# Prendre en compte l'altérité dans les interventions éducatives en santé

## Analyse de la littératie en santé de personnes diabétiques issues de l'immigration

**Jessica Caroupin**

Formatrice, Université / ESPE de La Réunion – laboratoire Icare EA 7389 ; doctorante en sciences de l'éducation

**Delphine Ballet**

Formatrice, Université / ESPE de La Réunion – laboratoire Icare EA 7389 ; doctorante en sciences de l'éducation

Revue *Éducation, Santé, Sociétés* Vol. 4, No 1 | pp. 45-61

Reçu le : 30/06/2017 | Accepté le : 24/11/2017

**Résumé :** L'altérité pose, entre autres, la question de la diversité culturelle, sociale et linguistique qu'il convient de prendre en compte pour concevoir, mettre en œuvre et adapter les interventions éducatives en santé. Si certains travaux ont déjà souligné l'impact de cette diversité sur le recours aux soins et le devenir des personnes malades chroniques, de nouvelles recherches sont encore à développer dans ce domaine. Dans cette perspective, le travail exploratoire que nous proposons ici vise à identifier les compétences en littératie en santé auprès de populations migrantes, majoritairement issues du quartier populaire Mosson à Montpellier, en situation de précarité et accueillies régulièrement dans le cadre du programme d'éducation thérapeutique « Solidarité diabète ». De plus en plus d'actualité, les travaux sur la littératie en santé permettent d'identifier de nombreuses variations des résultats obtenus par des personnes au niveau de leur accès à l'information, à la compréhension et à la prise de décisions, et d'en suivre l'évolution, notamment chez celles qui bénéficient de programmes éducatifs. Ici, les acteurs réunis autour du programme DREAM à Montpellier et les chercheurs du CHU et de l'Université de La Réunion interrogent ensemble les résultats obtenus auprès de vingt et une personnes. Au-delà des résultats de

la recherche, ce travail partenarial ouvre des perspectives d'accompagnement des populations migrantes dans la gestion de leur maladie au quotidien, en complément d'offres éducatives et de promotion de la santé adaptées.

**Mots-clés :** altérité, littératie en santé, population vulnérabilisée, maladie chronique, *Health Literacy*, questionnaire.

---

*Nos vifs remerciements, pour leur participation à cette recherche, s'adressent à Maryvette Balcou-Debussche (professeure des Universités, Université / ESPE de La Réunion – Laboratoire Icare EA 7389), Catherine Corbeau (diabétologue, association « Diabète Recherche Éducation Alimentation et Métabolisme »), Michèle Fassier (infirmière, association « Diabète Recherche Éducation Alimentation et Métabolisme »), Catherine Boegner (praticien hospitalier endocrinologie-diabétologie-nutrition, CHU de Montpellier), Xavier Debussche (praticien hospitalier, CHU Réunion) et Fatima Malouane (médiatrice / coordinatrice santé à Montpellier).*

## Introduction

L'altérité perçue comme une prise en compte des diversités culturelles, linguistiques ou sociales (Sicot et Touhami, 2015) peut, *a priori*, être un atout dans la relation soignant-soigné à condition de la prendre en considération, notamment lorsque l'Autre, dans ses façons singulières de concevoir le monde, ne nous renvoie pas à nos propres schémas de pensées et d'agir. Dans la rencontre entre les soignants et les personnes malades, ce sont le plus souvent deux « mondes » fort différents qui se côtoient avec d'un côté, des soignants se référant à des connaissances scientifiques acquises lors de leur formation et de l'autre, des soignés qui ont accès à des savoirs pluriels, en lien avec des socialisations et des cultures variées (Balcou-Debussche, 2012b, 2016). Lorsque ces deux « mondes » viennent à se rencontrer, comment poser la question de l'altérité ? S'agit-il, pour le soignant, de connaître le patient ? Et que connaître de lui ? Que faire ensuite de ces connaissances ? Comment proposer des interventions éducatives adaptées tout en « tenant compte des hétérogénéités des publics, en intégrant des valeurs et des savoir-faire diversifiés dans l'élaboration des programmes et de la prestation de soins et de services, tout en respectant les valeurs des divers acteurs impliqués et les normes des institutions de la société d'accueil. » (Vissandjee *et al.*, 2004, p. 417) ? L'altérité pose alors de fait, une question relationnelle et un rapport à l'Autre qu'il convient d'interroger puisque « l'Autre suppose un soi » (Cognet et Montgomery, 2007, p. 9). Mais l'Autre ne peut pas être questionné sans que le soit aussi l'intervention éducative elle-même, puisqu'elle met en jeu « l'idée d'une action dans le cadre d'un métier relationnel qui vient modifier un processus ou un système. Intervenir, c'est venir entre, s'interposer, s'insérer, se glisser entre, s'introduire, se mêler de, poser une action en vue de changer quelque chose chez quelqu'un, en vue de résoudre un problème (identifié, c'est-à-dire construit) chez autrui » (Lenoir *et al.*, 2002, p. 3).

L'article que nous proposons ici permet de présenter les résultats d'une recherche exploratoire menée auprès de vingt et une personnes diabétiques de type 2 en situation de précarité à Montpellier. Le projet initial avait pour objectifs de proposer des pistes d'amélioration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) et de contribuer à la validation sociocognitive / sociolinguistique du questionnaire « *Health Literacy Questionnaire* » (HLQ) auprès d'une population vulnérabilisée en France métropolitaine. La perspective consistait à identifier les résultats obtenus auprès de cette population en

matière de littératie en santé, en mobilisant à la fois la version française du questionnaire HLQ et des entretiens semi-directifs approfondis. L'équipe pluridisciplinaire réunie autour de ce projet cherchait ainsi à consolider les apports du questionnaire, afin de relever les difficultés de ce public vulnérabilisé à se saisir de l'information en santé et à l'utiliser, tout en contribuant au développement des travaux sur la littératie en santé en France. En investiguant les neuf domaines du HLQ et en mettant en évidence les résultats obtenus par les vingt et une personnes diabétiques de type 2, la présente contribution permet d'apporter des éclairages sur ce que peut être « la prise en compte de l'Autre » dans les interventions éducatives proposées par les soignants. Elle permet aussi de souligner tout l'intérêt de poursuivre les recherches dans le champ de la littératie en santé, y compris auprès des personnes vulnérabilisées.

## 1 Contexte de la recherche

Selon l'OMS (Organisation mondiale de la santé), la littératie en santé se définit comme des « aptitudes cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité des individus à obtenir, comprendre et utiliser des informations d'une façon qui favorise et maintienne une bonne santé [1] ». De plus en plus d'actualité, les travaux sur la littératie en santé permettent de connaître les atouts et difficultés en termes d'accès à l'information, à la compréhension et à la prise de décisions auprès de différents publics et d'en suivre l'évolution, notamment chez les personnes qui bénéficient de programmes éducatifs (Nutbeam, 2000, 2008 ; Balcou-Debussche, 2016a). Les recherches permettent aussi de proposer des orientations pour adapter l'offre éducative et de promotion de la santé, dont des recommandations souvent extrapolables, notamment du côté des publics en situation de précarité / issus de l'immigration et/ou vivant dans des zones urbaines sensibles (Osborne *et al.*, 2013).

En France, les études menées sur la littératie en santé sont encore peu nombreuses (Margat *et al.*, 2014) mais elles se développent rapidement (Balcou-Debussche 2012, 2012a, 2013, 2013b, 2016, 2016a, 2016b ; Debussche et Balcou-Debussche, 2017, 2016 ; Balcou-Debussche, Debussche et Osborne, 2016), ce qui vient enrichir les travaux déjà réalisés dans les pays anglophones et plusieurs pays d'Europe. Dans ce contexte, l'équipe réunie autour du programme DREAM (« Diabète Recherche Éducation Alimentation Métabolisme ») à Montpellier et l'équipe du CHU / Université de la Réunion se sont alliées pour interroger les compétences littératiées en santé de personnes diabétiques en situation de précarité accueillies régulièrement dans le cadre du programme d'éducation thérapeutique « Solidarité diabète [2] ». Le public concerné par l'étude présentée dans ce rapport est majoritairement (plus des $\frac{3}{4}$) issu du quartier populaire Mosson à Montpellier, quartier classé « zone urbaine sensible » et renommé « quartier politique » de la ville. Ce quartier compte environ 25 000 habitants avec 63 % de logements sociaux, 12 % de ménages

1. Organisation mondiale de la santé (1998). *Glossaire de la promotion de la santé*. Dossier « Littératie en santé », Genève : http ://www.cultures-sante.be/component/phocadownload/category/6-dossiersthematiques.html.

2. Le programme d'éducation thérapeutique du patient « Solidarité diabète » a pour objectif d'aider des patients diabétiques de type 2 en situation de précarité et leur entourage à s'approprier les fondamentaux de l'équilibre du diabète pour les intégrer dans leur vie quotidienne permettant ainsi de vivre mieux avec la maladie, de limiter le risque de complication liée au diabète et éviter les hospitalisations, en intégrant cette éducation thérapeutique dans une approche globale de la santé. (http ://www.oscarsante.org/occitanie/actions/oscars_detail_fiche.php ?ref=34877&titre=education-therapeutique–programme-solidarite-diabete).

de six personnes et plus. 12 500 personnes, soit environ la moitié de la population du quartier, vivent sous le seuil de pauvreté et disposent d'un revenu médian qui est plus de deux fois inférieur à l'ensemble de la ville (en moyenne 7 000 euros par personne et par an contre 15 200 euros pour Montpellier). 45 % de la population est sans diplôme (19 % pour Montpellier) et 31 % des habitants sont de nationalité étrangère (11 % pour Montpellier[3]). Dans un tel contexte, la prise en compte de la diversité culturelle se retrouve interrogée de multiples manières. En effet, s'agit-il de proposer une intervention éducative déjà déterminée à l'avance, supposée adaptée à des personnes vulnérabilisées ? Est-il envisageable de proposer une adaptation plus fine, qui puisse prendre en compte les particularités des différents participants ? L'identification des niveaux de littératie en santé peut-elle permettre une prise en charge plus cohérente, y compris en tenant compte des adaptations que la rencontre avec « l'Autre » peut alors nécessiter ? Ne faut-il pas aussi que le professionnel de santé soit amené à analyser ses propres représentations et ses attentes, en vue de pouvoir effectuer un véritable « travail de traduction, d'interprétation et d'imagination, pour formuler de nouvelles représentations capables d'en rendre compte et de l'intégrer dans son système symbolique en tant que nouveauté » (Bonoli, 2007, p. 3) ?

L'équipe pluridisciplinaire (Montpellier et La Réunion / CHU et Université) s'est mobilisée autour d'un projet qui a visé deux orientations principales. D'une part, il s'agissait d'explorer l'apport du questionnaire multidimensionnel HLQ (*Health Literacy Questionnaire*) dans la description de la diversité des besoins en littératie en santé, en vue de pouvoir interroger et améliorer les interventions éducatives proposées par l'équipe. Une telle délimitation des besoins est une étape indispensable qui permet d'identifier les adaptations nécessaires d'un programme et du système de santé. En effet, l'exploration des besoins prioritaires en littératie en santé définis à un niveau local peut offrir la possibilité de travailler (avec les institutions, les professionnels de santé et associations) de nombreuses pistes d'amélioration pour l'accès à la promotion de la santé dans ces populations, milieux spécifiques ou zones géographiques défavorisées (Batterham *et al.*, 2016). D'autre part, il s'agissait de mettre à l'épreuve la version française du HLQ traduit en 2015 de l'anglais par l'équipe du CHU et de l'Université de la Réunion, en collaboration étroite avec l'équipe du P^r^ Osborne à l'Université Deakin en Australie (Osborne *et al.*, 2013). À travers ce projet, il s'agissait donc de contribuer à la validation sociocognitive du questionnaire chez un public de faible niveau socio-éducatif dont la langue maternelle est rarement le français, mais installé en France de façon pérenne.

### 1.1 Le « *Health Literacy Questionnaire* »

Centré sur le patient, le questionnaire psychométrique multidimensionnel « *Health Literacy Questionnaire* » a été élaboré par une équipe de chercheurs australiens, sous la direction du P^r^ Richard Osborne (Osborne *et al.*, 2013). Le HLQ est actuellement utilisé dans plus de cent projets[4] à travers le monde. Traduit dans dix-sept langues (dont le français), il est utilisé dans les contextes suivants : promotion de la santé et de la gestion de la maladie, personnes ayant un large éventail de maladies chroniques, enquêtes, évaluation des besoins en santé, qualité et suivi des actions en santé. Le HLQ est également mobilisé

3. Rapport DRJSCS (2012). *Cohésion sociale sur le quartier Mosson*.
4. Source : http ://www.deakin.edu.au/health/research/phi/health-litracy-questionnaire.php.

pour l'évaluation des services de santé mentale, de la littératie en santé des étudiants en sciences de la santé, des interventions en e-santé et des programmes d'autogestion des maladies chroniques.

Le questionnaire mesure et qualifie la littératie en santé d'un individu. Il se compose de 44 questions réparties en neuf domaines (Osborne *et al.*, 2013). En auto-questionnaire, la durée de remplissage est de 10 à 20 minutes selon les degrés de difficultés des personnes (la durée peut être plus importante, 20 à 40 minutes en hétéro-questionnaire avec aide [5]). En fonction du score, les personnes se situent, pour chacun des neuf domaines, sur un degré de littératie variant entre un faible niveau jusqu'à un niveau élevé de littératie. Les neuf domaines de littératie en santé sont les suivants [tab. 1] :

Tableau 1 – Domaines de littératie en santé du *Health Literacy Questionnaire* (HLQ).

| | |
|---|---|
| 1 | Se sentir soutenu et compris par les professionnels de santé |
| 2 | Disposer d'informations suffisantes pour gérer la santé |
| 3 | Gérer activement sa santé |
| 4 | Soutien social pour la santé |
| 5 | Évaluation de l'information sanitaire |
| 6 | Capacité à s'engager avec les professionnels de santé |
| 7 | Navigation dans le système de santé |
| 8 | Aptitude à trouver des informations de qualité |
| 9 | Compréhension suffisante des informations en santé pour pouvoir les utiliser |

## 2 Méthodologie et public investigué

### 2.1 Entretiens complémentaires au questionnaire HLQ

La traduction française du questionnaire de littératie en santé a été mise à l'épreuve sur le terrain afin de déceler d'éventuelles incompréhensions liées à la traduction. À Montpellier, les entretiens se sont déroulés en différents lieux selon la disponibilité, l'état de santé, les contraintes familiales ou les possibilités de transport des patients : au domicile des personnes (5), à l'hôpital (4) et au cabinet (11), au cours d'un temps spécifique consacré à la passation du questionnaire. Dans le cadre de cette étude, les enquêtrices étaient les intervenantes du programme d'éducation thérapeutique ; les professionnelles qui ont mené les entretiens étaient l'infirmière à domicile et le médecin de santé publique (deux professionnelles coordinatrices du programme d'éducation thérapeutique), ainsi que le médecin endocrinologue du CHU.

Les entretiens se sont déroulés entre octobre 2015 et mai 2016 (treize en 2015 et huit en 2016). Ils ont été négociés en amont, soit lors de la prise de rendez-vous pour une

5. La passation d'un hétéro-questionnaire est réalisée dans les conditions suivantes : les items ainsi que les propositions de réponse sont lues au patient, l'enquêteur complète lui-même le questionnaire pour le patient.

consultation de suivi du diabète au cabinet infirmier, soit à l'occasion d'une visite à domicile ou encore à la fin d'une consultation au CHU.

L'enquête a été présentée aux patients en indiquant que l'objectif visait une meilleure compréhension de leurs besoins, afin de permettre une adaptation du programme d'éducation thérapeutique dans lequel ils étaient inclus. Après obtention de l'accord des personnes concernées, les entretiens de validation ont été enregistrés. Chaque entretien s'est déroulé de la façon suivante :

- L'enquêteur (déjà connu du participant puisque faisant partie des professionnels de santé qu'il côtoie régulièrement) remercie le participant pour sa collaboration et insiste sur la valeur de ses propres expériences en matière de gestion de la maladie chronique en « contexte ordinaire » (Balcou-Debussche, 2016). L'enquêteur précise que le questionnaire comprend des questions qui peuvent paraître similaires dans leur formulation. Il indique ensuite qu'il pourra revenir sur certaines réponses apportées par l'enquêté, en privilégiant celles où, *a priori*, des compléments sont à apporter. L'objectif est d'entendre le discours sur et à partir de l'expérience, les avis et impressions du patient. Chacun des trois enquêteurs a rédigé des notes personnelles à l'issue de l'entretien, tant à propos des conditions de passation que des informations significatives obtenues. Pour les personnes du quartier, un entretien téléphonique complémentaire mené en juin 2016 a permis d'identifier la date d'arrivée en France, la fréquence de retour au pays d'origine et la langue parlée principalement à la maison, avec les amis. Les questionnaires ont été soumis en français et les entretiens ont été retenus uniquement si ce dernier n'avait pas nécessité de traduction.
- L'enquêteur présente le questionnaire en reprenant les informations mentionnées sur la première page, en insistant sur l'objectif qui est « d'améliorer les services dans les domaines de la santé et des soins ». Il précise qu'« il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse ». L'échange vise à mieux comprendre l'expérience des personnes diabétiques : il ne s'agit pas de les juger, mais d'écouter ce qu'elles disent de leurs rapports à la maladie et des organisations de santé. En prenant appui sur ces données, la perspective est de pouvoir améliorer le système de santé en général – au niveau macro-contextuel –, mais aussi dans le quartier – au niveau méso-contextuel (Balcou-Debussche, 2016). Aucun jugement n'est donné par l'enquêteur sur les avis des personnes interviewées.
- L'enquêteur ajoute enfin que le questionnaire est anonyme, ce qui doit permettre à chaque patient d'être le plus sincère possible sur ce qu'il fait (d'accord ou pas d'accord sur ce qu'il fait, et non pas sur ce qu'il pense qu'il faut faire) ou juge facile / difficile. Avant de débuter l'entretien, l'enquêteur redemande l'accord au patient pour enregistrer la discussion « *afin de ne rien oublier de ce que vous allez dire et d'être fidèle à vos réponses* ».

### 2.2 Profil sociodémographique des personnes interrogées

Vingt-neuf personnes ont été sollicitées pour participer à cette étude, mais huit d'entre elles ont signalé un manque de disponibilité (pas de rendez-vous possible pour quatre d'entre elles, un voyage imminent pour deux autres, des problèmes de santé pour une

autre personne, ce qui a conduit à reporter trois fois le rendez-vous initial avant l'abandon du projet) et des difficultés de garde d'enfant pour la dernière. Les personnes incluses dans la présente recherche habitent le quartier de la Mosson, participent au programme « Solidarité diabète » et ont une compréhension suffisante du français parlé *a minima*. Les personnes recrutées au CHU sont des patients diabétiques qui présentent des difficultés sociales et ne réussissent pas à équilibrer leur diabète.

Les vingt et une personnes qui ont suivi la procédure de validation du questionnaire (dix-sept femmes et quatre hommes) étaient toutes connues au préalable des professionnels qui ont mené l'entretien. L'une d'elles était la médiatrice santé du programme qui a servi d'entretien test, une autre a été identifiée par la médiatrice santé et 4 personnes ont été adressées par leur médecin spécialiste qui les suivait au CHU (trois hommes et une femme). La proposition de remplir le questionnaire et de réaliser l'entretien a été faite à la suite d'une consultation (trois personnes) ou pendant une hospitalisation (une personne). Treize autres personnes ont été adressées par les coordinatrices du programme solidarité diabète qu'elles avaient vu en bilan éducatif ou en ateliers. Deux patientes étaient connues par l'infirmière dans le cadre de pratiques de soins à domicile.

Sur les vingt et une personnes, toutes sont directement concernées par le diabète (ou sont le / la conjoint(e) d'une personne diabétique) et/ou par le surpoids. Douze d'entre elles sont nées dans des régions d'Afrique du Nord (Maroc, Algérie, Égypte) et sont installées en France métropolitaine depuis au moins neuf ans. Six autres sont nées en France métropolitaine, mais les parents sont originaires des régions d'Afrique du Nord (Maroc, Algérie, Égypte). Enfin, l'une des personnes est originaire de France ultramarine tandis que deux autres sont originaires de France métropolitaine. Pour les douze personnes (sur les dix-huit) qui ne sont pas nées en France, la date d'arrivée est ancienne (au moins neuf ans et souvent trente ans ou plus). La moitié d'entre elles partent tous les ans, essentiellement au Maroc. Certaines personnes retournent au pays d'origine tous les deux, trois ou quatre ans (selon les moyens financiers), tandis que d'autres ne partent plus. La majorité parle régulièrement les deux langues (en différenciant selon les interlocuteurs). Trois personnes parlent prioritairement l'arabe ou le berbère. Ces personnes, bien qu'installées en France métropolitaine depuis plusieurs années, ne se sentent pas totalement intégrées ; elles relatent de fréquentes situations d'isolement (peu de sorties hors de chez elles, fréquentations se limitant au cercle familial lorsqu'il est présent).

La présente étude porte ainsi sur les vingt et une personnes qui ont répondu au questionnaire ; dix-huit d'entre elles ont été interrogées, en complément, *via* les entretiens de validation (quinze femmes et trois hommes) [tab. 2]. Un entretien de validation n'a pas pu être réalisé par manque de disponibilité du patient (Samir) ; un enregistrement a été perdu (Zora) et le dernier entretien programmé pour remplacer un enregistrement perdu n'a pas été validé.

Le tableau qui suit recense les personnes en fonction de leur sexe, leur tranche d'âge, la composition du foyer, leur niveau de scolarité et leur situation professionnelle. Du fait d'une possible incidence sur la gestion ou le maintien en santé des personnes, les données sociodémographiques ont été demandées à la fin du questionnaire HLQ (Mikkonen et Raphaël, 2011). Des prénoms d'emprunt, d'origine similaire aux prénoms d'origine, ont été attribués aux personnes afin de conserver leur anonymat [tab. 3] : Abla, Amed, Anissa,

Assia, Atika, Fabienne, Famar*, Farida, Fathia, Faima, Hadda, Karim, Maria, Mounia, Salima, Samir*, Sophia, Sylvie, Zahia, Zohir, Zora* [6].

Tableau 2 – Profil sociodémographique des personnes interrogées.

| **Profil sociodémographique des participants** | **Effectif : n=21** |
|---|---|
| | **Nombre** |
| **Sexe** | |
| Femme | 17 [7] |
| Homme | 4 |
| **Composition du foyer** | |
| Vit seul | 3 |
| Vit à plusieurs | 18 |
| **Tranche d'âge** | |
| [20-29] | 1 |
| [30-39] | 1 |
| [40-49] | 1 |
| [50-59] | 8 |
| [60-69] | 6 |
| [70-79] | 4 |
| **Niveau scolaire** | |
| Écoel primaire (ou moins) | 9 |
| Collège | 3 |
| Lycée | 8 |
| Licence (Bac+3) | 1 |
| **Situation professionnelle** | |
| Travail à temps plein | 1 |
| Homme / femme au foyer | 8 |
| Sans emploi | 4 |
| Retraité | 5 |
| En incapacité permanente de travail | 1 |
| Autre (à temps partiel) | 2 |

L'ensemble du panel (n=18) se caractérise donc comme suit :

- Une population plutôt féminine.
- Une population ne vivant pas seule, en règle générale.

6. * Patients n'ayant pas effectué de validation du questionnaire.

7. Les personnes ayant été interrogées dans le cadre de cette étude participent au programme d'éducation thérapeutique « Solidarité diabète », dont la majorité des participants sont des femmes.

- Les moins de 50 ans sont peu représentés.
- Le niveau scolaire est plutôt bas, certaines femmes en particulier n'ayant jamais été scolarisées.
- Certaines femmes du quartier (environ un tiers) suivent des cours d'alphabétisation.
- Une forte majorité d'hommes ou de femmes au foyer.

Tableau 3 – Répartition des personnes selon le niveau de scolarité.

| **Niveau de scolarité des personnes interrogées** | |
|---|---|
| **Primaire ou moins** | Zohir, Salima, Fatima, Zahia, Amed, Fathia, Maria, Mounia |
| **Collège** | Karim, Hadda |
| **Lycée** | Farida, Sylvie, Sophia, Abla, Fabienne, Atika, Assia |
| **Licence bac +3** | Anissa |

Des sollicitations ont été adressées à des femmes plus jeunes, mais elles étaient contraintes par leurs jeunes enfants non scolarisés et sans mode de garde possible. Dans le même temps, elles étaient contraintes par les différents temps scolaires de la fratrie, par les maladies infantiles qui engendrent des consultations non prévues (le RDV est annulé) ou les problèmes de santé imprévus dans la famille (par exemple, une jeune femme sans enfant devait s'occuper de la gestion des RDV santé et du suivi du diabète multi-compliqué des deux parents). Généralement, les femmes cumulent aussi de multiples contraintes administratives : certaines d'entre elles travaillent, si bien qu'il leur est difficile de dégager un moment commun de rencontre.

# 3 Résultats

## 3.1 Le remplissage du questionnaire

Les personnes ont répondu au questionnaire qui leur a été lu par l'enquêteur. Au final, l'enquêteur a lu le questionnaire à l'ensemble des personnes interrogées pour tenir compte des difficultés à lire le français (la majorité) et avoir la même modalité de conduite d'entretiens avec tous. L'expérience de validation sociocognitive/sociolinguistique du HLQ permet ainsi de rendre compte de plusieurs observations :

- Pour 17 / 21 personnes, le questionnaire a été entièrement rempli (aucun item manquant pour 16, 1 item manquant pour 3 personnes).
- Pour 2 personnes (Zahia, et Zohir), respectivement trois items étaient manquants sur les 44 du questionnaire. Pour 2 autres personnes (Amed et Samir), 7 à 8 des items étaient manquants, rendant le questionnaire difficile à interpréter sur plusieurs domaines.
- Les 4 personnes citées précédemment (Zahia, Zohir, Amed, Samir) sont parmi les plus âgées du panel (nées entre 1938 et 1949). Il s'agit de 3 hommes et 1 femme,

de niveau scolaire bas, originaires du Maghreb, avec des difficultés de maîtrise de la langue. Amed et Samir ont manifestement présenté les plus grandes difficultés à remplir le questionnaire. L'entretien n'a pas été réalisé pour Samir ; il l'a été de façon partielle et très incomplète pour Amed. Tous deux (Amed et Samir) ont été vus lors d'une consultation médicale hospitalière.

### 3.2 Les scores de littératie en santé par domaines

Les premières analyses relatives au remplissage du questionnaire permettent de souligner des variations entre les différents domaines. Le tableau 4 présente les scores moyens obtenus par les vingt et un patients, dont leur répartition selon les neuf domaines. Les scores des domaines 1 à 5 (1re partie du questionnaire) vont de 1 (« Pas du tout d'accord ») à un maximum de 4 (« Tout à fait d'accord »). Les scores des domaines 6 à 9 (2e partie du questionnaire) vont de 1 (« Impossible ou toujours difficile ») à 5 (« Toujours facile »).

Tableau 4 – Scores moyens pour les neuf domaines du HLQ (n=21)

| **Scores moyens pour les neuf dimensions du HLQ. Échantillon total n=21** | | | |
|---|---|---|---|
| | **Domaines du HLQ** | **Scores** | |
| **1** | Se sentir soutenu et compris par les professionnels de santé | 3,46 | **Scores sur 4** |
| **2** | Disposer d'informations suffisantes pour gérer sa santé | 3,15 | |
| **3** | Gérer activement sa santé | 3,23 | |
| **4** | Soutien social pour la santé | 3,13 | |
| **5** | Évaluation de l'information en santé | 3,08 | |
| **6** | Capacité à s'engager avec les professionnels de santé | 3,90 | **Scores sur 5** |
| **7** | Navigation dans le système de Santé | 3,80 | |
| **8** | Aptitude à trouver des informations de bonne qualité | 3,61 | |
| **9** | Compréhension suffisante de l'information en santé pour savoir ce qu'il faut faire | 3,62 | |

Les scores les plus élevés en moyenne sont retrouvés pour le domaine 1 « se sentir soutenu et compris par les professionnels de santé » (score de 3,46±0,49), le domaine 6 « capacité à s'engager avec les professionnels de santé » (score de 3,90±0,74) et le domaine 7 « navigation dans le système de santé » (score de 3,80±0,61). Dans le domaine 1, le médecin traitant est le référent le plus fréquemment cité, mais le manque de temps et de disponibilité des professionnels de santé sont des freins à la relation patient/professionnel de santé. Dans le domaine 6, les patients soulignent un bon relationnel avec les professionnels de santé qu'ils côtoient : ils disent être en capacité de demander conseil lorsqu'ils en éprouvent le besoin. Dans le domaine 7, les patients évoquent parfois des difficultés pour savoir vers qui se tourner afin de régler leurs problèmes. Les analyses montrent que dans ces trois domaines qui concernent les rapports avec les professionnels et le système de

Tableau 5 – Présentation des cinq profils de patients, et illustrations.

| | Principales caractéristiques | Exemples / illustrations |
|---|---|---|
| **Profil A** | Difficulté dans la majorité des dimensions de littératie en santé explorées par le HLQ, notamment dans le rapport aux services de santé et dans l'accès, l'utilisation et la compréhension de l'information en santé. | • Maria, Sophia, Atika, assez jeunes, 41 à 58 ans, originaires du Maghreb ou de La Réunion, scolarité primaire ou lycée, une en activité, deux sans emploi ou en incapacité permanente<br>• Samir, plus âgé, avec les difficultés de remplissage déjà décrites, se rapproche de ce profil<br>• Amed et Zahia également, mais ils expriment la capacité à s'engager avec les professionnels de santé (ce qui semble se retrouver dans l'entretien, notamment si l'on prend en compte l'argumentation de Zahia sur l'item 12 du HLQ) |
| **Profil B** | Rapport positif aux professionnels de santé, avec quelques difficultés pour se retrouver dans le système de santé.<br>Difficultés à gérer activement la santé. Freins sur l'accès à l'information, mais surtout son utilisation et sa compréhension | • Fabienne et Sylvie, 57 et 60 ans, originaires de Montpellier et de Nîmes, scolarité jusqu'au lycée<br>• Fatima, 53 ans, originaire du Maroc, scolarité primaire, femme au foyer |
| **Profil C** | Difficultés à gérer activement la santé (comme dans les profils A et B), tout en ayant une bonne capacité à s'engager avec les professionnels et à s'orienter dans le système.<br>Soutien social en santé moyen (sentiment d'être isolés).<br>L'accès à l'information est limité : les informations sont essentiellement données par le médecin : elles sont appliquées scrupuleusement, avec peu de regard critique, même si les patients disent les comprendre suffisamment (en général) pour savoir ce qu'il faut faire | Fathia, 37 ans, scolarité primaire et Zora, niveau lycée, toutes deux femmes au foyer et originaires du Maroc |
| **Profil D** | Soutien social pour la santé faible.<br>Peu de personnes ressources | • Anissa, née en 1960, Égypte, femme au foyer, Bac +3<br>• Famar, née en 1954, Alger, formation collège, retraitée |
| **Profil E** | Peu de difficultés dans l'ensemble des neuf domaines. Personnes qui peuvent avoir toutefois quelques freins dans l'accès et l'utilisation des informations en santé | • Farida, née en 1965, niveau lycée, sans emploi, originaire du Maroc<br>• Salima, née en 1943, femme au foyer, scolarité primaire, originaire du Maroc |

santé, quelques patients présentent néanmoins un profil plus en difficulté : Atika, Amed, Maria, Samir, Sophia.

Les scores les plus bas sont objectivés sur les domaines concernant l'information en santé : le domaine 2 « disposer d'informations suffisantes pour gérer sa santé » (score 3,15 $\pm$ 0,56), le domaine 5, « Évaluation de l'information en santé » (score 3,08$\pm$0,52), le domaine 8, « Aptitude à trouver des informations de bonne qualité » (scores de 3,61$\pm$0,67), et le domaine 9, « Compréhension suffisante de l'information pour savoir ce qu'il faut faire » (score de 3,62$\pm$0,90). Très peu de personnes ont des aptitudes à trouver les informations, à les comprendre pour les mettre en pratique (domaine 8 et 9). Dans le

domaine 2, les informations sont essentiellement celles qui sont données par le médecin : elles sont appliquées scrupuleusement. Dans le domaine 5, les patients soulignent les difficultés à trier les informations, à identifier, comparer, à analyser les bonnes informations. Dans le domaine 8, les personnes se contentent généralement de ce que leur médecin (ou autre professionnel de santé) leur dit : parfois elles utilisent les médias tels qu'internet ou la télévision pour se renseigner de manière plus active. Dans le domaine 9, les patients comprennent moyennement les informations écrites en relation avec leur santé : ils ont besoin d'être aidés par leurs proches (membres de la famille) pour une meilleure compréhension. Ces résultats (moyens, bas), permettent néanmoins d'observer des variations. Sept patients présentent un bon niveau dans le domaine 2 (accès à l'information) : Anissa, Assia, Famar, Hadda, Karim, Salima, Sylvie. Il en est de même pour quatre patients dans le domaine 5 (évaluation de l'information) : Assia, Hadda, Karim, Salima. Des scores globalement bas sont également retrouvés pour le soutien social pour la santé (score 3,13$\pm$0,58). Seules cinq personnes présentent un score élevé pour le soutien social en santé : Abla, Fatima, Farida, Hadda, et Salima. Dans le domaine 3 (soutien social pour la santé), les personnes disent qu'elles se sentent parfois isolées. Souvent, la famille ne mesure pas les effets indésirables de la maladie ; parfois, elle peut aussi être éloignée géographiquement.

En mettant en relation les scores obtenus et les données sociodémographiques des vingt et une personnes, les analyses permettent d'identifier cinq profils diversifiés [tab. 5].

### 3.3 Atouts et limites des résultats obtenus *via* le HLQ

La mise à l'épreuve du HLQ face à un public majoritairement composé de migrants séjournant de façon pérenne en France métropolitaine permet d'interroger plusieurs éléments sur lesquels il y aurait lieu de poursuivre les recherches. En effet, si l'on met en relation les résultats obtenus auprès de ce public décrit comme vulnérabilisé (situation de migration, français langue seconde, conditions économiques et sociales souvent difficiles) avec les résultats obtenus à la Réunion notamment, on observe une compréhension globalement satisfaisante avec des résultats du HLQ sensiblement équivalents. Certaines personnes ont argumenté spontanément quelques affirmations. Parfois, elles ont demandé des précisions sur des termes ou ont sollicité une reformulation complète de l'affirmation. Pour autant, l'équipe n'a pas eu l'occasion d'identifier les capacités critiques des personnes, alors que l'on sait pourtant qu'un tel travail est constitutif du développement de l'éducation à la santé (Jourdan, 2010, 2012).

L'ensemble de ces observations et analyses renforce le questionnement sur les modalités de passation du questionnaire. L'équipe a fait le choix de lire le questionnaire à voix haute afin de placer tout le monde dans les mêmes conditions, ce qui se discute pour au moins deux raisons. D'une part, plusieurs personnes auraient pu remplir le questionnaire directement, *via* l'écrit (ou avec une aide par des accompagnements). D'autre part, ce choix a augmenté considérablement le temps de passation, ce qui a quelque peu pénalisé le développement de la recherche et retardé le recueil des données et les analyses. Pour la pratique professionnelle, il semblerait intéressant de se questionner sur la possible identification de questions à privilégier (à poser, par exemple, au cours du bilan éducatif partagé, première étape du parcours éducatif). Cependant, une telle option n'est pas possible dans le travail scientifique car le questionnaire a été validé ainsi, et sa force est en lien étroit avec les

items actuels. L'alternative, proposée par l'équipe, consisterait sans doute à sélectionner des domaines entiers (ceux qui seraient jugés les plus pertinents pour les actions sur le terrain), en équipe, afin de diminuer le temps de passation.

Pour mieux saisir les variations, des analyses plus fines seraient fort utiles afin d'appréhender ce qui pourrait paraitre parfois comme des incohérences dans les résultats obtenus *via* un questionnaire (Debussche, Balcou-Debussche et Osborne, 2016). L'exemple de Salima et de Fathia en est une illustration. Salima et Fathia ont eu des difficultés à comprendre le questionnaire et à apporter des éléments d'argumentation : pourtant, leur score est élevé dans plusieurs domaines. Si les résultats peuvent être expliqués par le fait que les propositions trop abstraites n'ont pas permis à Salima et Fathia d'expliciter leur expérience, il faut aussi prendre en compte le fait qu'elles sont toutes deux des « piliers » de leur famille : de ce fait, elles ont été confrontées à de nombreux problèmes de santé de leurs proches (mari amputé et fille handicapée pour l'une, père diabétique avec complications pour l'autre). Elles ont donc acquis ainsi une expérience pratique qui est à mettre en lien avec les scores relativement bons obtenus dans plusieurs domaines du questionnaire (Salima est soutenue et elle reçoit des informations régulières par une auxiliaire de vie et une infirmière). L'analyse de ces deux exemples montre ainsi que ce qui pourrait apparaître comme des incohérences à la première lecture est, à l'inverse, un indicateur de la forte sensibilité du questionnaire HLQ : il permet en effet d'observer des variations selon les différents domaines sans que les résultats soient en contradiction les uns avec les autres.

En partant d'investigations de personnes hétérogènes, l'analyse des résultats obtenus *via* le HLQ permet la mise en évidence de variations fines, selon les neuf domaines du HLQ. Par exemple, Zahia présente des variations dans les différents domaines : elle du mal à comprendre toute information écrite sur la santé ou toute instruction au sujet des traitements ou des médicaments (9), mais se sent en confiance et a les informations dont elle a besoin pour vivre avec sa condition, et prendre ses décisions (2). Contrairement à Zahia, Zohir a beaucoup de lacunes dans ses connaissances et il n'a pas l'information dont il a besoin pour gérer ses préoccupations de santé comme le montre le tableau suivant [tab. 6] :

Tableau 6 – Variations des réponses au HLQ chez deux patients.

| | Domaines | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** |
| | **Se sentir soutenu et compris** | **Disposer d'info. suffisantes pour gérer sa santé** | **Gérer activement sa santé** | **Soutien social pour la santé** | **Évaluation de l'info en santé** | **Capacité à s'engager avec les PDS** | **Navigation dans le système de santé** | **Aptitude à trouver des infos de bonne qualité** | **Compréhension suffisante pour savoir ce qu'il faut faire** |
| **Zahia** | 3,0 | 3,3 | 3,2 | 3,4 | 3,0 | 4,5 | 4,6 | 3,5 | 2,0 |
| **Zohir** | 3,8 | 2,0 | 4,0 | 2,8 | 3,3 | 3,8 | 3,7 | 3,6 | 4,2 |

### 3.4 Interprétation des résultats à travers le spectre de l'altérité

Nos résultats restent cependant à nuancer du fait de la dimension linguistique qu'ils interrogent. En effet, notre étude a été menée auprès de personnes dont la langue française n'est pas la langue maternelle. Or, les dimensions linguistique et culturelle sont des éléments à considérer dans la situation de communication (Abdallah-Pretceille, 2003, 2008), notamment lorsque cette dernière se rapporte à la santé des personnes (Balcou-Debussche et Rogers, 2015). Pour interpréter les résultats obtenus, il est nécessaire de s'assurer du niveau de compréhension de la langue dans laquelle est formulé le questionnaire. En ce sens, la phase de validation du HLQ permet de prendre la mesure de l'accès à la compréhension de chaque item. Ici, les spécificités culturelles des individus n'ont pas pu être pleinement approchées durant cette phase, alors qu'elles sont constitutives des résultats obtenus. Ainsi, la question de l'altérité se pose également comme objet rendant intelligible les réponses apportées par les personnes interrogées. Comme l'indique Paul Ricœur (1996), l'Autre est celui qui est à la fois même et différent, ni tout à fait le même, ni tout à fait un autre. En ce sens, il nous invite à considérer celui que l'on a en face de soi dans sa totalité, et non pas à le cantonner à ce qu'il évoque en nous, en apparence.

Nos analyses montrent qu'il est intéressant d'interroger également la place de l'altérité dans la posture du professionnel de santé. Celui dont la mission principale est de « prendre soin » des personnes vulnérables, affaiblies, malmenées dans leur corps et dans leur âme, est également responsable devant le malade de son intention et de la façon dont il va mettre en actes cette intention (Briançon, 2008). Face à une population vulnérabilisée, il ne s'agit pas de mettre en difficulté qui que ce soit lors de la passation du questionnaire en français. Au cours de notre recherche, la présence d'une interprète a souvent facilité la communication. Dès lors, quelle part accorder aux pratiques langagières (notamment lorsque le chercheur n'y accède pas directement) et à la diversité culturelle dans les travaux scientifiques, de même que dans les interventions éducatives ? L'enjeu n'est-il pas aussi dans la compréhension de la langue mobilisée par les personnes, à travers la multiplicité des dimensions auxquelles elle renvoie ? Ne serait-ce que pour tenter d'approcher un même niveau de compréhension ? Comme l'indique Abdallah-Pretceille (2008, p. 57), « l'enjeu de l'apprentissage des langues consiste non seulement à apprendre à DIRE mais aussi à SE DIRE et surtout DIRE AVEC ». En d'autres termes, le seul apprentissage d'une langue, bien qu'il y contribue, ne suffit pas pour comprendre l'Autre dans sa globalité. L'écoute participerait également à la compréhension de ce que l'Autre a à dire puisque l'écoute de l'autre a, dans une certaine mesure, une valeur thérapeutique (Commission de réflexion « Éthique et professions de santé », 2003)[8]. La relation qui s'installe alors entre le soigné et le soignant met donc pleinement en jeu la question de l'altérité et la façon dont chacun lui donne sens. Cette relation professionnelle est « singulière où il y a de l'autre en jeu, où les acteurs sont impliqués, où se mêlent psychique, social et économique, où se réalise une pratique de l'altérité et de la singularité ». (Cifali, 1999, p. 121). La place de l'altérité chez les professionnels de santé a donc toute sa légitimité et a tout intérêt à être considérée dans une relation où il y a notamment... de l'Autre en « JE ». Intégrer de telles perspectives dans les interventions éducatives revient alors à interroger les façons de mener à bien des processus de composition interculturelle mettant en jeu des articulations

8. Rapport de la commission de réflexion « Éthique et professions de santé » (2003) : http ://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/034000226/index.shtml (02/07/17).

complexes entre des porteurs de cultures différentes, ce qui invite à repérer les obstacles à la communication pour tenter de les faire disparaître (Camilleri, 1993).

## Conclusion et perspectives

Menée auprès de vingt et une personnes issues de l'immigration, la recherche présentée ici souligne que la littératie en santé, bien qu'étant un concept complexe, est pertinente à étudier, y compris auprès de personnes vulnérabilisées. En tant qu'atout à construire, la littératie en santé résulte de l'action d'éducation en santé, en perspective d'un meilleur accès à l'information, de la compréhension et de la prise de décision en faveur de la santé. Ici, des variations des pratiques sociales et culturelles des individus ont été observées et analysées, à la fois en intra (la même personne) et en interindividuel (d'une personne à l'autre), dans les neuf domaines du HLQ.

Cette recherche exploratoire ouvre plusieurs perspectives scientifiques et professionnelles. Sur le plan scientifique, le questionnaire HLQ dans sa version française offre une voie méthodologique mobilisable (et déjà mobilisée) dans d'autres espaces francophones : sa robustesse, sa pertinence et sa sensibilité sont mises en exergue. Sur le plan professionnel, le processus de validation qui a permis aux personnes interrogées de rendre compte d'expériences différenciées de la maladie chronique a donné l'occasion de recueillir de nombreuses informations susceptibles d'aider les équipes à adapter l'offre éducative et le système de santé. Chacun mesure désormais la nécessité de prendre du temps pour passer de l'information donnée à la compréhension de cette information. De même, il apparaît pertinent de chercher à optimiser la relation de soin en travaillant sur la consultation elle-même, notamment en amenant le patient à préparer et oser poser des questions. Enfin, la recherche exploratoire permet de mesurer l'intérêt de laisser les personnes interrogées s'exprimer librement, y compris dans des moments moins formels qui offrent alors de nouveaux espaces pour de possibles intercompréhensions. La relation à l'autre en tant que pareil et différent est donc à prendre en compte dans les développements professionnels, mais aussi dans les travaux scientifiques, en poursuivant l'étude de ce qui anéantit ou favorise l'appropriation des savoirs par des personnes dont l'hétérogénéité sociale, familiale et culturelle serait à penser d'emblée comme une règle, et non comme une exception. Dès lors, les variations observées interrogent nécessairement les cadres théoriques mobilisés, les méthodologies retenues, les analyses et les résultats obtenus, ce qui ouvre nécessairement sur de nouvelles perspectives de recherches, d'interventions auprès de la population et de formation des acteurs. De multiples investigations complémentaires sont à mener dans ces prolongements, sans pour autant perdre de vue les difficultés à les mener à bien auprès des personnes vulnérabilisées, mais avec une conscience accrue de leur pleine pertinence sociale et de leur utilité.

## Références bibliographiques

Abdallah-Pretceille, M. (2003). *Former en contexte hétérogène. Pour un humanisme du divers*. Paris : Anthropos.

Abdallah-Pretceille, M. (2008). *Communication interculturelle, apprentissage du divers et de l'altérité*. Congrès international, année européenne du dialogue interculturel, communiquer avec les langues-cultures, 51-57.

Balcou-Debussche, M. (2016). *De l'éducation thérapeutique du patient à la littératie en santé. Problématisation socio-anthropologique d'objets didactiques contextualisés*. Paris : Éditions des archives contemporaines.

Balcou-Debussche, M. (2016a). Interroger la littératie en santé en perspective de transformations individuelles et sociales. Analyse de l'évolution de 42 personnes diabétiques sur trois ans. *Recherches & Éducations*, 16-17.

Balcou-Debussche, M. (2016b). Des séances en présentiel à un travail sur Smartphone : quels enjeux pour l'ETP ? *Educ Ther Patient / Ther Patient Educ*, 8(2), 20101.

Balcou-Debussche, M. (2013). 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. (2013a). La littératie en santé : parler, comprendre, décider... *In* E. Auriac-Slusarczyk (dir.), *Apprendre et former : la dimension langagière* (p. 59-79). Clermont-Ferrand : Presses universitaires Blaise-Pascal.

Balcou-Debussche, M. (2012). La littératie en santé. Dispositifs et situations d'apprentissage. *Expressions*, 36, 55-63.

Balcou-Debussche, M. (2012a). Inscription sociale de l'ETP, hétérogénéité et vulnérabilité des personnes. Analyse de résultats obtenus en contexte pluriel, à Mayotte. *Educ Ther Patient / Ther Patient Educ*, 5(1), 113-121.

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

Balcou-Debussche, M. et Debussche, X. (2017). Interroger la littératie en santé dans le diabète de type 2. *Revue de santé publique* (pré-accepté).

Balcou-Debussche, M. et Debussche, X. (2016). *Approche qualitative de la gestion du diabète de type 2 : une modélisation simple et accessible pour les soignants et les patients*. Congrès SFD médical, Lyon, mars 2016, poster n° 124548.

Balcou-Debussche, M. et Rogers, C. (2015). Promoting health education in a context of strong social and cultural heterogeneity : The case of Reunion island. *In* V. Simovska, et P. Mannix-McNamara (éds.), *School for Health and Sustainability, Theory, Research and Practice* (p. 291-312). Springer.

Batterham, R. W., Hawkins, M., Collins, P. A., Buchbinder, R. et Osborne, R. H. (2016). Health literacy : Applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. *Public Health*, 1-10.

Beauchamp, A., Buchbinder, R., Dodson, S., Batterham, R. W., Elsworth, G. R., McPhee, C. *et al.* (2015). Distribution of health literacy strengths and weaknesses across socio-demographic groups : A cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*, 15(1), 678.

Bonoli, L. (2007). La connaissance de l'altérité culturelle. *Le Portique*, 5 : *Recherches*, mis en ligne le 21 décembre 2007 : https ://leportique.revues.org/1453#quotation.

Briançon, M. (2008). Désir de savoir et altérité : que peut enseigner l'altérité extérieure absolue à ces élèves qui se disent curieux du maître ? *Recherche en éducation*, 5, juin, 101-111.

Camilleri, C. (1993). Les conditions structurelles de l'interculturel. *Revue française de pédagogie*, 103(1), 43-50.

Cifali, M. (1999). Une altérité en acte. *In* Chappaz G. (dir.), *Accompagnement et formation*, Université de Provence / CDRP de Marseille, 121-160.

Cognet, M. et Montgomery, C. (2007). *Éthique de l'altérité : la question de la culture dans le champ de la santé et des services sociaux*. Presses universitaires de Laval.

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* (à paraître).

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*. Congrès SFD médical, Lyon, mars 2016, poster n° CA-090. DOI : http ://dx.doi.org/10.1016/S1262-3636(16)30222-1.

DRJSCS Languedoc-Roussillon (2012). *Étude sur la cohésion sociale – La Mosson, Montpellier.*

Jourdan, D. (2010). *Éducation à la santé. Quelle formation pour les enseignants ?*. Saint-Denis : INPES.

Jourdan, D. (2012). *La santé publique au service du bien commun ? Politiques et pratiques de prévention à l'épreuve du discernement éthique*. Paris : Éditions de Santé.

Lenoir, Y., Larose, F., Deaudelin, C., Kalubi, J.-C. et Roy, G.-R. (2002). L'intervention éducative : clarifications conceptuelles et enjeux sociaux. Pour une reconceptualisation des pratiques d'intervention en enseignement et en formation à l'enseignement. *Esprit critique* 4(4).

Margat A., De Andrade, V., Gagnayre, R. (2014). « *Health Literacy* » et éducation thérapeutique du patient : quels rapports conceptuel et méthodologique ? *Educ Ther Patient / Ther Patient Educ*, 6(1), 101-105.

Mikkonen J., Raphael D. (2011). *Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes*. Toronto : École de gestion et de politique de la santé de l'Université York. Disponible sur : http ://www.thecanadianfacts.org/

Nutbeam, D. (2000). 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), 259-268.

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

Osborne R., Batterham R., Elsworth G., Hawkins M. et Buchbinder R. (2013). The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*, 13, 658. Disponible sur : http ://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/658

Ricœur, P. (1996). *Soi-même comme un autre*. Paris : Éditions du Seuil.