

LA « LITTERATIE EN SANTE »

Dispositifs et situations d'apprentissage

Maryvette BALCOU-DEBUSSCHE

IUFM – Université de La Réunion

Résumé. - Cette contribution interroge les conditions de l'accès à l'information, à la compréhension et à la prise de décisions d'adultes malades chroniques lors d'une situation d'apprentissage sur le risque cardiovasculaire. Mis en place dans le cadre d'un réseau de santé à La Réunion, le dispositif éducatif concerne des adultes qui, dans la plupart des cas, n'ont pas bénéficié de socialisations longues à l'école, ce qui a priori, ne facilite pas leur accès aux savoirs. Les données sont recueillies par le biais d'entretiens avant et après un cycle éducatif comprenant trois situations d'apprentissage, ainsi que par des relevés de langage in situ. Dans la situation sur le risque cardiovasculaire, les premiers résultats montrent la capacité des personnes à accéder à l'information, à la compréhension et à une prise de décision qui s'exerce en tenant compte des contextes dans lesquels les actions quotidiennes s'inscrivent.

Mots-clés : apprentissage – pratiques langagières – compréhension – littératie – santé -.

Abstract. - This paper explores the links between language practices and knowledge appropriation, in a context where many adults didn't benefit from school socialisations. The data are collected in Reunion island, among adults with chronic diseases included in a health network which works on the development of an educative process. Investigation of learners is conducted before and after educative intervention and during three complementary learning sessions. Results question the conception of the learning device, taking into account the contexts, trainers training and further investigations needed to understand learners who get out from the process. The kind of language practices (trainer – learners) and their repartition conduct to a positive impact of the learning device, even if one of the learners leaves the process.

Keywords : learning – language practices – understanding – literacy – health -.

1. Introduction

Durant les cinquante dernières années, La Réunion a connu des mutations sociales importantes et rapides (Wolff, Watin, 2010) qui n'ont pas épargné les pratiques langagières orales et écrites. Les questions de santé publique se posent aussi de façon particulière du fait du nombre très important de personnes atteintes d'une maladie chronique eu égard aux possibilités de prise en charge éducative et préventive offertes sur l'île. Dans cet article, nous nous intéressons à des personnes adultes qui intègrent un réseau de santé et bénéficient de situations d'apprentissage complémentaires, en vue de permettre une amélioration de la compréhension des enjeux de la maladie chronique et de sa prise en charge quotidienne. La perspective est d'analyser les pratiques langagières de ces personnes au cours des situations d'apprentissage en tentant d'identifier ce qui relève des compétences en littératie en santé, à savoir l'accès à l'information, à la compréhension et à la prise de décisions (Nutbeam, 2008). La littératie en santé est considérée comme un atout à construire en vue d'une amélioration de l'état général de santé. L'absence (ou la quasi-absence) de pratiques scripturales pose un certain nombre de problèmes du point de vue des rapports au savoir et à la formation (Balcou-Debussche & Ledegen, 2003), mais les besoins d'accès à l'information, la compréhension et la décision restent constitutifs d'une part essentielle de la gestion quotidienne de la maladie chronique (Balcou-Debussche, 2006). Les enjeux sont donc importants, tant du point de vue des personnes concernées que du point de vue des structures et des sociétés dans lesquelles les dispositifs et les personnes s'intègrent.

2. Le dispositif et les situations d'apprentissage

En articulation étroite avec le Centre Hospitalier Universitaire de La Réunion et les médecins généralistes de ville, le réseau de santé RéUCARE (Réunion Cœur Artères Rein Education) offre la possibilité aux personnes atteintes d'une maladie chroniques d'intégrer un processus éducatif qui envisage un travail d'appropriation des savoirs tout autant qu'une gestion du suivi des

personnes. Les participants bénéficient d'un cycle qui comprend trois situations : une première sur le risque cardiovasculaire, une seconde sur la gestion de l'apport de graisses dans l'alimentation, une troisième sur la maîtrise des dépenses physiques.¹ Les situations sont proposées toutes les deux à quatre semaines en moyenne et sont organisées le plus possible en proximité, en relation avec un professionnel de santé (médecin généraliste, pharmacien, infirmier, diététicienne...). Les supports ont fait l'objet d'analyses préalables et sont les mêmes pour tous : le déroulement, l'organisation, l'agencement et l'animation de la situation sont précisés au cours de sessions courtes de formation à destination des professionnels de santé et/ou éducateurs qui assurent l'encadrement de ces séances. Tout en étant centrées sur la construction de savoirs par les apprenants, les situations d'apprentissage prennent en compte les particularités des individus (les spécificités culturelles, les rapports à l'écrit, les goûts, les valeurs...), la vie personnelle et familiale, le contexte environnemental ainsi que les exigences de la décision d'action. En s'inscrivant dans une perspective de formation, les « nids d'apprentissage » permettent à l'apprenant de développer les dispositions individuelles et sociales sur lesquelles il pourra s'appuyer dans le quotidien. L'ensemble s'exerce dans un espace confortable et non conflictuel (le nid) qui favorise le développement de nouvelles connaissances et de l'estime de soi (l'éclosion) ainsi que le sentiment de pouvoir réellement agir sur la santé et la maladie (l'autonomie) dans les contextes sociaux, culturels, économiques des malades (l'ancrage dans l'environnement ordinaire). La dimension durable de la maladie chronique est intégrée d'emblée, ainsi que la nécessité de penser l'action sur un temps long. Des indicateurs de résultats précis permettent d'évaluer une part de l'impact des séances éducatives et de mener des analyses sur plusieurs années (Balcou-Debussche, 2010). Chaque situation réunit un groupe d'une dizaine de personnes pendant environ deux heures, ce qui offre de fait des possibilités d'interactions et de rencontres avec des manifestations différentes de la maladie. L'enjeu principal est de permettre la rencontre entre des supports actualisés, visibles,

¹ Collection EPMC (Education et Prévention des Maladies Chroniques), M. Balcou-Debussche (dir.), Editions des archives contemporaines, Paris.

identifiables, manipulables, et des apprenants qui agissent sur eux. La complexité de ce qui est à comprendre est prise en compte et intégrée : elle n'est ni évacuée, ni simplifiée à l'excès.

La première situation « apprendre à maîtriser le risque cardiovasculaire » (RCV) permet à chaque apprenant d'estimer lui-même l'état de santé de ses artères tout en découvrant des actions simples à réaliser pour améliorer son « total santé ». La seconde situation (Graisses) s'intéresse à l'apport de graisses dans l'alimentation : chaque apprenant fait le point sur l'apport de graisses saturées et insaturées au cours d'une journée d'alimentation ordinaire. Ensuite, il identifie les aliments sur lesquels il y a lieu d'agir en augmentant ou en diminuant la fréquence d'absorption ou les quantités. La troisième situation « apprendre à gérer l'activité physique » (AP) est l'occasion de faire le point sur les pratiques d'activité physique pendant une semaine tout en découvrant les bénéfices d'activités simples (marche, jardinage...) sur la santé globale.

3. La conception préalable du dispositif

Les situations d'apprentissage ont fait l'objet d'analyses plurielles préalables qui ont permis de travailler sur : 1) l'identification des éléments de savoir (en santé) en jeu et les liens qui les unissent ; 2) la prise en compte des représentations des apprenants ; 3) la définition d'un agencement capable de produire les résultats attendus en tenant compte des connaissances issues des points 1 et 2 (Roger, 2003). Dans chaque situation, dès le départ, l'hétérogénéité des apprenants a pu être prise en compte et la maîtrise de l'écrit n'a pas été considérée comme indispensable. Les apprenants utilisent fréquemment la numération et les opérations mathématiques simples pour pouvoir procéder à des mises en relation, des expérimentations, des comparaisons, des déductions qui les mettent aussi sur la voie de la compréhension ou de la prise de conscience d'un certain nombre de phénomènes liés à leur santé et/ou leur maladie. Ils sont mis en situation de pouvoir agir sur les savoirs sans que soient nécessairement mobilisées des compétences scripturales.

Les apprenants sont des adultes à risque cardiovasculaire recrutés à partir des fichiers existant dans le réseau de santé, en relation étroite avec les structures hospitalières et les professionnels de santé libéraux.² Ils présentent des profils différents sur les plans social, familial, économique, culturel et linguistique, ce qui permet d'observer des variations des pratiques ordinaires en contexte, mais aussi au cours des situations d'apprentissage. Les données sont recueillies en trois temps distincts. La première phase est consacrée à des entretiens individuels (durée : 30 à 45 mn) au domicile de l'apprenant, quelques jours avant l'intervention éducative.³ La seconde phase permet de recueillir des observations lors des trois situations d'apprentissage (une durée de deux heures environ, pour chaque situation). La troisième phase consiste à revoir les apprenants au cours d'entretiens individuels (durée : 30 à 45 mn) qui sont réalisés 1 à 2 mois après la fin de l'intervention éducative. Les trois situations d'apprentissage sont filmées et retranscrites intégralement selon les conventions d'écriture du français parlé (Blanche-Benvéniste, 1997). Les entretiens et les discours tenus en situation font l'objet d'une analyse de contenu thématique (Bardin, 1977).

Dans cet article, nous ne présentons que les résultats obtenus au cours de la situation d'apprentissage sur le risque cardiovasculaire. L'ensemble des résultats fait l'objet d'une présentation plus complète dans un autre article à paraître (Balcou-Debussche, 2012).

² Les professionnels sont membres du réseau et signataires de la charte. Ils adressent les personnes malades chroniques au réseau après avoir informé la personne concernée et obtenu une signature qui valide l'inscription de la personne dans le réseau. La présente recherche a fait l'objet d'une validation par l'Espace Ethique de La Réunion, le 7 juillet 2010.

³ Les questions suivantes sont abordées : connaissance des risques cardiovasculaires et des liens avec les pathologies (diabète, obésité, insuffisance rénale, cancers...), croyances, attitudes de prévention, parcours de soins, connaissance des recommandations, difficultés ou obstacles rencontrés dans la prise des traitements, règles de vie et examens de suivi, pratiques sociales, parcours scolaire, langues parlées et écrites, rapports à l'éducation.

4. La situation sur le risque cardiovasculaire

Dans la situation sur le risque cardiovasculaire, la plupart des apprenants ont des pratiques langagières orales et écrites, mais elles ne sont pas toutes de même nature, ni pratiquées selon les mêmes rythmes et fréquences (sur le total des interventions des apprenants, l'une des participantes en détient plus de la moitié). La centration de la formatrice sur l'activité à réaliser ensemble permet dès le départ de mobiliser et de solliciter la parole des apprenants, non pas à partir de ce que chacun sait ou de ce que chacun est, mais à partir d'éléments communs, directement observables, qui renvoient eux-mêmes aux pratiques ordinaires (donc connues) des apprenants. La conséquence immédiate est de permettre aux apprenants de se questionner ensemble sur les enjeux de la situation qu'ils sont en train de découvrir, ce qui a pour effet de mettre les apprenants en confiance puisqu'ils ont les moyens de prendre la parole en groupe.

Dans cette situation, le total d'interventions des apprenants dépasse le nombre d'interventions du formateur, ce qui constitue un résultat intéressant pour une première rencontre mettant en jeu des acteurs de statuts différents. Les énoncés de la formatrice se partagent entre l'accès à l'information (31,9%) et la volonté de faire comprendre les enjeux de la situation aux apprenants (46,4%). La formatrice questionne les apprenants pour obtenir leurs résultats, s'assure que tout le monde a compris les consignes, stimule, accompagne et encourage à construire les repères nécessaires dans le livret. Du côté des apprenants, une large part des énoncés (61,6%) porte sur la compréhension des enjeux, avec tantôt des questions qui ouvrent sur le processus de compréhension, tantôt des énoncés qui attestent de la compréhension elle-même. Les énoncés relatifs à la prise de décision tiennent une part plus faible (13,4%), bien que la formatrice adresse des sollicitations de ce point de vue (14,5%).

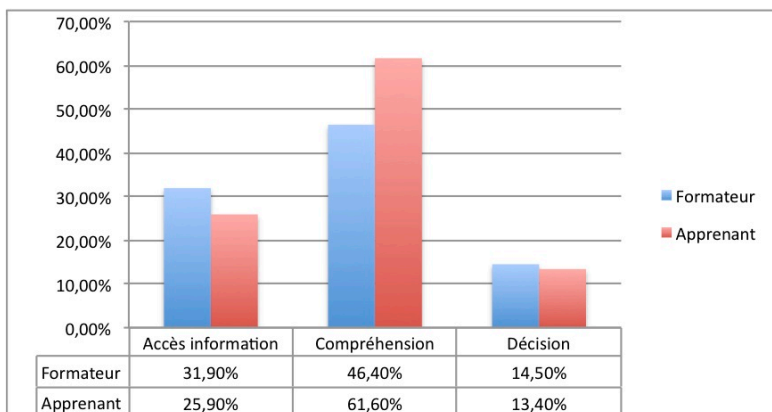


Figure 1 : Analyse des discours de 7 apprenants et du formateur

Au cours des entretiens, les apprenants mettent en avant la clarté et la pertinence de chaque dispositif, la dynamique de groupe et la réflexion qui s'engage dans un cadre général où le formateur laisse du temps aux apprenants pour s'appropriier les savoirs en jeu. Les apprenants sont assidus (un seul abandon après la 1^{ère} situation) et la production de pratiques langagières dont ils rendent compte au cours de chaque situation d'apprentissage est à mettre en relation avec un ensemble d'activités cognitives potentielles (Goody, 2007 ; Bautier, 1995). Les pratiques langagières associées aux activités cognitives (s'informer, comprendre, décider) sont mises en œuvre par les apprenants quels que soient les profils des personnes. Les pratiques orales et écrites sont mobilisées en situation et des résultats en termes d'appropriation des savoirs sont déclarés par les apprenants, notamment au cours des entretiens qui ont lieu après le cycle éducatif. Les apprenants disent avoir eu accès à l'information, à la compréhension des enjeux des situations d'apprentissage et à la prise de décisions en faveur de leur santé personnelle. Ces résultats sont à considérer comme contribuant à un développement de la *littératie en santé* puisqu'ils rendent compte de moyens de contrôle sur sa propre santé et permettent d'agir sur un éventail de déterminants plus sociaux ou environnementaux. Le travail sur la *littératie en santé* est alors à considérer comme un levier du

développement des personnes atteintes d'une maladie chronique (Nutbeam, 2008), en relation avec l'inscription de la maladie dans le temps et la nécessité de prendre en charge une large part de sa gestion en contexte.

5. Conclusion

S'il est important de réfléchir à la conception de dispositifs capables de mettre en convergence des éléments favorables au développement conjoint d'activités cognitives et de pratiques langagières pensées en tant que pratiques sociales (Bautier, 1995), la formation et l'accompagnement des formateurs restent nécessaires pour que les adultes malades chroniques puissent construire cette *littératie en santé*. L'analyse de ce qui se passe au cours de la situation sur le risque cardiovasculaire montre que l'accès aux informations, l'organisation de la compréhension des enjeux de savoirs dans les champs biomédical et psychosocial et enfin la prise de décisions par les personnes concernées sont possibles. Les discours tenus en situation par les apprenants montrent que des personnes différentes tirent profit des situations de ces trois points de vue, y compris dans un contexte traversé par des mutations sociales susceptibles d'avoir « pétri » de façons particulières les représentations des apprenants (Wolff, Watin, 2010). D'autres analyses sont en cours, notamment dans des contextes où le dispositif se déploie de façon presque similaire (Mali, Mayotte, Guyane, Burundi, Botswana...). L'analyse de ce qui se passe dans ces différents contextes devrait ainsi permettre de mieux connaître les conditions à réunir pour optimiser les résultats obtenus, tant du côté des apprenants eux-mêmes que du côté des formateurs.

Bibliographie

BALCOU-DEBUSSCHE M. (2012), « La littératie en santé : parler, comprendre, décider... », In E. Auriac-Slusarczyk (dir.), *La dimension langagière dans l'apprentissage et la formation*, Presses Universitaires de l'UBP Clermont-Ferrand, Coll. Sphère éducative.

- BALCOU-DEBUSSCHE, M. (2010), « Une approche ethnosociologique de l'éducation thérapeutique de l'éducation thérapeutique du patient dans le diabète de type 2 », In J. Foucaud, & al. (dir.), *Education thérapeutique du patient : modèles, pratiques et évaluations* 7 (pp. 75-89), Paris, INPES.
- BALCOU-DEBUSSCHE M. (2006), *L'éducation des malades chroniques. Une approche ethnosociologique*, Paris, Editions des archives contemporaines.
- BALCOU-DEBUSSCHE M., & LEDEGEN, G. (2003), « Scripteurs précaires en formation professionnelle : nature des difficultés, analyse de situations et orientations didactiques », In F. Tupin (dir.), *École et Éducation, Univers créoles* 3 (pp. 201-230), Paris, Anthropos-Économica.
- BLANCHE-BENVENISTE C. (1997), *Le français parlé - Etudes grammaticales*, Paris, CNRS.
- BARDIN L. (1977), *L'analyse de contenu*, Paris, PUF.
- BAUTIER É. (1995), *Pratiques langagières, pratiques sociales. De la sociolinguistique à la sociologie du langage*. Paris, L'Harmattan.
- GOODY J. (2007), *Pouvoirs et savoirs de l'écrit*. Paris, La Dispute.
- NUTBEAM D. (2008), The evolving concept of health literacy, *Social Science & Medicine*, N°67, pp. 2072-2078.
- ROGER M. (2003), « Les actions didactiques : principes et réalisations », In F. Tupin (dir.). *École et Éducation, Univers créoles* 3 (pp. 171-200), Paris : Anthropos-Économica.
- WOLFF E., & WATIN M. (2010), *La Réunion : une société en mutation. Univers créoles* 7, Paris, Anthropos-Économica.