de savoirs mobilisés dans les sessions d'ES, la pertinence du dispositif didactique et l'impact de ce dispositif.

Sur l'ensemble de notre recherche, nous avons mobilisé une approche mixte qui associe la méthode qualitative et quantitative à travers une triangulation méthodologique soient des questionnaires, entretiens et observations. Ce qui se passe lors des situations éducatives en santé structurées autour des thématiques : les risques cardiovasculaires et l'identification de graisses dans l'alimentation, sont interrogés sous l'angle d'un développement potentiel de la littératie en santé.

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.

1 Le contexte de la recherche

L'île Maurice est un état indépendant d'une superficie de 1850 km2 dans l'océan Indien. 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 : 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).

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[1]. L'enquête menée par le Ministère de la Santé sur les maladies non-transmissibles[2] 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%), suivi des maladies cardiovasculaires avec un taux de 19.5 %. Une étude de la Fédération internationale du diabète[3] fait ressortir que l'île Maurice a un taux de prévalence du diabète très élevé : l'île Maurice est actuellement en 5^{e} position et les estimations pour le pays sont respectivement de 24.3 % et 25.3 % entre 2030 et 2045. Si une telle tendance est maintenue, l'île Maurice atteindra la 2^{e} position entre 2030 et 2045.

L'éducation à la 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. 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.

Les universités sont des environnements potentiels clés pour promouvoir la santé (Australian Commision 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 familiale 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.

À ce jour, le concept de la LS n'est pas exploré à l'île Maurice et encore moins dans les institutions universitaires. Étant enseignante à temps complet dans une université publique, nous considérons que notre recueil de données peut être facilité du fait de la proximité que nous avons déjà avec nos étudiants. Cependant, nous avions conscience que ce choix présente aussi des limites que nous analyserons dans la partie méthodologique.

[1]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

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

[3]FID (2019). Atlas du diabète. En ligne : https://diabetesatlas.org/fr/

2 Les fondements théoriques

2.1 Éducation à la santé (ES)

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 »[4].

S'agissant des liens entre l'éducation et la santé, 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 »* (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).

2.2 La littératie en santé (LS) *Health literacy*

Pour mieux appréhender le terme de la littératie en santé (LS) qui représente les points d'ancrage principaux de notre réflexion dans cette contribution, il nous apparaît important de faire un rappel du terme « litteratie ». Issue de l'anglais *literacy*, la litteratie 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* »[5].

Les travaux de recherche soulignent 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).

[4]Source : OMS (1946). Constitution. En ligne : https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution

[5]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

Spécifique au domaine de la santé, la LS s'est construite autour et à partir des compétences d'individus en littératie, y compris avec la (non) maîtrise de la lecture et de l'écriture. 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 différents : à la maison, au sein d'une communauté ou dans les services de santé (Nutbeam, 2015). La LS 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).

Nutbeam (2000) procède à une classification des savoirs de LS qui permet d'identifier des niveaux de LS en prenant en compte différents types de compétences cognitives et sociales en jeu. Il distingue le savoir de base – La LS fonctionnelle, le savoir opérationnel – La LS interactive et le savoir critique – La LS « critique ».

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. Les populations qui ont une faible LS sont donc plus à risque (Kutner *et al.*, 2007) 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).

2.3 Nid d'apprentissage (NA)

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, 2010, 2012, 2016).

Inscrits dans une perspective de développement de la LS, les NA 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).

3 Les choix méthodologiques

3.1 Vers une recherche-intervention (R-I)

Des différentes expérimentations et observations nous ont permis de nous confronter à certaines réalités sur le terrain, ce qui nous a amenés à nous interroger sur quelques points :

- Quelle posture adopter dans les dispositifs d'ES en tenant compte de notre rôle pluriel, celui d'une chercheure 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, la dimension heuristique et la dimension praxéologique ?

Pour éclairer ces questions relatives à une démarche de recherche appropriée, nous nous sommes appuyés sur les travaux de Beillerot (1995) : 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 parties : ce qu'elle désigne, autorise et produit. Marcel (2010) distingue notamment une recherche « sur » les pratiques et une recherche « pour » les pratiques. 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. Compte tenu de l'orientation scientifique de notre travail, 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 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, 2016, p. 15). Dans cette démarche, les deux niveaux, la recherche et l'intervention, préservent leur autonomie malgré un certain degré d'interdépendance. 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. 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.

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 qui regroupe dix caractéristiques de cette démarche. Nous allons présenter quatre de ces dix points sur lesquels nous avons porté notre réflexion :

3.1.1 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 et il y avait aucune formalisation d'une commande qui avait fait l'objet d'un paiement. Il nous a fallu une autorisation de la direction de l'université qui était formelle, mais implicite : elle nous a permis d'accéder à l'espace de l'université pour déployer la recherche. En l'absence 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 notre recherche-intervention.

3.1.2 La question de langues

Différentes langues sont mobilisées, 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 furent proposés en Anglais et également en Français.
- Les entretiens sont menés en français et 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.

3.1.3 La dimension éthique

Notre double appartenance, à la fois en tant que chercheure 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'ES, 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.

3.1.4 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. En l'absence d'un contrat avec l'institution, la restitution de l'ensemble de la démarche sera potentiellement une publication de ces travaux dans une revue.

3.2 Le Health Literacy Questionnaire (HLQ)

Le Health Literacy Questionnaire (HLQ) est un questionnaire multidimensionnel qui explore neuf 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).

Chaque domaine du questionnaire est une échelle pouvant être utilisée indépendamment. Élaboré à partir de méthodes rigoureuses, ancrées et centrées sur la validité (Buchbinder 2011, Osborne 2013, Hawkins 2018), le HLQ permet de mesurer une ou plusieurs dimensions de la LS d'un individu en lui proposant de faire sa propre autoévaluation (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 un à quatre : « 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 un à cinq : « Impossible ou toujours difficile », « Généralement difficile », « Parfois difficile », « Généralement facile » et « Toujours facile ».

3.3 Méthodologie mixte

Une approche mixte est mobilisée intégrant la méthode qualitative et quantitative (Creswell, 2009). Simar et Jourdan (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 également que c'est une posture spécifique qui garde sa consistance épistémologique, tout comme d'autres méthodologies.

Le schéma de cette triangulation méthodologique qui a permis d'approcher au mieux la complexité de l'objet se présente comme suit [fig1] :

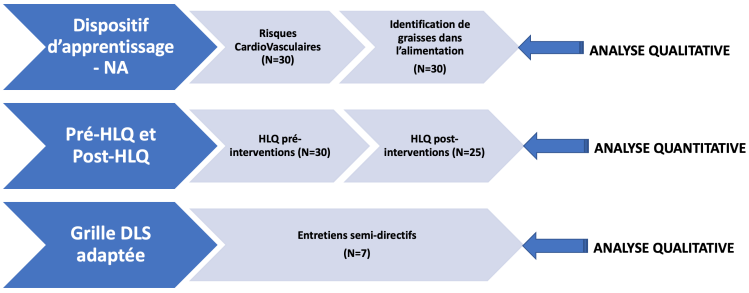


Fig. 1 : Triangulation Méthodologique.

3.3.1 Approche quantitative – l'évolution entre « avant » et « après » des séances éducatives

L'objectif ici est d'analyser l'évolution de résultats obtenus *via* le questionnaire HLQ à travers deux temps distincts : avant et après les sessions d'ES.

3.3.1.1 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 en écrit pour participer aux sessions éducatives et 30 répondants ont rempli le questionnaire HLQ.

3.3.1.2 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 et nous avons eu un retour de 25 répondants qui ont rempli une deuxième fois le même questionnaire, dans son intégralité.

3.3.1.3 Méthode d'analyse pour le pré-test et post-test du HLQ. Le critère que nous avons utilisé pour l'analyse est 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 avons porté notre analyse sur cet effectif réduit.

3.3.2 Approche qualitative

Les contenus de deux situations d'apprentissage ont été soumis à des analyses qualitatives, elles ont été observées in situ, et enregistrées en intégralité.

3.3.2.1 Le dispositif d'apprentissage – NA. 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 NA défini dans la partie « fondements théoriques ». 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).

Chaque NA s'accompagne de supports didactiques qui comprennent, pour chaque thématique, un livret à destination de l'apprenant. 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.

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 12 participants qui ont également participé à la séance éducative sur la thématique RCV.

3.3.2.2 Analyse de contenus. S'il existe plusieurs types d'analyses de contenu, nous privilégions ici l'analyse de contenus catégoriels pour répondre à nos objectifs. Nous retenons plus précisément l'analyse de contenus thématiques 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).

Lors d'un premier découpage des discours des formateurs et des apprenants (notamment au cours de la situation d'apprentissage sur la thématique « risque cardiovasculaire »), nous avons mobilisé 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.

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 LS 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.

3.3.2.3 Les entretiens semi-directifs. Des entretiens semi-directifs sont réalisés auprès des étudiants (n=7) qui ont participé à au moins une session d'éducation en santé et ils ont été réalisés après les interventions éducatives qui marquent la fin du cycle éducatif en santé. Ces étudiants ont également participé au pré-test et post-test du HLQ.

Pour mener ces entretiens, nous avons pris appui sur la grille DLS, que nous avons adaptée, avec l'autorisation de l'auteur. 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 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.

4 Résultats

4.1 Les situations d'apprentissage

4.1.1 Ce que nous disent les discours dans les situations d'apprentissage

Pour rappel, dans le cadre de cette recherche, nous avons travaillé essentiellement sur la thématique RCV : nous avons analysé les verbatims 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.

4.1.2 Répartition de la LS dans les deux séances éducatives

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 [fig2] :

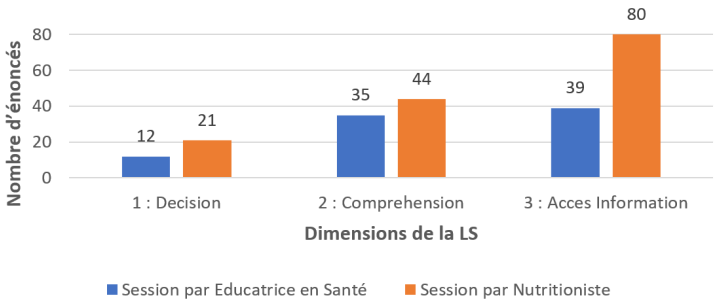


FIG. 2 : Le nombre d'énoncés répartis en dimensions de la LS dans les deux séances analysées.

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.

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).

4.1.3 Prise de paroles : formateur et apprenants

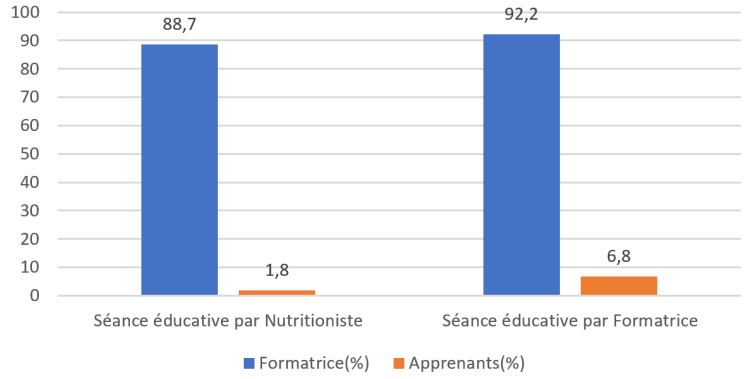


Fig. 3 : Prise de paroles : formateur et apprenants.

Quant au total des interventions des formateurs, il dépasse largement le total des interventions des participants [fig3]. Au cours des deux sessions, les prises de parole des participants sont respectivement de 1.8 % et 6.8 %, ce qui représente un résultat faible (voire très faible) par rapport aux interventions des formatrices.

4.1.4 Discussion des résultats par rapport aux situations d'apprentissage

Les résultats présentés dans la figure [fig1] 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 suffisamment à favoriser les interactions et les prises de parole. À partir de la répartition de la prise de parole du formateur et celle des apprenants dans le contexte mauricien, nous observons des différences importantes dans des si-

tuations d'apprentissage similaires analysées par Balcou-Debussche (2013) dans les autres lieux tels que la Réunion et Mayotte où la prise de parole des apprenants est bien plus importante que celle du formateur.

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

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 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, nous allons 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 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.

4.2.1 Comparaison pré et post-test du 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 figures [fig4] et [fig5].

Nous observons [tab1] 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.

Certes, nous n'attendions 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.

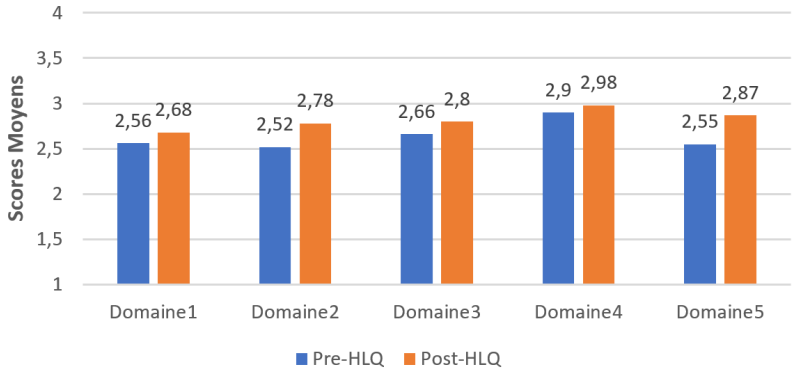


Fig. 4 : Comparaison du test Pré-HLQ et Post-HLQ (Domaines 1 à 5).

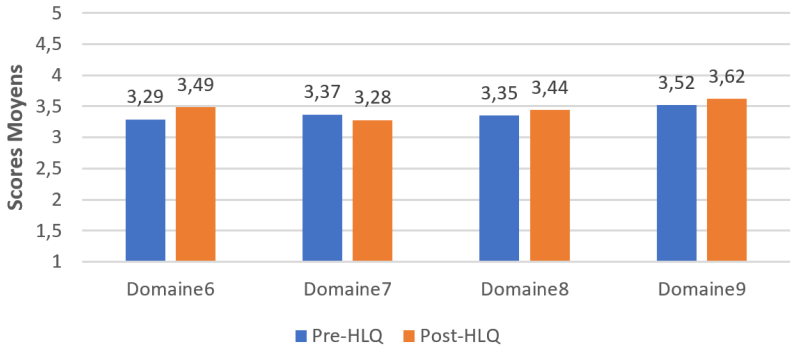


Fig. 5 : Comparaison du test Pré-HLQ et Post-HLQ (Domaines 6 à 9).

Tableau 1 : Résultats Statistiques du test Pré-HLQ et Post-HLQ (n=25).

Domaines HLQ	Pré-Intervention Moyenne (Écart-type)	Post-Intervention Moyenne (Écart-type)
Domaines 1 à 5 du HLQ : Score 1-4		
1. Se sentir soutenu et compris par	2,56 (0,56)	2,68 (0,58)
2. Disposer d'informations	2,52 (0,53)	2,78 (0,50)
3. Gérer activement sa santé.	2,66 (0,60)	2,80 (0,46)
4. Disposer de soutien social pour	2,90 (0,57)	2,98 (0,65)
5. Évaluer l'information en santé.	2,55 (0,60)	2,87 (0,40)
Domaines 6 à 9 : Score 1-5		
6. Capacité à s'engager	3,29 (0,64)	3,49 (0,72)
7. Naviguer dans le système de	3,37 (0,69)	3,28 (0,70)
8. Aptitude à trouver des	3,35 (0,62)	3,44 (0,67)
9. Compréhension suffisante de	3,52 (0,54)	3,62 (0,70)

4.2.2 Des portraits contrastés

Nous allons présenter deux portraits à partir des entretiens approfondis menés avec les étudiants (Pooja et Salim, 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 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.

4.2.2.1 Le Portrait de Pooja. Le tableau [tab2] met en évidence les scores moyens dans l'ensemble de dimensions de la LS de Pooja. Les résultats de Pooja illustrent 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). Pooja se trouve avec des scores plus bas après les interventions éducatives dans sept domaines 1, 2, 3, 4, 6, 7 et 9 et une évolution positive dans le domaine 5. Par contre, le score au niveau du domaine 8 n'a pas changé.

Tableau 2 : Score HLQ Participant Pooja.

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

Le portrait de Pooja est illustré dans le tableau 3 à partir d'une analyse de l'entretien semi-directif :

Tableau 3 : Portrait de Pooja.

Pooja: Jeune étudiante de 23 ans.	Avant les interventions	Après les interventions
• Académiquement, elle a fait preuve d'une "très bonne performance" • Parents hauts cadres de la fonction publique • Elle peut compter sur sa famille en cas de maladies • La grand-mère paternelle souffrait d'hypertension • Le papa, diabétique de type 2, diagnostiqué il y a 10 ans • L'intérêt pour participer aux interventions éducatives "parce que ses proches souffrent du diabète et hypertension. • Les sources d'information sur la santé sont plutôt la famille (principalement la maman) et elle ne vérifie pas nécessairement les informations qu'elle reçoit.	• Pooja dit savoir depuis assez longtemps "que l'on doit éviter trop de sucre et de graisse animale" • Elle savait tout simplement qu'il est important de les éviter pour prévenir les maladies telles que le diabète et les problèmes cardiaques • C'est quoi les maladies non-transmissibles ? "… pas trop sûre : le diabète, l'hypertension, le cancer, HIV... ". • Elle était très branchée "fast-food" sans se soucier de sa santé. • Elle ne savait pas qu'il existe deux types de graisses : les "bonnes" et les "mauvaises". • Elle pensait que l'avocat n'était pas un fruit à privilégier, étant donné son contenu excessif en graisse. • Les plats habituels préparés à la maison étaient des « rotis » (galettes indiennes) accompagnés de légumes.	• Elle connait l'impact du sucre et des graisses sur la santé • Pooja fut surprise de découvrir que l'une des variables en jeu dans le risque cardiovasculaire était assez élevée • Suite aux séances éducatives, elle dit qu'elle a tout de suite compris qu'il fallait qu'elle intervienne au niveau de son alimentation. • Elle a donc intégré une autre action, en commençant à jouer au football. • Elle s'est appropriée de nouvelles connaissances sur l'identification de graisses dans l'alimentation. Ce qui l'a amené à adopter des actions concrètes après cette session, comme par exemple : changer l'huile actuellement utilisée à la maison • Elle consomme maintenant des avocats, disponibles localement. • Les repas préparés à la maison ont été réadaptés suite à une consultation avec une nutritionniste.

4.2.2.2 Le Portrait de Salim. Le tableau ci-dessous [tab4] met en évidence les scores moyens dans l'ensemble de dimensions de la LS de Salim. Les résultats de Salim illustrent une évolution dans certaines dimensions de la LS qui vont dans le sens d'une « progression » (les domaines 1, 5, 6, 7 et 9) alors que d'autres démontrent une légère régression (les domaines 3, 4, 8) et le score au niveau du domaine 2 n'a pas changé.

Tableau 4. Score HLQ. Participant Salim.

Participant Salim : Age : 23 ans		
Domaines 1 à 5 du HLQ : Score 1-4	Pré-HLQ	Post-HLQ
1. Se sentir soutenu et compris par les professionnels de santé	2	3
2. Disposer d'informations suffisantes pour gérer sa santé	3	3
3. Gérer activement sa santé	3	2,8
4. Disposer de soutien social pour sa santé	3,2	3
5. Évaluer l'information en santé	2,2	2,8
Domaines 6 à 9 : Score 1-5	Pré-HLQ	Post-HLQ
6. Capacité à s'engager activement avec les professionnels de santé	3,4	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	3,6
9. Compréhension suffisante de l'information pour savoir ce qu'il faut	4	4,8

Le portrait de Salim est illustré dans le tableau suivant à partir une analyse de l'entretien semi-directif :

Tableau 5 : Le portrait de Salim.

Salim: Jeune étudiant de 23 ans	Avant les interventions	Après les interventions
• Académiquement, il a fait preuve d'une "performance moyenne" • Il est asthmatique. • Sa relation avec le professionnel de sante : • Il est suivi régulièrement par un médecin qu'il connaît depuis 4 ans. • Il se rend chez le médecin seul, ne sens pas le besoin d'être accompagné mais il informe toujours ses parents avant de partir.	• 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…» • Il se rend dans les grandes chaînes de « Fast Food » trois fois le mois. • Il jouait au football avec les amis pour s'amuser. • Il pense que diabète c'est héréditaire.	• Il a réalisé que la quantité de riz qu'il consommait était supérieure à la portion moyenne : il l'a donc ajustée presque immédiatement. • Il a compris 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 mange moins de « Burgers ». • Il se rend dans les grandes chaînes de « Fast Food » une fois le mois. • Il s'est inscrit à un « Gym » ou il se rend trois fois la semaine. • Il a aussi recours au service d'un coach qui lui conseille sur sa nutrition en lien avec ses activités.

4.2.2.3 Discussion sur les portraits Pooja et Salim 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 deux étudiants font partie de familles mauriciennes différentes, mais dans chacune d'elles, de proches parents sont diabétiques. Pour autant, les deux 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 virus de l'immunodéficience (VIH) est non-transmissible alors que Salim avoue qu'il a toujours pensé que le diabète était héréditaire.

En s'appuyant sur ces deux portraits, 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 et elle éprouve quand même des difficultés au niveau de différents domaines de la LS. Chez Pooja, on observe d'ailleurs une régression après sa participation aux situations d'apprentissage en santé. En revanche Salim, qui vient d'une famille plutôt modeste, se retrouve avec un profil en LS qui est meilleur que celui de Pooja.

Nous constatons cependant que les deux étudiants ont 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.

5 Conclusion

Le travail mené autour de la LS 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.

Notre hypothèse envisageait que le développement et la mise en place d'une intervention éducative structurée en santé auprès des étudiants de l'université puissent 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 de ces trois composantes serait *a priori* en mesure d'améliorer la LS, à travers l'ensemble des neuf 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. Nous observons enfin que les scores des participants dans les différentes dimensions du HLQ peuvent fluctuer dans un sens comme dans l'autre après une participation aux situations d'apprentissage proposées. Ces évolutions ne sont pas uniquement dépendantes des connaissances et compétences acquises dans ces situations d'apprentissage, mais sont également influencées par d'autres facteurs à investiguer davantage à travers des méthodes qualitatives.

Les résultats présentés dans cette communication suggèrent des perspectives prometteuses pour améliorer la littératie en santé (LS) des étudiants dans les universités à Maurice, en collaboration avec les autorités compétentes. Ce travail naissant à Maurice devrait permettre d'encourager d'autres acteurs universitaires dans les recherches relatives à cette thématique.

Références Bibliographiques

Balcou-Debussche, M. (2010). Une approche ethnosociologique de l'éducation thérapeutique du patient dasn le diabete de type 2. Dans J. Foucaud, J. A. Bury, M. Balcou-Debussche et C. Eymard, *Éducation thérapeutique du patient : modèles, pratiques et évaluation* (pp. 75-88). 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'apprentissag. *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. (2013). Atouts et limites d'interventions éducatives en santé à la Réunion et à Mayotte. *Expressions, Actes des 2ndes journées de rencontre : "Inégalités sociales, santé, éducation"*, 37, 1-8.

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.* Éditions des archives contemporaines.

Balcou-Debussche, M. (2016). Interroger la littératie en santé dans une perspective de transformations individuelles et sociales. *Recherches & éducation.*

Bardin, L. (2003). *L'analyse de contenu.* PUF.

Beillerot, J. (1995). Projet et légitimité. *Cahiers Pédagogiques*(334), 16-17.

Crézé, F. et Liu, M. (2006). *La Recherche Action et les Transformations Sociales.* L'Harmattan.

Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J. et Crotty, K. (2011). Low Health Literacy and Health Outcomes : An updated systematic review. *Ann Int Med*, 155, 97-107.

Bostock, S. et Steptoe, A. (2012). Association between low functional health literacy and mortality in older adults : longitudinal cohort study. *BMJ*, 344 :e1602.

Bruchon-Schweitzer, M. (2003). *Au-delà du modèle transactionnel. Vers un modèle intégratif en psychologie de la santé.* Presses Universitaires de Rennes.

Buchbinder, R., Batterham, R., Elsworth, G. et al. (2011). A validitydriven 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.

Creswell, J. W. (2009). *Research design : qualitative, quantitative, and mixed methods approaches.* (T. Oaks, Éd.) Sage publications.

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. et Balcou-Debussche, M. (2018). Analyse des profils de littératie en santé chez des personnes diabétiques de type 2 : la recherche ERMIES-Ethnosocio. *Santé Publique*, 30(1), 145-156.

Déchamp-Le, R.C. (2002). *L'emprise de la technologie médicale sur la qualité sociale.* L'Harmattan.

Dewalt, DA., Berkman, ND., Sheridan, S., Lohr, KN. etPignone, MP. (2004). Literacy and health outcomes : a systematic review of the literature. *Journal of general internal medicine*, 19(12), 1228-39.

Green, L., Kreuter, MW., Deeds, S. et Partridge, K. (1980). *Health Education Planning : A Diagnostic Approach.* Mayfield Publishing Co.

Hawkins, M., Elsworth, GR. et 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.

Kickbusch, I., Pelikan, J., Apfel, F. et Tsouros, A.G. (2013). *Health literacy : the solid facts.* Copenhagen : WHO Regional Office 7-8.

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).

Le Faou, A.-L., Le Rest, P., Pondaven, C. et Quillien, P.-J. (2007). *Abrégé de culture sanitaire et sociale.* Ellipses.

Liou, L. et Lu, C. (2006). Related factors of health behavior in university students. *Chinese Journal ofSchool 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.

Marcel, J.-F. (2010). Des tensions entre le "sur" et le "pour" dans la recherche en éducation : question(s) de posture(s). *Éducation et socialisation - Les cahiers du CERFEE*, 41-64.

Marcel, J.-F. (2016). Recherche en sciences de l'éducation et demande sociale. Dans C. Grenier, C. Rougerie, C. Saint Martin, C. Dupuy, D. Broussal et L. Aussel,... J.-F. Marcel, *La recherche-intervention par les sciences de l'éducation : accompagner le changement.* Educagri.

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. (2015, September 01). Defining, measuring and improving health literacy. *Health Evaluation and Promotion, 42*(4), 450-456.

Osborne, R. H., Batterham, R. W., Elsworth, G. R., Hawkins, M. et Buchbinder, R. (2013). The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*, 13, 658.

Paris, F. (2011). La Réunion et l'Ile Maurice Jumelles, sœurs ou cousines de l'océan Indien ? *Population & Avenir* , 4(704), 16-19.

Schillinger, D., Grumbach, K., Piette, J., Wang, F., Osmond, D., Daher, C., Palacios, J., Sullivan, G. D. et Bindman, A. B. (2002). Association of health literacy with diabetes outcomes. *JAMA*, 288(4), 475-482.

Simar, C. et 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.

Sonck, G. (2005) Language of Instruction and Instructed Languages in Mauritius, *Journal of Multilingual and Multicultural Development*, 26(1), 37-51.

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 Students. *Journal of Health Communication*, 25(4), 333-343.

Vamos, S., Yeung, P., Bruckermann, T., Moselen, F. E., Dixon, R. et Osborne, R. H. (2016). Exploring Health literacy profiles of Texas university students. *Health Behavior & Policy Review*, 3(3), 209-225.

Références institutionnelles

Australian Commision 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.

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