

la Santé en action

PRÉVENTION/PROMOTION/ÉDUCATION

Dossier

Communiquer pour tous : les enjeux de la littératie en santé

Personnes âgées

Agir sur la fragilité

Psychologie positive

Interventions efficaces

Alcool, tabac, cannabis

Consommation dans les DOM

La Réunion, Mayotte

Prévenir le risque épidémique

LA SANTÉ EN ACTION

la revue de la prévention,
de l'éducation pour la santé
et de la promotion de la santé

Tous les trois mois, 52 pages d'analyse

- ➔ actualité et expertise
- ➔ pratiques et actions de terrain
- ➔ méthodes d'intervention et aide à l'action
- ➔ interviews et témoignages

Une revue de référence et un outil documentaire pour

- ➔ les professionnels de la santé,
du social et de l'éducation
- ➔ les relais d'information
- ➔ les décideurs

Rédigée par des professionnels

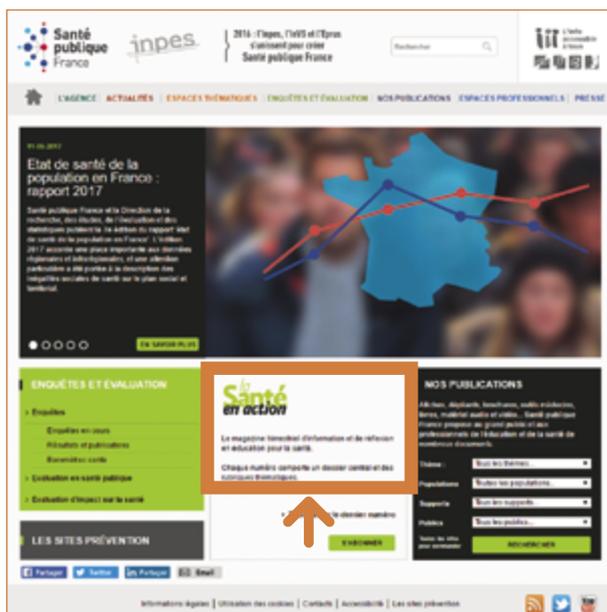
- ➔ experts et praticiens
- ➔ acteurs de terrain
- ➔ responsables d'associations et de réseaux

LA SANTÉ EN ACTION

est disponible gratuitement :

- ➔ en format papier sur abonnement pour
les lieux collectifs d'exercice et d'accueil du public
(établissements scolaires, centres de santé, hôpitaux,
communes et collectivités, bibliothèques, etc.)
- ➔ en format numérique pour tous les publics,
professionnels ou non, collectifs ou individuels

Rendez-vous sur www.santepubliquefrance.fr



la Santé en action

est éditée par :

Santé publique France
12, rue du Val d'Osne
94415 Saint-Maurice Cedex – France
Tél. : 01 41 79 67 00
Fax : 01 41 79 67 67
www.santepubliquefrance.fr

Directeur de la publication :
François Bourdillon

RÉDACTION

Rédacteur en chef :
Yves Géry
Assistante de rédaction :
Danielle Belpaume

RESPONSABLES DE RUBRIQUES

**Sandrine Broussouloux, Michel Condé,
Nathalie Houzelle**
Lectures : **Centre de documentation**
<doc@santepubliquefrance.fr>

COMITÉ DE RÉDACTION

Yaëlle Amsellem-Mainguy (Injep), **Jean-Christophe Azorin** (enseignant - formateur), **Judith Benrekassa** (Santé publique France), **Dr Michel Berthier** (mairie de Poitiers), **Dr Zinna Bessa** (direction générale de la Santé), **Mohamed Boussouar** (Ireps Rhône-Alpes), **Isabelle Dolivet** (Santé publique France), **Alain Douiller** (Codes de Vaucluse), **Christine Ferron** (Fnes), **Laurence Fond-Harmant** (Luxembourg Institute of Health – LIH), **Dr Luc Ginot** (ARS Île-de-France), **Emmanuelle Hamel** (Santé publique France), **Laetitia Haroutunian** (Santé publique France), **Zoë Heritage** (Réseau français des villes-santé de l'OMS), **Laurence Kotobi** (université Bordeaux-Segalen), **Zekya Ulmer** (FNMF), **Éric Le Grand** (sociologue), **Nathalie Lydié** (Santé publique France), **Dr Annie-Claude Marchand** (ARS Champagne-Ardenne), **Claire Méheust** (Santé publique France), **Mabrouk Nekaa** (DSDEN Loire), **Jeanine Pommier** (EHESP), **Dr Stéphane Tessier** (Regards), **Hélène Therre** (Santé publique France).

FABRICATION

Conception graphique : **offparis.fr**
Réalisation graphique : **Jouve**
Illustrations : **Pierre Anguera**
Impression : **Groupe Morault**

ADMINISTRATION

Gestion des abonnements :
Marie-Josée Bouzidi (01 71 80 16 57)
sante-action-abo@santepubliquefrance.fr
N° ISSN : 2270-3624
Dépôt légal : 2^e trimestre 2017
Tirage : 12.000 exemplaires

Les titres, intertitres et chapeaux sont
de la responsabilité de la rédaction

Personnes âgées

4 _ « Agir sur tous les déterminants de la fragilité des personnes âgées »

Entretien avec Bruno Vellas

Psychologie positive

6 _ Psychologie positive : revue de littérature sur les interventions efficaces

Audrey Sitbon

Dossier

COMMUNIQUER POUR TOUS : LES ENJEUX DE LA LITTÉRATIE EN SANTÉ

Coordination :
Cécile Allaire, Julie Ruel

Introduction

8 _ Cécile Allaire, Julie Ruel

Pour mieux définir la littératie !

10 _ Julie Ruel, André C. Moreau

La littératie en santé : un concept critique pour la santé publique

11 _ Stephan Van den Broucke

Un référentiel pour une information accessible à tous

14 _ Julie Ruel, Cécile Allaire, André C. Moreau

La littératie s'invite à l'école

17 _ Guy Cherqui

Médiation en santé : des outils co-constitués avec les habitants des bidonvilles

20 _ Lucille Gacon, Fanny Bordeianu

Handicap : un support adapté pour l'échange patient-professionnel pendant la consultation

22 _ Pauline d'Orgeval

Des pictogrammes pour que le patient puisse communiquer avec le soignant

24 _ Nadège Renaux, Floriane Crine

Une ordonnance visuelle pour éviter les accidents de prise de médicaments

25 _ Lydia Lescot

Littératie et santé publique : l'exemple de la CMU-C

27 _ Philippe Warin



© Illustration: Pierre Anguera

En Belgique, un kit pédagogique pour aider les populations à accéder à l'aide sociale

29 _ Alexia Brumagne, Maïté Cuvelier, Marjolaine Lonfils

En Belgique, des images pour accompagner les parents au quotidien

31 _ Delphine Jouret, Marie-Christine de Terwangne

Une ville québécoise élabore des affiches de prévention avec des personnes présentant une déficience intellectuelle

33 _ Katie Hamilton, Stéphane Viau, Julie Ruel

Pour en savoir plus

35 _ Laetitia Haroutunian

Alcool, tabac, cannabis

39 _ Alcool, tabac et cannabis : niveaux de consommation dans les DOM en 2014

Raphaël Andler, Chloé Cogordan, Jean-Baptiste Richard, François Beck, Viêt Nguyen-Thanh

La Réunion, Mayotte

42 _ Prévenir le risque épidémique à la Réunion et à Mayotte

François Chieze, Olivier Reilhès, Sophie Larrieu, Laurent Filleul, Hélène Thébault

Réduction des risques

45 _ Espaces Femmes à Paris 18^e : « Se poser, à l'abri de la violence de la rue »

Entretien avec Bénédicte Bertin

Cinésanté

47 _ Moonlight : orientation sexuelle et première fois chez les jeunes adultes

Michel Condé

Lectures

50 _ Laetitia Haroutunian, Manon Jeuland, Sandra Kerzanet

Index 2016

Encart central

« Agir sur tous les déterminants de la fragilité des personnes âgées »

Entretien avec le professeur Bruno Vellas, chef de service du département de médecine interne et de gériatrie du centre hospitalier universitaire (CHU) de Toulouse, membre de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale – Inserm (U1027), gériatre responsable du gérontopôle du CHU de Toulouse.

La Santé en action : **Comment définissez-vous la fragilité des personnes âgées ?**

Bruno Vellas : Le plus simple pour définir la fragilité est d'utiliser les critères de la gériatre américaine Linda Fried, doyenne de l'université de santé publique de Columbia à New York. Ces critères validés internationalement sont intéressants, parce qu'ils

sont opérationnels pour la clinique et donnent des possibilités d'intervention. Nous sommes dans un système où le soutien financier est centré sur les personnes dépendantes. Il faut inverser la tendance en portant nos efforts sur un stade plus précoce, celui de la fragilité des personnes âgées, pour justement prévenir la dépendance. Les critères de Fried sont au nombre de cinq :

- la perte de poids involontaire ;

- la grande sédentarité ;
- la diminution de la force musculaire ;
- la fatigue ;
- la baisse de la vitesse de marche.

Quand un sujet présente trois de ces critères, il est considéré être fragile.

S. A. : Comment repérer cette fragilité dans la vie quotidienne et au sein du tissu social, en amont du cadre de l'hôpital ?

B. V. : Nous avons mis en place une échelle qui s'appelle le Gérontopôle *Frailty Clinic Tool*, recommandée par la Haute Autorité de santé (HAS), pour repérer les personnes à risque de fragilité. Elle permet à tout professionnel de santé ou tout travailleur social, que nous sensibilisons à cet outil, de se forger en quelques minutes une impression clinique : on regarde si un patient vit seul, s'il a une grande sédentarité, s'il présente une perte de poids, s'il se plaint d'une mémoire défaillante, s'il a une vitesse de marche lente inférieure à un mètre par seconde. Si un de ces critères est évident, le professionnel doit se poser la question : « *Est-ce que le sujet est fragile ?* » Si la réponse est positive, il est important de réaliser une évaluation plus approfondie, car ce diagnostic – réalisé par un professionnel qui a identifié en amont des critères de fragilité – est très significatif.

S. A. : Comment retarder le moment où les personnes âgées entrent dans cette sphère de la fragilité ?

B. V. : L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a effectivement recommandé dans un rapport très récent de repérer la perte de fonctions chez les personnes âgées. Cette perte de fonctions est d'ailleurs davantage corrélée à une mortalité et à une morbidité que les pathologies. Une personne atteinte d'un Alzheimer moyennement évolué, mais

GÉRONTOPÔLES : DES CHERCHEURS POUR PRÉVENIR LA DÉPENDANCE DES PERSONNES ÂGÉES

Le gérontopôle est un pôle de référence gériatrique réunissant généralement des chercheurs, des professionnels, des institutionnels et des acteurs locaux. 6 gérontopôles fonctionnent à ce jour en France : à Amiens, Saint-Étienne, Toulouse, en Île-de-France, Pays-de-la-Loire (Nantes), Bourgogne-Franche-Comté (Dijon). Ils ont été présentés conjointement lors du 5^e Congrès francophone Fragilité du sujet âgé et prévention de la perte d'autonomie, qui s'est tenu à Paris les 16-17 mars 2017 à l'initiative de la Société française de gériatrie et de gérontologie [1].

Les travaux du gérontopôle de Toulouse – premier labellisé, en 2007 – portent sur 3 thèmes :

- la recherche clinique et les essais sur les molécules innovantes ;
- le développement d'une politique de prévention de la dépendance autour de l'Institut des sciences du vieillissement et de prévention de la dépendance et sur la base de recherches épidémiologiques et de grands essais de prévention ;
- le développement de la recherche relative à la prise en charge au sein de filières gériatriques en relation avec les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [2].

Ses activités de recherche font partie intégrante de celles de l'équipe vieillissement de l'unité mixte de recherche (UMR) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale – Inserm (U1027) : Épidémiologie et analyse en santé publique : risque, maladies chroniques et handicap.

[1] <http://www.fragilite.org/>

[2] Source : <http://www.pourbienvieillir.fr/organismes-recherche>

L'ESSENTIEL

❏ **Le gérontopôle de Toulouse est spécialisé pour repérer la fragilité, en identifier les causes afin de réfléchir collectivement au dispositif le plus pertinent.**

❏ **Au cœur de ce dispositif, des infirmières spécialement formées vont sur le terrain étudier avec les autres professionnels l'intervention la plus adaptée à mettre en œuvre autour de la personne âgée.**

❏ **Pour Bruno Vellas, il convient de développer la prévention, car le système actuel est trop centré sur la prise en charge de la dépendance, une fois celle-ci installée.**

qui garde toutes ses autres fonctions, a moins de risque qu'une autre atteinte d'un Alzheimer plus léger, mais qui ne marche plus ou se nourrit mal. Une personne âgée peut guérir d'un cancer, mais si elle ne garde pas ses fonctions, elle devient dépendante. Il est donc très important de faire ce travail de repérage sur les critères dont nous avons parlé précédemment. Une fois les points de fragilité repérés, il faut identifier les causes de la perte de fonctions afin de choisir les interventions à mettre en place. La fragilité peut être d'origine médicale : anémie, problème de vue, dépression. Dans ce cas, un traitement médicamenteux peut être donné. Cependant, selon les causes, d'autres actions sont possibles, comme la participation à des ateliers mémoire, à des ateliers d'éducation physique avec des exercices qui ont pour but de redonner vigueur et robustesse, à des ateliers nutrition, etc.

S. A. : Au-delà des déterminants individuels, quel est l'impact des déterminants socio-environnementaux ?

B. V. : La fragilité peut effectivement aussi être d'origine sociale et/ou environnementale. Une personne de 85 ans isolée présente plus de risque d'être fragile qu'une personne bien

entourée. La pauvreté est aussi un élément déterminant – facteur de fragilité –, notamment si la personne rencontre des difficultés à recevoir des aides pour bien se nourrir par exemple. Le vieillissement est également difficile en centre-ville : les personnes âgées sont tentées de moins sortir, parce qu'elles ont peur de traverser les rues, et elles se sédentarisent davantage. Qu'ils soient médicaux, sociaux ou environnementaux, il est important d'agir sur tous les déterminants de la fragilité.

S. A. : Quels professionnels doivent être associés afin de prévenir l'installation de la fragilité ?

B. V. : Tous les professionnels doivent intervenir, aussi bien les médecins généralistes que spécialistes et aussi les assistantes sociales et les infirmières qui tiennent un rôle de premier plan. Ici, à Toulouse, les infirmières sont impliquées à deux niveaux : le protocole de coopération, reconnu par la Haute Autorité de santé (HAS), donne une délégation à des infirmières formées au repérage des personnes âgées pour rechercher ces causes de fragilité ; cette mission peut aussi être assurée par les infirmières dites « de pratique avancée » du gérontopôle de Toulouse. Elles sont

envoyées par une équipe spécialisée sur différents sites – cabinets de médecine, caisses régionales d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat), services sociaux du conseil départemental de la Haute-Garonne – pour accompagner les professionnels et discuter des meilleures interventions à mettre en œuvre.

S. A. : Quels sont les autres champs d'intervention du gérontopôle vis-à-vis de la prévention de la fragilité ?

B. V. : Les actions que nous réalisons avec les infirmières sont des éléments qui se développent parmi de multiples autres initiatives. Nous avons par exemple élaboré, puis expérimenté un auto-questionnaire de fragilité, lequel a été envoyé par une municipalité aux personnes de plus de 75 ans. Nous avons eu un taux de réponse de 45 %, ce qui est assez positif. Nous allons généraliser cet outil de repérage précoce sur le Grand Toulouse. Il y a d'ailleurs un travail de recensement de toutes les possibilités d'intervention sur le terrain à effectuer. Soutenue par le conseil départemental de la Haute-Garonne, une plateforme e-santé rassemblant toutes les initiatives et tous les ateliers proposés par les mairies, les Carsat, les mutuelles va être mise en service, afin de rendre plus accessibles ces informations essentielles.

S. A. : Quel est le point commun entre les différents gérontopôles existant en France ?

B. V. : Ces gérontopôles sont des initiatives régionales très diverses mais complémentaires. Certains sont davantage axés sur la recherche médicale, comme à Toulouse, d'autres abordent des thématiques plus sociales liées au vieillissement. Tous ont un fil conducteur commun : l'accompagnement des personnes âgées fragiles et la volonté de changer le système, trop centré sur la prise en charge de la dépendance au lieu de sa prévention. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

Pour en savoir plus

● Accès aux études et livrets blancs parus sur la fragilité : <http://www.pourbienvieillir.fr/la-fragilite>

UNE APPROCHE GLOBALE EUROPÉENNE DE LA FRAGILITÉ

L'action conjointe européenne ADVANTAGE (2017-2019) a pour objectif de promouvoir le concept de fragilité auprès des professionnels sanitaires et sociaux des États-membres et ainsi de prévenir le risque de la dépendance. Face à l'augmentation de la population âgée et même très âgée, relever le défi d'un vieillissement en bonne santé (réduction du poids des incapacités et des maladies chroniques) est une priorité dans l'agenda européen. Une compréhension concertée de la notion de la fragilité est recherchée pour servir de base à une approche commune de prise en charge de la population âgée fragile ou à risque de devenir fragile, au sein de l'Union européenne.

Les groupes de travail thématiques lancés en janvier 2017 couvrent les champs de l'épidémiologie, de la prévention et de la promotion de la santé, de la prise en charge,

de la formation et de la recherche. 22 États-membres et 40 organisations participent à cette action coordonnée par l'Espagne. Santé publique France est leader des tâches relatives au dépistage, à la surveillance et à la prévention de la fragilité. La Direction générale de la santé, en articulation avec les autres directions du ministère des Affaires sociales et de la Santé, contribuera plus particulièrement aux travaux relatifs à l'organisation des soins, incluant le champ des soins médico-sociaux et des actions de prévention. À l'horizon 2020, des recommandations seront formulées pour la mise en place d'un modèle européen commun d'approche de la fragilité.

Pour en savoir plus

● <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/new-joint-action-frailty-launched>

Psychologie positive : revue de littérature sur les interventions efficaces

Audrey Sitbon, chargée d'études et de recherche, unité santé mentale, direction de la Prévention et de la Promotion de la santé, Santé publique France.

La psychologie positive s'intéresse à l'amélioration du bien-être à partir des émotions, comportements et cognitions ou modes de pensée positifs. Elle complète les approches axées sur la réduction des psychopathologies et du mal-être psychique, qui ont dominé le domaine de la santé mentale jusqu'ici. Cette orientation de la psychologie s'est développée sous l'impulsion de l'*American Psychological Association* à partir

de 1998. Des pistes de recherche disparates ont été rassemblées dans ce contexte, et le nombre de travaux menés s'est considérablement accru au cours des années 2000 [1]. Cet article présente les grandes lignes d'une synthèse d'études récentes visant à mesurer l'efficacité des interventions relevant de la psychologie positive¹.

S'exercer à la pleine conscience

Le bien-être, que la psychologie positive cherche à améliorer, est une notion polysémique. Des chercheurs ont tenté de

décomposer la notion pour la rendre plus opérationnelle. C'est le cas de Seligman *et al.* [2], qui ont distingué cinq orientations permettant d'améliorer le bien-être ou « *l'épanouissement* ». Il s'agit :

- des émotions positives ;
- de l'engagement dans le présent (*flow*) ;
- du sens de la vie ;
- de l'idée de réalisation (dans le sens de finaliser quelque chose, réussir) ;
- des relations positives.

Des exercices proposés aux individus peuvent se rattacher à une ou plusieurs de ces dimensions. Ainsi, afin d'augmenter les émotions positives, un exercice proposé consiste à relever de façon régulière les éléments pour lesquels on peut éprouver de la reconnaissance ou de la gratitude. La seconde orientation est celle consistant à occuper ou diriger totalement son attention sur l'activité entreprise (par exemple lire un livre, jouer au golf ou écouter de la musique). La troisième dimension, celle du sens de la vie, se réfère au fait d'appartenir à une cause plus grande que soi-même et de la servir. On la travaille par exemple en envisageant des scénarios de vie plus favorables, ainsi que des moyens pour les réaliser. La qualité de la relation aux autres constitue une autre orientation, confortée par les données empiriques qui montrent qu'effectuer un acte altruiste améliore le bien-être.

De manière générale, pour tenter d'atteindre ces objectifs, une ressource constitue en l'utilisation de ses capacités personnelles ou de ses forces de caractère les plus prégnantes – comme la créativité ou l'intelligence sociale –, en particulier de façon innovante.

Enfin, une autre orientation est celle relative à la gestion des émotions. Cela passe par exemple par l'expérimentation

de la pleine conscience ou *mindfulness*, qui se réfère à l'idée d'être conscient de ses pensées, émotions, sensations corporelles ou de son environnement, et cela sans jugement.

Méthodologie de la revue

Dans cette revue de littérature ont été retenues les études expérimentales ou d'implantation visant à évaluer l'efficacité des exercices de psychologie positive. Les articles correspondants ont été publiés de 2005 à 2016 dans des revues disposant de comités de lecture, et les études comprenaient au moins une mesure du bien-être ou de la dépression. Les interventions entrant dans le cadre de psychothérapies ont été exclues de cette revue, ainsi que les interventions à destination des enfants et des adolescents en milieu scolaire – jusqu'au lycée – qui ont déjà fait l'objet d'une revue récente de la littérature [3]. Au final, 42 études ont été retenues ainsi que 4 revues de littérature.

Des effets positifs observés

Ces études sont majoritairement (23 sur 42) réalisées par des équipes américaines sur la base d'essais contrôlés randomisés (30 sur 42). Le plus souvent, les interventions sont auto-administrées sur Internet. Le nombre et les types d'exercices de psychologie positive proposés, la durée des interventions, les questionnaires d'évaluation mobilisés, etc. sont très variables. Le plus souvent, les populations interrogées sont plutôt déprimées, féminines et avec un niveau de diplôme supérieur à la moyenne. Un quart des échantillons est composé d'étudiants. Enfin, le taux d'abandon des participants est souvent important.

L'ESSENTIEL

► **Le fondement de la psychologie positive est d'améliorer son bien-être et de s'épanouir en développant des émotions positives, en s'engageant dans le présent, en donnant du sens à sa vie, en réussissant quelque chose et en développant des relations positives avec les autres.**

► **Une revue de littérature de Santé publique France indique que les interventions en psychologie positive sont susceptibles d'améliorer le bien-être et de contribuer à réduire les symptômes dépressifs ; elle parvient aux mêmes conclusions que les synthèses antérieures.**

► **Si l'amplitude de l'amélioration est souvent modeste, l'impact favorable peut être significatif à l'échelle d'une population.**

Dans la grande majorité des cas, des effets positifs sont observés sur l'augmentation du bien-être ou sur la réduction des symptômes anxio-dépressifs, suite à la réalisation des exercices. Ainsi, parmi les 38 études mesurant le bien-être, 27 mentionnent un effet positif, 8 font état d'absence d'effets positifs (pas forcément sur l'ensemble des indicateurs). Dans 3 études, et seulement pour une partie de la population étudiée, une diminution du bien-être est mentionnée. Dans 22 études, les exercices ont eu des effets bénéfiques sur les symptômes anxio-dépressifs, dans 5 études ils n'ont pas eu d'effet, dont 1 étude indiquant une influence négative sur les personnes concernées par une dépendance affective.

L'impact favorable de ces interventions est généralement faible ou moyen, toutefois il est réel si on le considère à l'échelle de l'ensemble d'une population; ces résultats concordent avec les revues de littérature existantes.

Les conditions d'efficacité des interventions

Si les données issues des recherches ont montré que le bien-être peut être renforcé par la pratique d'exercices en psychologie positive, plusieurs paramètres peuvent en influencer l'efficacité [4] :

- *les caractéristiques de l'activité (la fréquence et la durée, la variété des exercices).* Pratiquer les activités régulièrement et sur la durée peut en améliorer les effets; il est à noter que la fréquence optimale d'un exercice pourrait varier en fonction du type d'activité. En outre, l'augmentation de la fréquence ne s'accompagne pas toujours d'un plus grand impact. Les exercices peuvent par ailleurs être plus ou moins attrayants en fonction du temps nécessaire pour les réaliser ou de leur complexité. Ensuite, varier les activités permet d'éviter un effet d'habituation² ou de lassitude qui en réduiraient l'efficacité, mais à l'inverse, une trop grande diversité peut nuire à l'efficacité. Un soutien social durant l'exercice peut aussi influencer ses effets dans un sens positif ou négatif. Par ailleurs, le soutien social perçu dans la vie en général peut aussi avoir un rôle à jouer;

- *les caractéristiques de la personne – sociodémographiques, sa personnalité, son niveau de bien-être, etc.*

La question se pose de savoir si les activités en psychologie positive sont plus bénéfiques ou non pour les personnes déprimées. Dans notre revue, les effets sont positifs dans 9 études sur 12, à la fois sur la dépression et le bien-être (3 études présentent des résultats plus contrastés). Par ailleurs, les interventions paraissent plus efficaces lorsque les participants font état de motivations et d'attentes importantes et qu'ils fournissent un effort soutenu. Enfin, les bénéfices des exercices peuvent varier selon l'âge des participants. D'après la méta-analyse de Sin et Lyubomirsky [5], les plus âgés profitent davantage des activités positives que les plus jeunes, pour lesquels la pratique des exercices peut néanmoins être bénéfique ;

- *la bonne adéquation entre l'intervention et les préférences d'un individu et/ou ses caractéristiques.* D'après les études recensées, les exercices de psychologie positive pourraient moins bien fonctionner si l'intervention n'est pas adaptée à certaines caractéristiques des personnes et à leurs préférences pour certaines activités. La fréquence optimale pour la pratique des activités peut varier selon que la personne est volontaire ou non pour y participer et si elle choisit ces dernières ou se les voit imposées. Il existe par ailleurs des préférences pour des types d'exercices, mais qui peuvent au final ne pas s'avérer les plus efficaces. Ainsi un équilibre est à trouver entre le fait de se livrer à des activités que l'on apprécie (qui favoriseront l'adhésion et l'engagement) et un choix d'activités efficaces [6]. Les croyances en l'efficacité des interventions peuvent également jouer un rôle sur cette dernière.

Techniques de psychologie positive : des outils prometteurs

Cette revue de littérature ainsi que les synthèses précédentes ont montré que les interventions en psychologie positive sont susceptibles d'améliorer le bien-être et de contribuer à réduire les symptômes dépressifs, qu'ils soient légers ou plus sévères, mais avec une amplitude souvent modeste. Cependant, des interventions présentant des tailles d'effets limités peuvent avoir un impact significatif à l'échelle d'une population [7]. Les techniques et les exercices de psychologie positive semblent des

outils prometteurs au regard des effets positifs que décrit la littérature et également de leur accessibilité (facilité et simplicité de mise en œuvre). Dans le cadre d'une offre de services publics, il faudra cependant réfléchir aux modalités et aux conditions possibles de diffusions de ces techniques, qui relèvent d'abord d'une démarche individuelle, à l'échelle d'un territoire ou d'une population. ■

1. Cette synthèse sera prochainement mise en ligne sur le site Internet de Santé publique France.
2. Diminution des réponses d'un individu à un stimulus lorsque celui-ci lui est présenté de façon permanente (NDLR).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Shankland R., Benny M., Bressoud N. Promotion de la santé mentale : les apports de la recherche en psychologie positive, *La Santé en action*, mars 2017, n° 439 : p. 17-19. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/articles/439/promotion-sante-mentale-psychologie-positive.pdf>
- [2] Seligman M.E.P., Steen T.A., Park N., Peterson C. Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *The American Psychologist*, 2005, vol. 60, n° 5 : p. 410-421.
- [3] Shankland R., Rosset E. Review of brief school-based positive psychological interventions: a taster for teachers and educators. *Educational Psychology Review*, 2016 : p. 1-30.
- [4] Lyubomirsky S., Layous K. How do simple positive activities increase well-being? *Current Directions in Psychological Science*, 2013, vol. 22, n° 1 : p. 57-62. En ligne : <http://sonjalyubomirsky.com/files/2012/09/Lyubomirsky-Layous-20132.pdf>
- [5] Sin N.L., Lyubomirsky S. Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of clinical psychology*, 2009, vol. 65, n° 5 : p. 467-487.
- [6] Parks A.C., Schueller S.M., Tasimi A. In Boniwell I., David S (éd.) *Oxford Handbook of Happiness*. Oxford: Oxford University Press, coll. Oxford Library of Psychology, 2012 : 1 104 p.
- [7] Huppert F.A. A new approach to reducing disorder and improving well-being. *Perspective on Psychological Science*, 2009, vol. 4, n° 1 : p. 108-111.

Communiquer pour tous : les enjeux de la littératie en santé



Dossier

Dossier coordonné par Cécile Allaire,

chargée de l'accessibilité pour les publics en situation de handicap, direction de la Prévention et de la Promotion de la santé, Santé publique France,

Julie Ruel,

Professeure associée, chercheuse et cotitulaire de la Chaire interdisciplinaire de recherche en littératie et inclusion, centre intégré de santé et des services sociaux (CISSS) de l'Outaouais, université du Québec en Outaouais, Gatineau.

Nous recevons au quotidien un flot d'informations. Celles qui portent sur la santé nous permettent de suivre un traitement, de comprendre un régime, de prendre un rendez-vous ou d'adopter des habitudes de vie favorables à la santé.

S'informer requiert la mobilisation de nombreuses compétences : lire, écrire et compter

bien sûr, mais aussi comparer, hiérarchiser, mémoriser, solliciter son interlocuteur par téléphone ou par mail, sélectionner la source la plus fiable à partir de multiples documents et sites Web, contextualiser par rapport à sa situation, etc.

Une partie importante de la population rencontre des difficultés pour mobiliser ces compétences et n'accède

pas à l'information ni aux échanges permettant d'être autonome, notamment en matière de santé. Dans certains cas, les publics ne reçoivent pas l'information, parce qu'elle n'est pas adaptée à leurs besoins spécifiques. Dans d'autres cas, ils reçoivent des messages insuffisamment compréhensibles ou rencontrent des difficultés pour se les approprier.

Ce rapport à l'information écrite, imagée ou orale peut être mieux compris grâce au concept de littératie, concept largement déployé dans les pays anglo-saxons, mais encore émergent en France.

Littératie et santé

Définie en 2013 par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) comme « la capacité de comprendre, d'évaluer, d'utiliser et de s'approprier des textes écrits pour participer à la société, réaliser ses objectifs et développer ses connaissances et son potentiel », la littératie se déploie dans les milieux juridiques, de l'information, de l'éducation ou celui de la santé.

Les compétences en littératie sont dorénavant identifiées comme étant un déterminant de la santé. Ainsi, par

« LES COMPÉTENCES EN LITTÉRATIE SONT DORÉNAVANT IDENTIFIÉES COMME ÉTANT UN DÉTERMINANT DE LA SANTÉ. »



« littératie en santé », l'on entend le résultat de l'interaction entre les *capacités d'une personne* à reconnaître son besoin d'information en matière de santé, à trouver cette information, à la comprendre et à l'utiliser pour prendre des décisions éclairées sur sa santé, et les *exigences du système de santé*. Sont mis en jeu la scolarité, la culture et la langue tout comme la disponibilité des informations et des services, les aptitudes des professionnels à communiquer, la nature des documents et des messages transmis et les mesures de soutien.

Mesure de la littératie

Certains travaux visent à évaluer et à mesurer les compétences des individus en littératie. Un programme de l'OCDE a permis de mener ces travaux dans 24 pays¹. Les résultats de l'enquête, réalisée en 2012, montrent que près de la moitié (49 %) de la population adulte de 16 ans à 65 ans des pays ayant participé à l'enquête n'a pas les compétences suffisantes pour développer ses connaissances et son potentiel et participer à notre société moderne qui est une société du savoir.

Nous savons aussi que certains groupes de la population sont particulièrement vulnérables. C'est le cas des personnes qui se situent dans le groupe des 65 ans et plus. Il en va de même pour les personnes en situation de handicap comme celles vivant avec des incapacités cognitives, les personnes ayant un faible niveau de scolarisation ou encore celles issues de l'immigration, ne maîtrisant pas la langue du pays d'adoption ou encore sa culture.

Souvent, les personnes à faibles compétences en littératie peuvent lire et écrire de façon fonctionnelle, mais elles sont en difficulté lorsqu'il faut jumeler plusieurs informations, traiter des informations complexes, faire de nouveaux apprentissages, compléter des formulaires ou encore saisir le sens des messages.

60 % des Français adultes ont un faible niveau de littératie

Les résultats pour la France sont préoccupants. En effet, 60 % des personnes interrogées se situent aux niveaux les plus faibles (de 0 à 2 sur une échelle allant jusqu'à 5). Il en est de même pour le Québec, où 53 % des enquêtés présentent des niveaux de littératie parmi les plus faibles. Ces personnes sont capables de décoder des mots et des phrases (niveau 1) ou encore, elles sont en mesure de lire et de comprendre un texte simple sans aucune inférence, c'est-à-dire qui ne nécessite pas un travail de déduction (niveau 2).

Par ailleurs, le traitement de l'information en matière de santé requiert aussi des compétences en « numératie² », capacité de comprendre et traiter des données mathématiques. Il s'avère que les résultats en numératie sont aussi préoccupants. En moyenne, ce sont 52 % des adultes de 16 ans à 65 ans ayant participé à cette même enquête qui n'ont pas les compétences requises en numératie pour comprendre, traiter et utiliser les notions mathématiques dans leur vie de tous les jours. Or, l'information en matière de santé abonde de notions mathématiques, que ce soit pour comprendre une prescription médicale, la composition d'un produit alimentaire, pour interpréter différents indicateurs tels que les taux de sucre, de cholestérol ou encore le niveau de tension artérielle.

Les faibles compétences en littératie et en numératie peuvent être en jeu dans le suivi, le succès ou l'échec d'un traitement et une réelle préoccupation dans le cas des maladies chroniques.

Capacité à transmettre l'information

Ce dossier a été pensé pour sensibiliser et outiller les acteurs de la santé qui sont interpellés par ce problème. Une partie des articles permet d'approfondir le concept de littératie, dans le secteur de la santé ou de l'éducation. Nous présentons la démarche en cours de création d'un référentiel, guide pratique de recommandations pour aider les professionnels à concevoir du matériel d'information plus accessible pour tous. Enfin, de nombreux articles illustrent la façon dont des milieux, des organisations et leurs professionnels s'y sont pris pour mieux toucher le public en général ou un public en particulier, par un mode de communication et d'échange qui soit écrit, imagé, oral ou numérique.

Ces exemples mettent en lumière le fait que l'accès à l'information est une responsabilité partagée. En effet, comprendre et communiquer ne relèvent pas uniquement des compétences de chacun, mais aussi de la capacité du service public, d'un milieu et d'une communauté à transmettre l'information pour favoriser la participation de ses citoyens. ■

1. Enquête PIAAC – PEICA : *Program for the International assessment of adult competencies* ; programme pour l'évaluation internationale des compétences des adultes (OCDE, 2013).

2. La numératie est définie par la « *capacité de comprendre, d'utiliser, d'interpréter et de communiquer l'information et les idées mathématiques afin de s'approprier et de gérer les exigences mathématiques dans un éventail de situations de la vie adulte* » (OCDE, 2013).

Pour mieux définir la littératie !

Julie Ruel, Ph. D.,
André C. Moreau, Ph. D.,
cotitulaires de la Chaire interdisciplinaire
de recherche en littératie et inclusion,
centre intégré de santé et de services
sociaux (CISSS) de l'Outaouais,
université du Québec en Outaouais.

Il est à souligner en préambule que cet article ne traite pas spécifiquement de la littératie en santé (présentée dans l'article de Stephan Van den Broucke, inclus dans ce dossier central, p. 11 à 13). Ceci étant posé, qu'est-ce que la littératie ? Existe-t-il une définition qui permette de développer un langage commun autour de ce concept ? Une recension des écrits francophones [1] a été réalisée afin de mieux délimiter ce terme. Les auteurs ont retenu 38 définitions de la littératie. Et d'autres se sont ajoutées depuis cette date. Cette recension a permis d'identifier un écart important entre les pays anglophones, où ce terme est fréquemment utilisé, et les pays francophones, où il l'est beaucoup moins. En France notamment, on remarque la persistance d'un chevauchement dans l'utilisation de plusieurs termes tels que l'alphabétisme, l'illettrisme et la littératie [2].

D'une part, le terme « littératie » se distingue des termes « alphabétisme » ou « alphabétisation » qui, eux, réfèrent aux habiletés à utiliser le code écrit, tel que les lettres de l'alphabet. D'autre part, il se distingue aussi du terme « illettrisme » qui désigne la faible capacité à utiliser la langue écrite (lire et écrire) malgré une scolarisation. (Voir à ce propos la définition en France de l'illettrisme¹.) Le terme « littératie » lui-même a évolué au cours des dernières décennies. Il a d'abord désigné les compétences à lire et à écrire, puis les capacités à comprendre et à communiquer y ont été intégrées. La contribution de deux chercheurs de l'université de Montréal, Hébert et Lépine [1], porte notamment sur l'analyse approfondie des définitions qui a permis de reconnaître les dimensions linguistique, cognitive et sociale du concept. L'analyse approfondie a aussi permis de faire émerger 10 valeurs ajoutées à la définition la plus souvent utilisée, soit le « savoir lire-écrire », certaines valeurs pouvant être

cumulées dans une même définition. Ces valeurs ajoutées incluent par exemple l'influence environnementale et la visée émancipatrice, progressiste de la littératie.

Une définition en constante évolution

La littératie se décline dorénavant dans plusieurs contextes. En effet, le concept « littératie » est souvent associé à un contexte spécifique ; à titre d'exemples, on traite de la littératie familiale, médiatique, numérique, financière ou, bien entendu, de la littératie en santé, thème de ce dossier central. Ce sont les usages sociaux de la littératie.

La définition du concept « littératie » s'enrichit de connaissances nouvelles. En 2016, le Réseau québécois de recherche et de transfert en littératie (CTREQ) a proposé une nouvelle définition, à savoir « la capacité d'une personne, d'un milieu et d'une communauté à comprendre et à communiquer de l'information par le langage sur différents supports pour participer activement à la société dans différents contextes » [3]. » Ainsi, la littératie ne se limite pas aux capacités d'une personne, mais elle intègre aussi celles d'un milieu ou d'une communauté à mobiliser des ressources qui permettent de réaliser des activités, d'atteindre des buts et de développer son plein potentiel ou celui de sa communauté. Pour la personne, ces ressources lui permettent d'agir, de faire des choix, d'assumer des fonctions sociales et d'exercer sa citoyenneté. La capacité d'un milieu – physique et humain – ou d'une communauté –activités humaines – réfère au pouvoir de ces environnements d'agir sur la littératie. Dans cette visée, comprendre et communiquer de l'information supposent la mobilisation de ressources cognitives, linguistiques, graphiques, affectives, expérientielles, culturelles et techniques pour décoder, lire, écouter, se représenter, réfléchir, interpréter, sélectionner, analyser, évaluer, s'exprimer, interagir, créer, produire, diffuser, critiquer et résoudre des problématiques au quotidien.

Cette définition de la littératie suggère que l'accès à l'information est une responsabilité partagée entre les individus et les milieux et communautés dans lesquels ils évoluent. ■

L'ESSENTIEL

► **La littératie est un concept qui évolue, désormais défini comme « la capacité d'une personne, d'un milieu et d'une communauté à comprendre et à communiquer de l'information par le langage sur différents supports pour participer activement à la société dans différents contextes ».**

► **La littératie ne se limite donc pas aux capacités d'une personne à accéder à la lecture, à l'écriture et donc à la connaissance. Elle doit intégrer la capacité de l'environnement à mobiliser les ressources pour que cette personne puisse comprendre et communiquer, au profit en particulier de sa santé.**

1. « On parle d'illettrisme pour des personnes qui, après avoir été scolarisées en France, n'ont pas acquis une maîtrise suffisante de la lecture, de l'écriture, du calcul, des compétences de base, pour être autonomes dans les situations simples de la vie courante. » Source : Agence nationale de lutte contre l'illettrisme. En ligne : <http://www.anlci.gouv.fr/Illettrisme/De-quoi-parle-t-on/Les-definitions>

Références bibliographiques

[1] Hébert M., Lépine M. Analyse et synthèse des principales définitions de la notion de littératie en francophonie, *Lettre*, 2012, n° 2 : p. 90-98. En ligne : http://www.ablf.be/images/stories/ablfdocs/_Lettre2_88.pdf

[2] Moreau A. C., Hébert M., Lépine M., Ruel J. Le concept de littératie en francophonie : que disent les définitions ?, *Revue Consortium national de recherche sur l'intégration sociale (CNRIS)*, 2013, vol. 4, n° 2 : p. 14-18. En ligne : https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/gscw031?owa_no_site=3179&owa_no_fiche=156&owa_apercu=N&owa_imprimable=N&owa_bottin=

[3] Lacelle N., Lafontaine L., Moreau A. C., Laroui R. Définition de la littératie. *Réseau québécois de recherche et de transfert en littératie*, 2016. En ligne : <http://www.ctreq.qc.ca/realisation/reseau-quebecois-sur-la-litteratie/>

La littératie en santé : un concept critique pour la santé publique

Stephan Van den Broucke, professeur, Institut de recherche en sciences psychologiques, université catholique de Louvain, Belgique.

Le concept de littératie en santé est devenu un sujet de grande importance pour la santé publique. Depuis son introduction dans les années 1970, la littérature scientifique qui y est consacrée est en croissance exponentielle. À ce jour, plus de 5 700 publications sont répertoriées dans la base internationale PubMed et plus de 5 300 dans Scopus, une autre base de référence. 75 % des publications ont été effectuées au cours des cinq dernières années.

À l'origine, l'intérêt pour la littératie en santé était principalement focalisé sur les seuls services en santé et avait donc une portée limitée ; cela concernait seulement la capacité à comprendre des mots difficiles et à maîtriser le calcul arithmétique dans un contexte médical. Mais au fil des années, le concept s'est progressivement élargi, incluant également des capacités plus complexes et interconnectées, comme celle de comprendre des informations sur la santé, de communiquer ses besoins aux professionnels de santé et de saisir des instructions de santé [1, 2].

Pensée critique et comportements favorables

Plus récemment encore, le concept de littératie en santé a aussi trouvé sa place dans la santé publique. Avant cela, la littérature existante liait un faible niveau de littératie en santé à une faible

observance thérapeutique, à des capacités limitées de se procurer des soins et à des traitements ayant des résultats moindres. Ce corpus déjà conséquent s'est encore enrichi avec l'extension du concept à l'ensemble de la santé publique. S'ajoutent désormais de plus en plus d'études démontrant que les personnes ayant un faible niveau de littératie en santé sont moins susceptibles d'adopter des comportements favorables à la santé [3], de participer à des programmes de dépistage [4, 5] et d'utiliser les services de prévention [6].

Le concept même continue à se développer et inclut désormais aussi la capacité de rechercher de l'information sur la santé, de prendre des décisions, de résoudre des problèmes, d'avoir une pensée critique, et de pouvoir et savoir communiquer. De disposer, donc, d'une multitude de compétences sociales, personnelles et cognitives indispensables pour bénéficier du système de santé.

Un constat préoccupant en Europe

Cet élargissement récent du concept – à la fois dans le sens et la portée – est bien transcrit dans la définition proposée par Sørensen *et al.* [1], fondée sur une revue analytique des définitions existantes : la littératie en santé implique « la connaissance, les compétences, la motivation et la capacité d'un individu à repérer, comprendre, évaluer et utiliser des informations sur la santé lors de la prise de décisions dans les contextes des soins de santé, de la prévention des maladies et de la promotion de la santé pour maintenir ou améliorer la qualité de la vie au cours de la vie ». Cette définition englobe donc à la fois les perspectives médicales et

L'ESSENTIEL

▣ La littératie en santé est reconnue être un élément déterminant de la santé publique. On entend par ce terme la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de prendre des décisions concernant leur santé.

▣ Le niveau de littératie en santé est préoccupant, notamment en Europe et y compris en France.

▣ Améliorer le niveau de littératie est un enjeu majeur de santé publique pour que la population soit en capacité de prendre en charge au mieux sa santé.

▣ Il s'agit aujourd'hui de mettre en œuvre des actions pour renverser cette situation : décrypter les mécanismes qui ne permettent pas d'accéder à un niveau de littératie suffisant, prendre en compte cette préoccupation dans les politiques publiques, veiller à créer des environnements qui incluent les faibles niveaux de littératie en santé et, aussi, assurer une meilleure communication sur la santé. Un effort important de recherche au niveau international doit être entrepris pour hausser le niveau de littératie du plus grand nombre.

de santé publique sur la littératie en santé ; elle inclut les connaissances et les compétences nécessaires pour répondre aux exigences complexes d'une société moderne selon que l'on est malade, que l'on risque de le devenir ou que l'on fait le nécessaire pour rester en bonne santé.



La littératie en santé étant reconnue comme un élément déterminant de la santé publique, qu'en est-il de son niveau au sein de la population ? Les données disponibles indiquent que le niveau faible de littératie en santé est davantage répandu que ce que l'on pourrait imaginer. Aux États-Unis, près de la moitié de la population adulte aurait des difficultés à s'appropriier l'information sur la santé [7]. En Europe, 12 % des personnes interrogées ont un niveau de littératie en santé insuffisant et 35 % ont un niveau de littératie en santé limité selon les résultats de l'enquête européenne sur la littératie en santé (HLS-EU) [8]. La prévalence d'un faible niveau de littératie en santé varie largement d'un pays à l'autre (ainsi, si aux Pays-Bas 2 % de la population présente une littératie en santé insuffisante, en Bulgarie, 27 % d'entre elle est dans ce cas) et entre les groupes au sein des populations. L'ensemble de ces travaux démontre qu'un faible niveau de littératie ne concerne pas qu'une petite minorité [9].

Les préconisations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)

Pour renverser cette situation, qualifiée par des chercheurs d'« *épidémie de faible littératie en santé* » [10], il est donc nécessaire d'agir afin de hausser le niveau de littératie en santé

de l'ensemble de la population. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, dans un document stratégique récemment publié [9], en appelle à une action à différents niveaux :

- assurer une meilleure communication sur la santé, en établissant des lignes directrices prenant mieux en compte le concept de littératie en santé ;
- créer et renforcer des environnements favorables à la littératie en santé ;
- et élaborer des politiques pour aborder la littératie en santé aux niveaux local, national et international.

Ces actions doivent être mises en œuvre au niveau territorial le plus fin et au plus près des populations, afin de rendre les personnes autonomes et ainsi de leur permettre de prendre elles-mêmes des décisions ayant un impact favorable sur leur santé dans la vie quotidienne : à leur domicile, dans la communauté, sur leur lieu de travail, dans les systèmes de soins et éducatifs, etc. En outre, le secteur de la santé lui-même peut donner l'exemple en créant des milieux de soins qui permettent une autonomie des patients et favorisent l'acquisition d'un niveau plus élevé de littératie en santé. Au-delà, les décideurs politiques, les professionnels, la société civile et le secteur privé devraient tous contribuer

« [L'ENJEU EST] DE DISPOSER DONC D'UNE MULTITUDE DE COMPÉTENCES SOCIALES, PERSONNELLES ET COGNITIVES INDISPENSABLES POUR BÉNÉFICIER D'UN SYSTÈME DE SANTÉ. »

à relever les défis de la littératie en santé. De leur côté, les instances internationales et régionales comme l'OMS, l'Union européenne (UE) et le Conseil économique et social de l'Organisation des Nations unies (ONU) peuvent servir de plateformes politiques et sociétales pour les actions à mettre en œuvre.

Hausser le niveau de littératie : fonder la politique sur la recherche

Face au défi d'augmenter le niveau de littératie en santé, les actions à mettre en œuvre doivent s'appuyer fortement sur la recherche. Le nombre croissant de travaux sur ce sujet a élargi la profondeur et la portée de la base de connaissances, et l'on dispose d'un ensemble de mesures sophistiquées et bien validées de littératie en santé [11, 13]. L'on dispose aussi d'études démontrant la corrélation entre un faible niveau de littératie en santé et un état de santé moindre.

Toutefois, d'importantes lacunes de connaissances demeurent. Par exemple, les liens entre la littératie en santé et les disparités de santé entre des groupes dans la population ne sont pas encore

bien compris. Des recherches plus larges et approfondies sont nécessaires pour comprendre l'écart entre les capacités individuelles et les exigences posées par la société et par le système de santé ; pour évaluer l'impact sur la littératie en santé des nouveaux dispositifs de communication, comme les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC). Ou encore, l'usage potentiel de la littératie en santé pourrait être exploré [14] pour mesurer les résultats de l'éducation à la santé.

Dans un document publié il y a plus d'une décennie, l'*American Medical Association* [7] recommandait quatre domaines prioritaires pour la recherche en littératie en santé :

- améliorer le dépistage du niveau de littératie en santé ;
- améliorer la communication avec les patients à faible littératie en santé ;
- étudier l'impact d'un faible niveau de littératie en santé sur la santé et sur les coûts liés ;
- et identifier les relations causales entre un faible niveau de littératie en santé et les résultats de santé.

Cependant, il convient d'aller au-delà en y ajoutant d'autres questions qui exigent des réponses dans les années à venir :

- Comment intégrer la littératie en santé dans les programmes de formation pour les professionnels de la santé ?
- Comment passer d'un focus sur la littératie en santé individuelle à un regard plus large et sociétal, c'est-à-dire penser des organisations qui incluent la littératie en santé dans leur politique organisationnelle afin de mieux tenir compte des individus avec un faible niveau de littératie en santé ?
- Comment articuler la littératie en santé avec le niveau de littératie de la population, face aux médias et aux nouvelles technologies ?

En conclusion, la communauté internationale en santé publique fait face à un enjeu majeur : fournir un soutien aux organismes de recherche et aux chercheurs pour répondre à ces questions ; et répondre ainsi au défi que représente un faible niveau de littératie en santé dans la population. ■

Cet article est une adaptation de Van den Broucke S. Health literacy: a critical concept for public health. *Archives of Public Health*, 2014, vol. 72, n° 1 : p. 10.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Sørensen K., Van den Broucke S., Fullam J., Doyle G., Pelikan J., Slonska Z. *et al.* Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 2012, vol. 12, n° 80. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3292515/pdf/1471-2458-12-80.pdf>
- [2] Peerson A., Saunders M. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? *Health Promotion International*, 2009, vol. 24, n° 3 : p. 285–296. En ligne : https://oup.silverchair-cdn.com/oup/backfile/Content_public/Journal/heapro/24/3/10.1093/heapro/dap014/2/dap014.pdf?Expires=1494514482&Signature=Smp1FBz-BIYlaAuHC-wdeQvXCeCfZCLh-w6NVqhygYa60qsy-UmWPrGA R76uxMXui0GjGzWknD3LqZTGZOTHcppl1drvE8Dh1yGnofSw29H6WnTU6kGTZhmENCj4h-yURfGf12dLjHwq8Ppf9bGzfp1xG5sQdMY47LNAjC2fyaf4AdA3f--Q4Pjd--zqfJRBKb5R76sDTtbnh9N4YVZ99I6YoJyrODLRI9Qxa-CUTPcA3uLILPTHKodroXvTirhFShPtgY0--H45-i-McMOMD1w0k7USf1FnCpTqp07ADv12Am7FtRPVvyhgDvcNpDraM94lphpWMXE01-YFzr8g__&Key-Pair-Id=APKAIUCZBIA4LVPVAVW3Q
- [3] Kaufman H., Skipper B., Small L., Terry T., McGrew M. Effect of literacy on breast-feeding outcomes. *Southern Medical Journal*, 2001, vol. 94, n° 3 : p. 293–296.
- [4] Dolan N.C., Ferreira M.R., Davis T.C., Fitzgibbon M.L., Rademaker A., Liu D. *et al.* Colorectal cancer screening knowledge, attitudes, and beliefs among veterans: does literacy make a difference? *Journal of Clinical Oncology*, 2004, vol. 22, n° 13 : p. 2617–2622. En ligne : <http://ascopubs.org/doi/pdf/10.1200/JCO.2004.10.149>
- [5] Lindau S.T., Tomori C., Lyons T., Langseth L., Bennett C.L., Garcia P. The association of health literacy with cervical cancer prevention knowledge and health behaviors in a multi-ethnic cohort of women. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2002, vol. 186, n° 5 : p. 938–943.
- [6] Scott T.L., Gazmararian J.A., Williams M.V., Baker D.W. Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization. *Medical Care*, 2002, vol. 40, n° 5 : p. 395–404.
- [7] Institute of Medicine. *Health Literacy: A Prescription to end Confusion*. Washington DC : The National Academies Press, 2004 : 346 p.
- [8] Sørensen K., Pelikan J.M., Röthlin F., Ganahl K., Slonska Z., Doyle G. *et al.* Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 2015, vol. 25, n° 6 : p. 1553–1558. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4668324/pdf/ckv043.pdf>
- [9] Kickbusch I., Pelikan J.M., Apfel F., Tsouros A. (éds.) *Health Literacy: The Solid Facts*. Copenhagen : World Health Organization (WHO), 2013 : 86 p. En ligne : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf
- [10] Davis T., Wolf M.S. Health literacy: implications for family medicine. *Family Medicine*, 2004, vol. 36, n° 8 : p. 595–598. En ligne : <http://www.stfm.org/fmhub/fm2004/September/Terry595.pdf>
- [11] Sørensen K., Van den Broucke S., Pelikan J.M., Fullam J., Doyle G., Slonska Z. *et al.* Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*, 2013, vol. 13, n° 948. En ligne : http://download.springer.com/static/pdf/113/art%253A10.1186%252F1471-2458-13-948.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Fbmcpublichealth.biomedcentral.com%2Farticle%2F10.1186%2F1471-2458-13-948&token2=exp=1494422093~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F113%2Fart%25253A10.1186%252F1471-2458-13-948.pdf*~hmac=e7d435d9006f8723fdd3f4a4c06ba5b459f8abe5b6a5f19e82c801469c7f3240
- [12] Jordan J.E., Buchbinder R., Briggs A.M., Elsworth G.R., Busija L., Batterham R. *et al.* The health literacy management scale (HeLMS): a measure of an individual's capacity to seek, understand and use health information within the healthcare setting. *Patient Education and Counseling*, 2013, vol. 91, n° 2 : p. 228–235.
- [13] Osborne R.H., Batterham R.W., Elsworth G.R., Hawkins M., Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*, 2013, vol. 13, n° 658. En ligne : http://download.springer.com/static/pdf/965/art%253A10.1186%252F1471-2458-13-658.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Fbmcpublichealth.biomedcentral.com%2Farticle%2F10.1186%2F1471-2458-13-658&token2=exp=1494422349~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F965%252Fart%25253A10.1186%252F1471-2458-13-658.pdf*~hmac=9764dc71b28be768ffd5ae038d6ce79fec21afa89a76c943751fc98de52c7d2
- [14] Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 2000, vol. 15, n° 3 : p. 259–267. En ligne : <https://academic.oup.com/heapro/article-lookup/doi/10.1093/heapro/15.3.259>

Pour diverses raisons, l'ensemble de la population n'a pas accès à l'information en santé. Un référentiel international francophone va formuler des recommandations pour permettre cette accessibilité dite « universelle ».

Un référentiel pour une information accessible à tous

Julie Ruel, Ph.D., cotitulaire de la Chaire interdisciplinaire de recherche en littératie et inclusion, centre intégré de santé et des services sociaux (CISSS) de l'Outaouais, université du Québec en Outaouais, **Cécile Allaire** chargée de l'accessibilité pour les publics en situation de handicap, Santé publique France, **André C. Moreau, Ph.D.**, cotitulaire de la Chaire interdisciplinaire de recherche en littératie et inclusion, centre intégré de santé et des services sociaux (CISSS) de l'Outaouais, université du Québec en Outaouais.

Les communicants et l'ensemble des professionnels intervenant en santé auprès de la population font face à une réalité préoccupante : le matériel d'information qu'ils conçoivent et qu'ils utilisent n'est pas toujours bien compris par le public destinataire.

Bien que les formations destinées aux adultes pour améliorer leurs compétences en littératie soient une piste per-

tinente à poursuivre, la collectivité et les services publics et privés ont également vocation à s'adresser à une population importante qui ne possède pas forcément le niveau de littératie suffisante pour bien lire, comprendre, analyser ou évaluer l'information écrite et orale, notamment dans le domaine de la santé. Comment informer mieux ces personnes ? Comment répondre à leurs besoins alors qu'ils présentent une diversité de caractéristiques et des compétences variées en littératie ? Particulièrement, comment aider les communicants à mieux informer la population en général sans en exclure une partie ?

Cet article présente une démarche qui a réuni des personnes présentant des expertises variées provenant de trois pays francophones : la France, la

Belgique et la province de Québec au Canada. La démarche vise à formaliser des recommandations en matière de conception universelle de l'information et en communication. La conception universelle est définie comme « *la conception de produits et d'environnements utilisables par tous, dans la plus large mesure, sans besoin d'adaptation ou de conception spéciale*² ».

Cette démarche, menée avec le soutien de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), formalise aussi l'expérience de Santé publique France menée auprès des personnes en situation de handicap et d'autres publics éloignés de l'information. Le référentiel issu de cette démarche sera disponible à l'automne 2017.

Historique

La convention internationale des personnes handicapées [1], adoptée à l'Organisation des Nations unies (ONU) en 2006, et mise en vigueur en 2008, identifie clairement que l'accès à l'information est un droit fondamental pour tous, au même titre que l'accès aux bâtiments, aux sites Internet, aux technologies de l'information et de la communication. La majorité des pays ont ratifié cette convention qui les engage à prendre des mesures pour en actualiser ses composantes. L'accessibilité universelle est la trame de fond sur laquelle repose cette convention.

Parallèlement, plusieurs initiatives ont vu le jour au cours de la dernière décennie pour communiquer mieux et pour améliorer l'accès des plus vulnérables à l'information. Citons les travaux internationaux menés par le *World Wide Web Consortium*³ (W3C) qui propose des solutions techniques pour rendre le Web accessible aux

L'ESSENTIEL

■ **Un groupe d'experts¹, réunis autour de Santé publique France et de la Chaire interdisciplinaire de recherche en littératie et inclusion rattachée à l'université du Québec en Outaouais, va publier à l'automne 2017 un référentiel de recommandations pour une information accessible à tous. Ce travail est soutenu par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).**

■ **Le référentiel couvre les champs de l'accès à l'information en général, avec un accent particulier sur la santé publique et la promotion de la santé.**

■ **Ce guide pratique a pour ambition d'être utile aux communicants ainsi qu'à tous les professionnels de terrain (santé, éducation, social, etc.) qui interviennent auprès de l'ensemble de la population, pour améliorer l'accès à l'information.**

personnes handicapées. Citons également les travaux menés dans plusieurs pays européens pour adapter l'information aux personnes présentant une déficience intellectuelle : le « Facile à lire et à comprendre » orchestré par l'association Inclusion Europe en collaboration avec les associations françaises Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales, et de leurs amis (Unapei) et Nous Aussi [2]. Citons enfin les travaux de Santé publique France qui a conçu deux guides pour les personnes déficientes visuelles et auditives [3], diffusés en 2013.

De l'autre côté de l'Atlantique, des chercheurs de la chaire interdisciplinaire de recherche en littératie et Inclusion – Pavillon du Parc, rattachée à l'université du Québec en Outaouais,

à Gatineau, ont publié, en 2011, le *Guide de rédaction pour une information accessible* [4]. Celui-ci regroupe des critères à respecter pour rédiger des documents lisibles et intelligibles, soit en langue claire et simple pour les documents imprimés grand public, ainsi qu'en langage simplifié pour les personnes vivant avec des incapacités cognitives.

Les travaux menés en France concernent bien souvent des publics spécifiques et notamment les personnes en situation de handicap. Sur la base de son expérience en matière de conception de supports d'information accessibles à tous – dont les personnes avec des compétences réduites en littératie⁴ –, Santé publique France a souhaité élaborer avec un groupe d'experts, des recommandations pour aider à la prise en compte des besoins de tous les publics qui n'ont pas accès à l'information, quelles qu'en soient les raisons. La mise en place de ce référentiel vise à soutenir les communicants des pays francophones.

Orientations

Trois grandes orientations ont été considérées aux travaux du groupe de travail pour la conception de ce référentiel.

Recommandations qui s'appuient sur une démarche scientifique

En continuité avec la démarche québécoise ayant mené à l'écriture du *Guide de rédaction pour une information accessible*, les recommandations du référentiel sont issues d'une recherche documentaire : les écrits scientifiques et les documents de référence (produits par des organisations publiques, privées ou des associations) ont été recensés ; ceci a permis d'identifier des recommandations pour mieux informer en santé tant l'ensemble de la population que certains publics spécifiques. La recherche documentaire a considéré des textes sur l'utilisation des images, sur l'information communiquée oralement ainsi que sur l'accessibilité du Web.

Conception universelle de l'information

Les concepteurs du référentiel ont dès le départ adopté une approche de conception universelle de l'information.



Cela signifie que les recommandations épaulent les professionnels dans la conception d'une information destinée à tous les publics. En effet, au départ les recommandations recensées avaient été identifiées selon les publics visés et selon le type d'information (générale, en santé, etc.) ; mais très vite, il est apparu que, pour leur très grande majorité, les recommandations concordaient, peu importe le public visé ou la nature de l'information à diffuser. Toutefois, quelques recommandations ont été identifiées comme étant spécifiques à certains publics, dont, à titre d'exemple, les personnes ayant des limitations cognitives, visuelles, auditives ou un trouble du spectre de l'autisme.

Vision élargie de la littératie

Le référentiel s'inscrit dans une vision élargie de la littératie telle que définie par le Réseau québécois de recherche et de transfert en littératie⁵, présentée dans l'article de Ruel et Moreau inclus dans ce dossier central. Cette définition tient compte de la réalité du monde actuel, soit un monde diversifié, qui se veut inclusif et qui reçoit et échange de l'information sur différents supports, sous différents formats, pour des publics variés. En lien avec cette définition, le référentiel comprend des recommandations pour rendre accessible et compréhensible l'information à l'aide de textes lisibles, intelligibles ou faciles à comprendre et/ou à l'aide d'images. Ces informations sont accessibles sur le Web, en imprimé ou lors de communications orales.

Avant-goût du référentiel

Les différentes composantes du référentiel sont ici présentées avec, pour chacune d'elles, les objets sur lesquels porteront les recommandations.

Recommandations pour rédiger une information lisible et compréhensible

Pour rendre un texte lisible et compréhensible par tous, il faut prendre en considération plusieurs aspects du texte. Les recommandations porteront sur les aspects suivants :

- *L'aspect visuel : la présentation*

L'aspect visuel concerne l'apparence du texte en ce qui a trait au choix de police (taille du caractère utilisé pour le texte) à privilégier, aux suggestions pour mettre en évidence une information-clé, aux couleurs à utiliser, aux espaces à intégrer dans le texte, etc. Ces recommandations visent davantage la lisibilité du texte.

- *L'aspect linguistique : le choix des mots et des phrases*

Cet aspect regroupe les éléments du texte – qui permettent au lecteur de décoder et de comprendre plus facilement le texte – : choix des mots, rédaction des phrases, ponctuation, style et ton, façon d'écrire les nombres.

- *L'aspect informatif : le choix de l'information*

L'aspect informatif regroupe les recommandations qui ont trait à la sélection et à l'explication de l'information.

- *L'aspect structurel : l'organisation de l'information*

L'aspect structurel regroupe tous les éléments qui permettent d'organiser le contenu de l'information afin que le texte soit cohérent, que les phrases s'enchaînent bien et qu'elles présentent entre elles des rapports logiques. Le plan du texte, les titres, la structure de l'information font l'objet de recommandations.

Recommandation pour une meilleure utilisation des images

Ces recommandations traitent spécifiquement des images. Dans ce référentiel, le terme « image » est



utilisé de façon générique et il inclut autant les photos, les illustrations, les dessins, les logos, les symboles que les pictogrammes.

Les données scientifiques suggèrent que l'utilisation d'images, associées au texte, renforce la portée du message, sa compréhension et son rappel. Le rôle de l'image n'est pas uniquement d'agrémenter un texte, elle fait partie intégrante du message à transmettre. Les recommandations portent autant sur le type d'images à favoriser, l'emplacement à privilégier, leur utilisation ainsi que la légende à préconiser.

Recommandations pour rendre accessible le matériel numérique

Nous consultons de plus en plus d'information disponible en ligne ou sous format électronique. Des travaux ont mené à l'identification de normes internationales pour assurer l'accessibilité numérique pour tous et pour les personnes vivant une situation de handicap tel que le *Web Content Accessibility Guidelines (WCAG)*, dont les normes ont été reprises par plusieurs pays. Dans cette foulée, la France a pour sa part élaboré le Référentiel général d'accessibilité pour les administrations (RGAA).

Le référentiel en cours d'élaboration identifie les recommandations issues de la recherche documentaire et qui mettent l'accent sur des recommandations spécifiques en complémentarité avec celles du WCAG ou du RGAA, ou qui les mettent en évidence pour la population en général ou pour des groupes de personnes en situation de handicap.

Il présente les recommandations en utilisant la nomenclature des thématiques opérationnelles du RGAA, lorsqu'il y a lieu, telles que les couleurs, le multimédia, la navigation, etc. D'autres thématiques ont été ajoutées pour tenir compte des recommandations collectées lors de la recension.

Recommandations pour communiquer oralement de façon efficace

La dernière section du référentiel identifie des recommandations pour augmenter l'efficacité d'une information communiquée oralement. Ces recommandations sont issues en grande partie de documents et de textes scientifiques en matière de santé.

Les recommandations permettent de mieux comprendre les conditions favorables à la communication ; le

choix et l'organisation de l'information à communiquer ; les façons de communiquer l'information ; et elles permettent enfin de valider la compréhension de l'information. Ces recommandations favorisent la participation active des personnes impliquées dans l'échange oral.

Ainsi, concevoir une information accessible pour tous exige de prendre en considération plusieurs facteurs : connaître son public afin de mieux identifier l'information pertinente pour lui ; associer et concevoir cette information avec les publics cibles eux-mêmes, comme en témoignent plusieurs exemples de ce dossier central ; s'assurer que le rédacteur dispose des connaissances et compétences particulières, à renforcer si besoin est.

Le référentiel a pour ambition d'être un outil pratique qui guidera les communicants et, plus généralement, les professionnels pour améliorer l'accès à l'information pour tous les publics, incluant les personnes avec des compétences réduites en littératie. ■

1. Cécile Allaire, Julie Ruel, Alexia Brumagne, Armelle Delamplé, Claire Grisard, Fernando Pinto da Silva.

2. The RL Mace Universal Design Institute. What is Universal Design? 2017. En ligne : <http://udinstitute.org/whatisud.php>

3. Web Accessibility Initiative (WAI) du World Wide Web Consortium (W3C). En ligne : <http://www.w3.org/WAI/>

4. Voir la collection « Pour comprendre ». En ligne : inpes.santepubliquefrance.fr/accessible

5. Lacelle N., Lafontaine L., Moreau A.C., Laroui R. (2016). *Définition de la littératie*. Réseau québécois de recherche et de transfert en littératie. En ligne : <http://www.ctreq.qc.ca/realisation/reseau-quebecois-sur-la-litteratie/>

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Organisation des Nations unies. *Convention relative aux droits des personnes handicapées et protocole facultatif*. ONU, 2008 : 38 p. En ligne : <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-f.pdf>

[2] Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis, Nous Aussi et Inclusion Europe. *L'Information pour tous. Règles européennes pour une information facile à lire et à comprendre*, Unapei, 2009 : 50 p. En ligne : http://www.unapei.org/IMG/pdf/Guide_ReglesFacileAlire.pdf

[3] Allaire C. (dir.) *Informers les personnes sourdes ou malentendantes. Et Informers les personnes aveugles ou malvoyantes. Partage d'expériences*. Saint-Denis : Inpes, coll. Référentiels de communication en santé publique, 2012 : 64 p. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1414.pdf>

[4] Ruel J., Kassi B., Moreau A.C., Mbida-Mballa S.L. *Guide de rédaction pour une information accessible*. Gatineau : Pavillon du Parc, 2011 : 64 p. En ligne : http://w3.uqo.ca/litteratie/contenu/documents/guide2011_002.pdf

La littératie s'invite à l'école

Guy Cherqui,

inspecteur d'académie, référent du Centre académique pour la scolarisation des élèves allophones nouvellement arrivés (Éana) et du Centre académique pour la scolarisation des nouveaux arrivants et des enfants du voyage (CASNAV), rectorat de l'académie de Grenoble.

Le terme « littératie » existe déjà depuis longtemps, notamment dans le milieu universitaire. Définie progressivement par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) à compter de la décennie 2000 [1], comme « la capacité de comprendre, d'évaluer, d'utiliser et de s'approprier des textes écrits pour participer à la société, réaliser ses objectifs et développer ses connaissances et son potentiel » (2012), la littératie n'est pourtant entrée dans le vocabulaire de l'Éducation nationale qu'à la rentrée scolaire 2016, avec la mise en place des nouveaux programmes des collèges. À côté de la « lecture de textes littéraires », les programmes recommandent en effet, dès le cycle III (CM1, CM2, sixième), la « lecture de textes et documents variés : textes documentaires, documents composites (associant textes, images, schémas, tableaux, graphiques..., comme une double page de manuel), documents iconographiques (tableaux, dessins, photographies), documents numériques (documents avec des liens hypertextes, documents associant texte, images – fixes ou animées –, sons)¹ ».

Par ailleurs, une étude de 2015, du dispositif Cycle des évaluations disciplinaires réalisées sur échantillon (Cédré), émanant de la Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (Dépp) du ministère de l'Éducation nationale, mesure le niveau de maîtrise de la langue française en fin de troisième sous le titre

explicite : Compétences langagières et littératie [2]. Il s'agit clairement de mettre en ordre le système éducatif pour répondre aux évaluations du programme international pour le suivi des acquis des élèves (*Program for International Student Assessment – PISA*), dont les résultats en maîtrise des langages restent insuffisants.

La façon d'enseigner remise en cause

Le thème de la littératie pose question sur les méthodes d'enseignement de la langue en France, et notamment sur l'accès à la compréhension des écrits, qui dans notre système – depuis le XVIII^e siècle – se fait

L'ESSENTIEL

► Depuis 2016, le concept de littératie est désormais pris en compte dans les programmes scolaires.

Ainsi est-on passé de l'objectif de « maîtrise de la langue française » à celui d'acquérir des « langages pour penser et communiquer ».

► Toute la difficulté est de passer des orientations pédagogiques à la pratique. La pratique orale est la voie essentielle de la compréhension écrite, clé de la littératie.



essentiellement par le texte littéraire, alors que la littératie concerne toutes sortes d'écrits, y compris ceux disponibles en format numérique et lus sur écrans.

Cette question a été éludée de l'école pour des raisons qui tiennent essentiellement à la façon dont on est passé à un enseignement de masse, au moment de l'instauration du collège unique par la réforme Haby, en 1975, dont le slogan était « *les mêmes chances dans les mêmes cartables* ». Ses initiateurs estimaient que les mêmes contenus pouvaient s'appliquer à la masse d'élèves qui désormais arrivait au collège. Pour mémoire, 19 % d'une classe d'âge arrivait au baccalauréat en 1970, et le collège était, selon l'appellation très juste de Nathalie Mons [3], un « *petit lycée* », dont la fonction était de préparer les élèves à la voie générale et au baccalauréat.

Avec l'enseignement de masse, le collège a changé de nature et les enseignants ont dû s'adapter afin d'accueillir ce nouveau public. Mais les contenus d'enseignement ont continué de s'adresser à ces 19 % cités plus haut, tandis que les autres ont dû tant bien que mal s'approprier des contenus qui ne leur étaient pas destinés. Des aménagements

ont été mis en place sans réflexion globale, sans modification profonde des pédagogies ni des contenus², dans un contexte sociétal de plus en plus difficile. Il en résulta que, chaque année, des dizaines de milliers de décrocheurs, durablement rétifs au monde scolaire, sortent du système, même si au total aujourd'hui une majorité d'élèves est portée au niveau du baccalauréat (65 % d'une classe d'âge en 2009).

PISA : révélateur des manques de l'enseignement

Le programme PISA, qui évalue les acquis en mathématiques et en lecture des élèves, a confirmé que si le système scolaire français fait réussir les élèves les mieux armés, les écarts se creusent dès qu'il s'agit d'élèves en difficulté. Ces évaluations ont été un révélateur des atouts et surtout des manques de notre enseignement. Le site officiel suisse³ dédié à PISA, en sa page consacrée aux exercices proposés, est très clair : « *L'objectif de PISA est d'évaluer la littératie, un concept qui ne prend pas (uniquement) en compte l'évaluation des notions acquises mais surtout la capacité de réfléchir sur la base de ses propres connaissances et expériences tout comme la capacité d'appliquer ces connaissances aux problèmes et aux tâches de la vie quotidienne*⁴ ».

La littératie est donc au centre des évaluations PISA : les exercices demandés en lecture utilisent des documents de tous ordres, destinés à évaluer la capacité de l'élève à se projeter dans un contexte du quotidien. Pour les élèves français habitués à des documents scolaires (textes littéraires, récits), ces écrits - souvent très pratiques - les déstabilisent.

C'est ce qui justifie sans (trop) le dire l'introduction de la littératie dans les programmes du collège. La place bien plus importante accordée à la question des langages dans le nouveau socle commun en est aussi l'indice marquant⁵.

Dis-moi quelle langue tu parles...

Plusieurs raisons assez profondes expliquent les difficultés de la littératie à entrer dans le système éducatif :

- d'une part, c'est une notion anglo-saxonne (*literacy*), et il y a dans notre système des résistances fortes à laisser fleurir des concepts

pédagogiques inspirés de recherches d'outre-Atlantique, notamment canadiennes ;

- d'autre part, il y a des réserves à tous niveaux face au travail de textes très divers pendant le cours de français : les enseignants considèrent être des professeurs de lettres et non des professeurs de communication. La tradition française veut que du langage littéraire procèdent ensuite toutes les variétés de langage, vécues comme une sorte de gauchissement⁶. L'enjeu de la langue est ainsi un enjeu de distinction, au sens de la sociologie de Bourdieu, c'est-à-dire, en substance : Dis-moi quelle langue tu parles (ou tu apprends) et je te dirai qui tu es [4], conforme à l'idée, née à la fin de la Révolution française, selon laquelle l'enseignement devait être différencié en fonction du rôle social qu'on devait jouer dans le futur : une école pour les dominants et une école pour les dominés. Une langue pour tous, mais pas la même. D'où les oppositions assez virulentes au collège unique. La majorité des études concluent que c'est dans les classes où tous les élèves de tous niveaux sont mêlés que les élèves les plus en difficulté progressent le mieux, sans que les élèves les plus à l'aise n'en pâtissent [3, 5] ;

- la littératie impose un travail sur la compréhension de tous les textes, de tous les langages dans tous les contextes et notamment dans le contexte du quotidien, l'école devant d'abord donner à tous les outils adéquats pour affronter au mieux le quotidien. La santé en est un des domaines ; or, c'est bien là une de nos faiblesses.

Évolutions positives

En revanche, d'autres évolutions ont conduit à une modification de la vision de la langue et des langues, avec une prise en compte accrue d'autres langues - langues vivantes étudiées, langues d'origine des élèves dans la pédagogie - :

- la réforme de l'enseignement des langues vivantes - désormais adossée aux compétences langagières encadrées par le Cadre européen commun de référence des langues (CECRL), qui développe la pratique de la langue dans différents contextes, a contribué à renouveler profondément un enseignement des langues vivantes, jusque-là peu efficient ;

LECTURE À HAUTE VOIX : ORALISER POUR BIEN COMPRENDRE

La lecture à haute voix sous toutes ses formes se développe singulièrement, parce qu'il n'y a pas de vraie lecture sans compréhension, et une lecture oralisée maîtrisée en est le signe. Ainsi favorisera-t-on les exercices qui permettent de s'approprier un texte - sans forcément passer par son analyse ou son explication détaillée. En voici deux exemples :

- les exercices sur la fluence de lecture, très efficaces, permettent de mesurer très précisément les progrès des élèves dans la lecture à haute voix et la vitesse de lecture ; ils se développent désormais à plus grande échelle ;

- les activités de pratique artistique collective, notamment les activités chorales, chantées ou parlées, permettent aux élèves en difficulté de travailler avec le groupe et mettent en jeu des textes qui, pour être bien dits, doivent être bien compris, tout en gardant une valeur de divertissement collectif qui favorise en même temps l'inclusion de tous les élèves.

● la présence sur le territoire d'élèves allophones arrivants a conduit au développement, depuis les années 1970, d'une réponse spécifique dans les apprentissages langagiers et en didactique de la langue. Le concept de français langue de scolarisation (FLSco) a permis d'identifier la langue de l'école – avec ses spécificités et son jargon – comme un obstacle à l'inclusion des élèves et pas seulement des élèves allophones. Ainsi se pose la question de la littératie scolaire comme pouvant être un obstacle pour tous les élèves en difficulté, dont les enseignants ne sont pas toujours conscients, même s'ils constatent souvent que les élèves ont « des difficultés à comprendre les consignes ».

Tous ces éléments ont permis d'introduire la littératie comme un élément d'une pédagogie de la langue, d'accès à la connaissance, entendue à la fois comme connaissance académique et connaissance du quotidien. La présence d'une proportion importante d'élèves avec de grandes difficultés de compréhension d'origine langagière a conduit à des parcours chaotiques et à une grande souffrance chez certains jeunes, que l'on souhaite résorber.

Nouveaux programmes : une prise de conscience

La question de la littératie pose celle de l'accès à la langue dans sa compréhension écrite, une langue vécue comme un système pluriel : textes de toutes origines, schémas, plans ; en bref, tous les écrits qui peuplent tous les actes de la vie. Les nouveaux programmes marquent une réelle prise de conscience de cette évolution et formalisent des voies spécifiques pour accéder à la lecture-compréhension et à la pratique de l'écriture. Ces voies passent d'abord paradoxalement par une pratique orale bien plus développée, destinée à « mastiquer la langue » dans toutes ses composantes. Il s'agit de préparer l'élève à développer une expression orale argumentée, dans une syntaxe correcte, ce qui permet de vérifier que les structures de la langue sont acquises. Parmi ces pratiques figure la lecture à haute voix (voir encadré page 18).

En conclusion, nous sommes persuadés qu'une des clés d'une pratique pédagogique apaisée et d'une compréhension de toutes les variations de

la langue et de toutes sortes d'écrits passe à l'école par des exercices simples, variés, d'abord oraux, qui puissent être un signal clair de la familiarité de l'élève avec la langue et qui permettent de l'acquérir par des moyens scolaires et non scolaires. La pratique orale est la voie essentielle de la compréhension écrite, clé de la littératie. ■

1. Extraits des nouveaux programmes du cycle III.

2. Nathalie Mons signale que « la réforme avance masquée ».

3. <http://pisa.educa.ch>

4. <http://pisa.educa.ch/fr/exemples-d-exercices-questions>

5. On est passé de la « maîtrise de la langue française » (ancien socle) à « les langages pour penser et communiquer » subdivisé en :

– comprendre, s'exprimer en utilisant la langue française à l'écrit et à l'oral ;

– comprendre, s'exprimer en utilisant une langue étrangère et, le cas échéant, une langue régionale (ou une deuxième langue étrangère) ;

– comprendre, s'exprimer en utilisant les langages mathématiques, scientifiques et informatiques ;

– comprendre, s'exprimer en utilisant les langages des arts et du corps.

6. Cela participe aussi d'une vision politique, quelque peu sacralisée, qui évite de penser la langue comme outil mais comme objet.



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] OCDE. *La Littératie à l'ère de l'information. Rapport final de l'enquête internationale sur la littératie des adultes*. 14 juin 2000 : 211 p. En ligne : <http://www.oecd.org/fr/edu/innovation-education/39438013.pdf>

[2] Dalibard É., Fumel S., Lima L. Cédric 2015. Nouvelle évaluation en fin de collège : compétences langagières et littératie. *Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP)*, juillet 2016, note d'information n° 21 : 4 p. En ligne : http://cache.media.education.gouv.fr/file/2016/90/7/depp-ni-2016-21-cedre-2015-college_604907.pdf

[3] Mons N. *Les Nouvelles Politiques éducatives. La France fait-elle les bons choix ?* Paris, PUF, coll. Éducation et Société, 2007 : 202 p.

[4] Chiss J.-L. La grammaire entre théorie et pédagogie. *Langue française*, 1979, vol. 41, n° 1 : p. 49-59. En ligne : http://www.persee.fr/doc/AsPDF/lfr_0023-8368_1979_num_41_1_6145.pdf

[5] Suchot B. L'hétérogénéité des élèves : un éclairage par la recherche en éducation. *Les Cahiers pédagogiques*, juin 2007, n° 454 : p. 18-19. En ligne : <https://hal.archives-ouvertes.fr/halshs-00170204/document>

Médiation en santé : des outils co-construits avec les habitants des bidonvilles

Lucile Gacon,
responsable du Pôle Santé
FNASAT,

Fanny Bordeianu,
médiatrice en santé,
Médecins du monde, Nantes.

lieu de vie au gré des expulsions, vivre à proximité d'une autoroute, dans une cabane, sans eau, ni toilettes, ni électricité. Les habitant.e.s de bidonvilles rencontrent également des freins d'ordre administratif, accentués parfois par l'illettrisme, pour accéder à une domiciliation et à une couverture maladie. L'accès aux structures de santé, bien souvent sans l'aide d'un.e interprète, est encore un pas supplémentaire à réaliser.

Les 11 médiateurs et médiatrices de santé intervenant auprès des habitant.e.s de bidonvilles dans

En termes de précarité, certains éléments majeurs n'incitent pas à prendre soin de sa santé : changer de

améliorer la compréhension mutuelle avec les professionnel.le.s de santé. Cet article présente brièvement plusieurs expériences qui ont permis d'engager les personnes dans un meilleur accès à la santé, en veillant à les associer à la démarche.

La co-construction et l'utilisation d'outils de prévention et de suivi, adaptés au niveau de langue, de lecture et aux problèmes propres à la situation des personnes, permettent en particulier de renforcer leurs connaissances et leurs compétences. Ces outils sont également précieux pour les professionnel.le.s de santé, qui s'en servent comme d'une interface dans le cadre de la prise en charge qu'ils/elles proposent.

Un groupe de parole pour construire des supports d'information

À Grenoble, la médiation en santé menée par l'association Roms Action a permis la mise en lien des habitantes d'un bidonville avec le planning familial de Grenoble. Elle a également contribué à la co-construction, dans le cadre d'un groupe de parole, de supports d'information concernant la santé sexuelle et reproductive : Il s'agit de planches des anatomies féminine et masculine, dessinées de manière ludique et traduites en roumain, hongrois et français. Un deuxième outil a été créé dans la même dynamique et par les mêmes acteurs autour du *Cycle de la femme et de la grossesse*² en roumain, français et romani. « *Les femmes ont participé à la réalisation de ces outils du début à la fin : impliquées dans le choix des thèmes et du contenu,*

aussi bien concernant les mots, les images et la forme », témoigne Elsa Andrieux, médiatrice à Roms Action. « *L'objectif était bien que ces outils reflètent les consensus trouvés au sein du groupe par rapport à des sujets complexes qui font appel aux représentations culturelles du corps, de la sexualité et du plaisir. À la demande des femmes, l'objectif premier de ces outils était de garder une trace des échanges du groupe, pour que cela les aide, elles et d'autres, à être "relais" au changement et à l'éducation au quotidien auprès de leurs filles, amies, voisines et jusqu'aux hommes de leur entourage.* »

Évoquer les non-dits

L'outil a suscité un intérêt important de la part des professionnel.les de santé, notamment pour ses traductions. Les médiateurs et médiatrices l'utilisent surtout dans un contexte d'accompagnement individuel, par exemple en salle d'attente. La demande de la personne (suivi de grossesse, désir d'enfant) leur permet de partager l'outil avec elle. Ils/Elles s'en servent également pour déconstruire certains mythes sur les menstruations ou sur les moyens de contraception. La médiatrice santé de Médecins du monde à Nantes constate que ces mêmes outils se sont avérés très utiles. Au-delà des informations qu'elles y trouvent sur le fonctionnement du corps, les femmes apprécient ces supports réalisés avec d'autres femmes comme elles, à leur intention, imagés et même traduits en langue romani. C'est une attention qui les surprend et suscite chez elles un grand intérêt. Dans *Notre*

L'ESSENTIEL

▣ Les médiateurs en santé proposent aux habitants une écoute et un accompagnement vers le système de soins et de prévention.

▣ Dans ce cadre, ils construisent avec eux des outils de prévention.

▣ Exemples à Grenoble avec l'association Roms Action et à Nantes avec Médecins du Monde, sur le thème de la santé sexuelle et reproductive, avec notamment la création d'un carnet de maternité imagé pour les femmes ne maîtrisant pas la lecture.

le cadre du programme national de médiation sanitaire¹ (PNMS) vont au-devant des demandes des personnes sur les lieux de vie. Ils leur proposent une écoute et facilitent le lien avec le système de soins et de prévention. Les médiateurs et les médiatrices visent à développer l'autonomie, à renforcer les capacités des personnes vis-à-vis de leur santé et à

corps aussi, la place importante donnée aux hommes dans le désir et la conception de l'enfant a suscité la curiosité de certaines d'entre elles. Elles ont découvert des informations concernant leur santé sexuelle et reproductive par le biais des outils, « des choses dont habituellement on ne parle pas, car tu sais, chez nous, ça ne se fait pas. »

Un carnet de maternité pour femmes migrantes

Toujours à Nantes, le *Car'Mat'*, un carnet de maternité adapté, a été développé dans le cadre d'un travail de thèse [1] et avec le soutien de la médiatrice du programme bidonvilles de Médecins du monde. Il s'agit d'un carnet de maternité adapté, traduit et imagé, destiné aux femmes migrantes en situation de vulnérabilité. Il s'adresse également aux différent.e.s professionnel.le.s s'inscrivant dans le parcours de soins de ces femmes, afin qu'ils/elles puissent mieux saisir les difficultés spécifiques qu'elles rencontrent et faciliter la coordination de leur suivi de grossesse. Réalisé avec le soutien du service prévention de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), cet outil a été conçu à partir de ressources complémentaires : revue de la littérature et des outils existants, besoins et avis exprimés par les professionnel.le.s et par les femmes elles-mêmes, sur le fond comme sur la forme, à toutes les étapes de son élaboration. Son utilisation a été évaluée localement par le biais du travail de mémoire d'une sage-femme [2]. Les droits d'exploitation et de diffusion du *Car'Mat'*³ ont été cédés au PNMS, dans le cadre d'une utilisation non



commerciale. D'autres professionnel.le.s de santé souhaitent l'utiliser. Il s'agit donc à présent de diffuser largement cet outil, de le faire évoluer au regard de l'évaluation et de le traduire dans d'autres langues.

Fanny Bordeianu, médiatrice de Médecins du monde à Nantes, accompagne depuis plus de cinq ans Ilona, âgée de 37 ans et mère de 6 enfants. Lorsqu'elle l'a rencontrée, Ilona était très réticente dès qu'il était question de soins ou de suivi médical, et sa réaction était toujours : « Pas besoin, Dieu veille sur moi ! » Petit à petit, à force d'échanges, de temps passé ensemble et de confiance, Ilona a souhaité que la médiatrice l'accompagne, en particulier pour le suivi de sa dernière grossesse. La médiatrice lui a alors présenté le *Car'Mat'*. Bien que ne sachant ni lire ni écrire, elle se l'est tout de suite approprié. Elle s'est reconnue à travers les illustrations, l'a montré à son mari, elle a commencé à l'emporter à chaque consultation. Elle a demandé à la médiatrice de noter tous ses rendez-vous dans le carnet, fière de détenir son propre dossier, bien à elle. Au bout de quelques mois, elle a souhaité poursuivre seule son suivi : « Je sais comment faire, j'ai

mon carnet... Il y a tout dedans. » Pour accoucher, elle a choisi une anesthésie péridurale, puis le moyen de contraception qui lui convenait après la naissance de sa fille. Le *Car'Mat'* semble avoir été un déclencheur, le vecteur de ses propres choix, un compagnon tout au long de sa grossesse et même après.

La médiation en santé a été reconnue par la loi de modernisation de notre système de santé comme étant un outil pour « améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées » du système de santé⁴. Les médiateurs et médiatrices en santé s'avèrent également des professionnel.le.s-ressources pour penser un accès à la santé qui prenne en compte la langue et la « littératie⁵ » des personnes en situation de vulnérabilité. ■

1. En ligne : www.mediation-sanitaire.org.
2. <http://doc.leplanningfamilial38.org/ListRecord.htm?list=table&global=on&idInlist=0&what=rom&table=3&date>
3. En ligne : <http://www.mediation-sanitaire.org/wp-content/uploads/2016/08/Car-Mat-sept-2015-version-d%C3%A9valuation.pdf>
4. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, préambule. En ligne : <http://www.mediation-sanitaire.org/presse/informations-nationales/l'article-90-de-la-loi-de-modernisation-de-notre-systeme-de-sante-traitement-de-la-mediation-sanitaire-janvier-2016/>

Par ailleurs, la Haute Autorité de santé – HAS, à la suite de l'inscription de la médiation en santé dans le Code de santé publique, a été saisie par la Direction générale de la santé – DGS, la Direction générale de la cohésion sociale – DGCS et la Direction de la sécurité sociale – DSS afin d'élaborer dans le cadre de recommandations en santé publique, un référentiel de compétences, de formations et de bonnes pratiques pour la médiation en santé. Le programme national de médiation sanitaire et Médecins du monde sont associés à ces travaux. Le texte définitif devrait être disponible sur le site de la HAS en avril 2017.

5. Selon l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), la littératie est « 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 ».

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] ROUSSELLE A. *Réalisation d'un carnet de maternité adapté au suivi de grossesse des femmes roms : étude qualitative auprès de femmes roms et des professionnels*, à Nantes. [Thèse de médecine]. Université de Nantes, 2013 : 134 p. En ligne : <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=d1cac7a3-ee86-4dcc-9667-efd9a109b974>

[2] DRÉANO É. *La Grossesse chez les femmes roms migrantes de l'agglomération nantaise : impact de la mise en place d'un carnet de maternité adapté et propositions d'accompagnement*. [Mémoire en vue du diplôme de sage-femme]. Université de Nantes, 2016 : 217 p. En ligne : <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=da7b17bd-abca-46bb-a10e-d4c031f3e299>

Handicap : un support adapté pour l'échange patient-professionnel pendant la consultation

Pauline d'Orgeval,
présidente,
association CoActis Santé,
Paris.

L'accès aux soins pour les personnes en situation de handicap – soit 14 % des 15-59 ans¹ en France [1] – est un droit fondamental, toutefois très peu abordé dans la loi handicap de 2005 [2]. Comme le souligne notamment le rapport de Pascal Jacob sur l'accès aux soins des personnes handicapées [3], remis en 2013 aux pouvoirs publics, elles présentent une surmorbidity et une surmortalité par rapport à la population générale, en lien avec un suivi médical très irrégulier, voire inexistant pour les soins courants [4]. Les pistes de solutions ont été identifiées afin d'améliorer cet état préoccupant de la situation. La défaillance, voire l'absence de soins peuvent accentuer la douleur physique et/ou psychique, aggraver les symptômes, provoquer l'apparition de complications et, donc, une détérioration de l'état de santé. En cas d'absence prolongée de prise en charge, les soins interviendront tardivement, en urgence, avec parfois la nécessité de pratiquer une anesthésie générale. Dans ce contexte, les personnes en situation de déficience intellectuelle ou d'autisme nécessitent un suivi spécifique, avec des gestes et des supports adaptés pour le dialogue et la relation avec le personnel soignant.

Souvent, l'accueil des personnes en situation de handicap dans les structures de soins dédiées à l'ensemble de la population ne fait pas l'objet de dispositifs spécifiques, hormis

l'aménagement des locaux (rampes d'accès, etc.). Une organisation, une signalétique adaptée, des équipements spécifiques sont donc très rarement présents. On constate également une absence générale d'outils de communication. Les professionnels de santé ne sont pas spécifiquement formés ni sensibilisés pour accueillir et soigner dans des conditions favorables. Il n'existe pas de référentiel listant les équipements et les outils de communication les plus pertinents pour accueillir ce public.

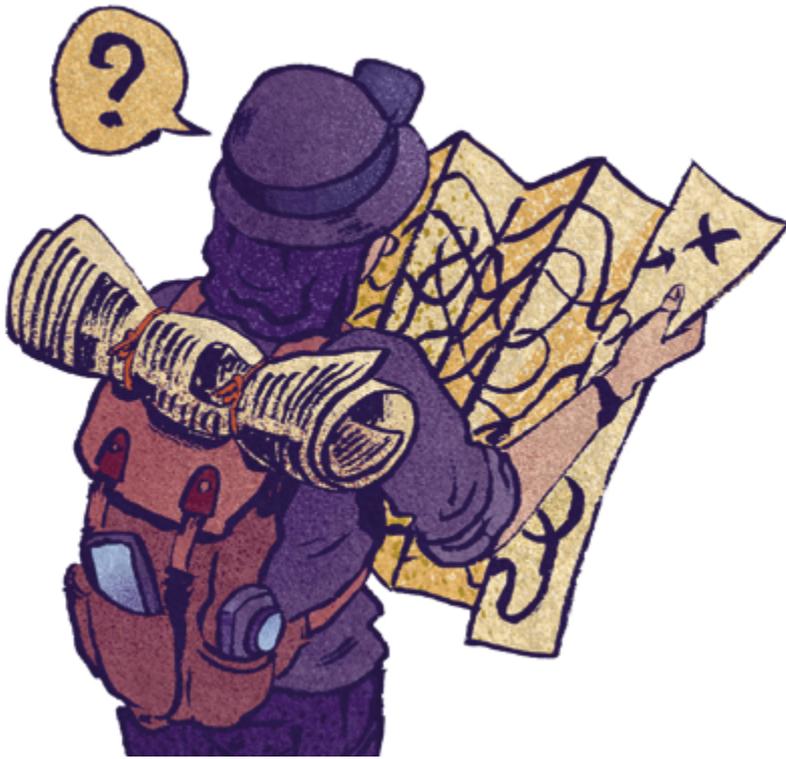
Un outil conçu collectivement

L'association Coactis Santé a pour objet d'améliorer l'accessibilité à toutes les personnes en situation de handicap des dispositifs de droit commun. Fin 2013, elle a constitué un groupe de travail réunissant une soixantaine de participants (représentants des

différents types de handicaps, associations, professionnels des secteurs de la santé et du médico-social) pour concevoir l'outil SantéBD, un support de communication adapté afin que l'information liée aux soins et à la santé soit davantage accessible aux personnes en situation de handicap.

L'outil est constitué de fiches qui décrivent les consultations médicales, dentaires, paramédicales et hospitalières, pour faire comprendre les actes de soins et de prévention. Ces fiches ont pour objet de préparer les consultations, de réduire ainsi le stress, de créer un dialogue patient-professionnel au cours de la consultation. Elles concernent toutes les personnes qui ont besoin – du fait de leur âge (enfants) ou d'une déficience – d'un support visuel pour mieux comprendre, anticiper, accepter et participer aux soins.





Le patient peut poser des questions à partir du support imagé, obtenir des éclaircissements afin de pouvoir être mieux soigné. Les fiches peuvent donc aider les professionnels – et aussi les accompagnants familiaux – à mieux accompagner le patient dans des situations sources de stress et d'agitation, pouvant provoquer des interactions sociales non adaptées ou des comportements accentués de repli sur soi. Elles comportent chacune une illustration accompagnée d'un texte simple ; elles peuvent être personnalisées selon le type de déficience (autisme, handicap moteur, déficience intellectuelle, visuelle ou auditive) et se déclinent selon le genre et l'âge. Les illustrations s'attachent à représenter au mieux les visages, les émotions, les mouvements corporels.

Ces fiches sont gratuites, consultables et imprimables à partir du site (www.santeBD.org) ou *via* l'application santéBD (sur tablettes et téléphones portables de type Smartphone).

16 types de consultations sur l'application santéBD

À ce jour, 16 types de consultations sont disponibles, qui se déclinent par thèmes :

- consultations médicales : généraliste, gynécologie ;
- consultations dentaires : l'examen, les actes de soins et la prévention ;

- imagerie : passer une radio, une imagerie par résonance magnétique (IRM), un scanner, une mammographie ;

- prise en charge de la douleur : le Méopa², l'anesthésie générale, parler de la douleur, les injections de toxine botulique³ ;

- actes de soins : faire une prise de sang, avoir un plâtre, avoir une perfusion, une ponction lombaire.

L'outil a reçu le prix Acteur national des Victoires de l'accessibilité en juin 2015. Il continue d'être développé, et de nouvelles fiches sont réalisées chaque mois. Enfin, l'outil a été testé auprès de personnes en situation de handicap (*via* les délégations de l'association Nous aussi (<http://www.nousaussi.org/>), et une évaluation plus large est en cours. ■

1. Par ailleurs 1,7 million de personnes en France souffrent d'un handicap visuel (malvoyance légère ou moyenne pour 1,5 million et cécité/malvoyance profonde pour 200 000 d'entre elles). 5 millions de personnes vivent avec un handicap auditif et 2,3 millions avec un handicap moteur, 700 000 personnes souffrent d'un handicap mental et entre 300 000 et 500 000 personnes sont atteintes d'un trouble envahissant du développement, dont 60 000 personnes autistes.
2. Mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote, traitement analgésique et anxiolytique, essentiellement pour la prise en charge de la douleur.
3. Médicament qui permet de détendre les muscles.

L'ESSENTIEL

► Les personnes en situation de handicap sont parties prenantes dans l'élaboration de l'outil SantéBD.

► À ce jour, 16 types de consultations sont disponibles par fiches pour une meilleure accessibilité aux soins.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). *Chiffres clés 2016 de l'aide à l'autonomie* [Rapport]. 2016 : 20 p. En ligne : http://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_chiffrescles2016-web.pdf

[2] *Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*. Journal officiel, 12 février 2005, n° 36 : p. 2353. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000809647&categorieLien=id>

[3] Jacob P. *L'accès aux soins et à la santé des personnes handicapées*. [Rapport à Marisol Touraine et Marie-Arlette Carlotti], remis le 6 juin 2013. En ligne : <http://social-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-de-pascal-jacob-sur-l-acces-aux-soins-et-a-la-sante-des-personnes>

[4] Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. *Instruction n° DGOS/DGCS/3B/2015/313 relative à la mise en place de dispositifs de consultations dédiés pour personnes en situation de handicap*, 20 octobre 2015 : 24 p. En ligne : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/11/cir_40249.pdf

Voir aussi : *Décret n° 2009-322 du 20 mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie*. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020436314&categorieLien=id>

Des pictogrammes pour que le patient puisse communiquer avec le soignant

Nadège Renaux,
Floriane Crine,
Mission handicap,
direction de l'Organisation médicale
et des Relations avec les universités,
service médecine-gériatrie-handicap,
Assistance publique – Hôpitaux de Paris,
Paris.



La mission handicap de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), soient les grands hôpitaux publics de la Région parisienne¹ – a conçu, à partir de 2010, des pictogrammes pour favoriser le dialogue et la prise en charge des patients ayant des difficultés d'expression et/ou de compréhension, de communication (liées à un handicap temporaire ou définitif, à une fatigue extrême, à l'âge, à une maladie évolutive, aux soins, à un accident...) et des patients non francophones et de leurs accompagnants. MediPicto APHP est un site Internet gratuit composé de pictogrammes, consultable à partir d'un téléphone mobile (Smartphone), d'une tablette ou d'un ordinateur².

Une demande des urgentistes

Tout a commencé en 2010, lorsque l'AP-HP – via un groupe de travail piloté par sa mission handicap – a créé un kit de communication sous forme de pictogrammes sous-titrés en six langues, disponible sous feuillets plastifiés. L'AP-HP répondait à la demande des médecins urgentistes et des associations de patients handicapés, demandeurs de solutions pour faciliter le dialogue, en situation d'urgence, entre soignants et patients ayant des difficultés de communication. L'association parole-pictogrammes permet

en effet de mieux appréhender une question ou une information concernant un soin ou un examen. Ce kit, distribué à l'ensemble des services d'urgence, a rapidement été réclamé par d'autres services (soins palliatifs, gériatrie, réanimation, pédiatrie...) pour les consultations ou les hospitalisations, et il a été enrichi de nouveaux pictogrammes et sous-titré en d'autres langues. Ce kit « papier » est devenu, à compter de septembre 2015, un site Internet beaucoup plus large.

À ce jour MediPicto est composé de 150 pictogrammes conçus et validés par un groupe de travail constitué de professionnels des secteurs sanitaire et médico-social et des représentants d'associations de personnes handicapées. Ils sont sous-titrés en français et dans la langue du patient (seize langues³ actuellement disponibles) et se déclinent en quatre versions : femme, homme, fille, garçon.

Le soignant mène l'échange

En début d'entretien le soignant paramètre l'outil et utilise, face au patient, un enchaînement de pictogrammes qui permet de poser des questions afin d'établir un diagnostic, par exemple : « Avez-vous de la fièvre/perdu connaissance ? » et d'expliquer un soin : « On va vous faire une perfusion/un examen/une radio. » Le patient répond à l'aide de trois pictogrammes : « Oui./Je ne comprends pas./Non. » Il peut aussi répondre à partir d'une échelle de douleur qu'on lui montre, d'une planche d'anatomie, de l'évaluation du temps, du type de douleur, de la posologie, etc. Il peut interagir à tout moment avec le soignant grâce à un bouton « remarques patient » pour exprimer un état ou un besoin à l'aide de pictogrammes, par exemple : « J'ai mal/froid/faim/Je veux aller aux toilettes. »

Considéré comme très utile mais méconnu

MediPicto répond à une réelle demande des soignants souvent démunis devant des patients qui ne sont pas en capacité de comprendre et/ou de répondre à leurs interrogations. Les utilisateurs apprécient la gratuité du service, l'utilisation hors connexion, la simplicité d'utilisation et la

L'ESSENTIEL

▣ **L'Assistance publique – Hôpitaux de Paris a créé 150 pictogrammes pour que les patients en grande difficulté de communication puissent échanger avec le soignant.**

▣ **Le soignant utilise les pictogrammes pour que le patient puisse lui expliquer ce dont il souffre, ses symptômes, ses attentes, etc.**

traduction en seize langues qui permet d'entrer en relation rapidement avec des patients étrangers. Outre les professionnels de santé en milieu hospitalier, des structures médico-sociales, des professionnels libéraux, les familles, proches et aidants utilisent aussi cet outil. La version actuelle va être enrichie, en 2017, de 200 nouveaux pictogrammes. MediPicto est cependant encore peu connu et peu utilisé, raison pour laquelle l'AP-HP prévoit de le transformer courant 2018, en une véritable application, qui sera largement disponible depuis tout téléphone mobile, ce qui facilitera son téléchargement par les professionnels, les patients (personnes handicapées, affaiblies par la maladie, vulnérables, non francophones, etc.) et leurs proches. ■

Pour en savoir plus

● www.aphp.fr/handicap

1. Regroupement d'hôpitaux publics sur Paris et la région Île-de-France.
2. Pour utiliser MediPicto, soit le télécharger à partir du site www.medipicto.fr, soit flasher le QR code, une fois installé sur mobile ou sur tablette, il est utilisable y compris sans connexion.
3. Allemand, anglais, arabe, arménien, chinois mandarin, espagnol, grec, italien, japonais, polonais, portugais, roumain, russe, tamoul, turc.

Une ordonnance visuelle pour éviter les accidents de prise de médicaments

Lydia Lescot,

chargée de mission promotion de la santé,
centre communal d'action sociale,
La Voulte-sur-Rhône.

La scène se passe en 2012, lors de l'atelier d'alphabétisation au centre social Pierre-Rabhi¹ de La Voulte-sur-Rhône, dépendant du centre communal d'action sociale (CCAS) : six femmes en situation d'analphabétisme ou d'illettrisme échangent sur les questions de santé avec une technicienne en économie sociale et familiale. Le groupe parle des médicaments, du problème de compréhension des ordonnances et des risques d'erreur de prise. Toutes posent la même question : « *Quel médicament et quelle est la dose que je dois prendre ? Combien de fois par jour et pendant combien de temps ?* » L'une d'entre elles raconte avoir commis une erreur – mauvaise compréhension des consignes – ayant entraîné l'intoxication médicamenteuse de son garçon de trois ans, qui a dû être hospitalisé. Elle n'avait pas osé faire état de son incapacité à lire l'ordonnance, tant auprès des professionnels de santé que de son environnement social.

Les femmes du groupe expriment alors le besoin d'une aide concrète pour gérer leurs médicaments de façon autonome et sûre à leur domicile. La technicienne les oriente vers la réalisation d'un support adapté à leur capacité d'utilisation, qu'elles réalisent ensemble : cette « ordonnance visuelle » est développée dans le cadre du contrat urbain de cohésion sociale (Cucs) porté par le CCAS ; elle est testée



dans deux pharmacies de la ville et sera décerner, en 2013, le 3^e prix de l'Innovation sociale locale de l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (Unccas).

L'ordonnance visuelle offre un autre code de lecture pour la prise de médicaments, de sorte que le patient ne se trouve pas démuné chez lui face à des boîtes de médicaments et une ordonnance. Elle visualise, avec des gommettes de couleur et des pictogrammes, la prescription (et la posologie, c'est-à-dire les molécules à prendre et leur fréquence/durée de prise). Elle ne se substitue pas à l'ordonnance du médecin, mais elle en assure la compréhension par le patient. À l'origine donc, l'ordonnance visuelle était conçue pour les personnes en situation d'analphabétisme ou d'illettrisme, mais à l'usage son public s'est élargi aux personnes en situation de précarité, de vulnérabilité sociale, aux

L'ESSENTIEL

- ▶ L'ordonnance visuelle a pour particularité d'avoir été développée par des usagers en lien avec des professionnels, dans un centre social.
- ▶ Elle permet aux personnes en difficulté d'écriture ou/et de lecture de suivre correctement les prescriptions médicamenteuses des médecins.
- ▶ L'ordonnance visuelle est lauréate du dernier concours national Droits des usagers en santé, qui s'est tenu le 18 avril 2017.

non-natifs de France, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et donc à l'ensemble des structures qui les accompagnent.

Évaluation en cours

L'ordonnance visuelle a reçu le soutien de l'État, de l'agence régionale de santé (ARS) et de la Région pour son développement. Les premiers utilisateurs ont été les centres d'accueil des demandeurs d'asile (Cada) en Ardèche, à l'initiative de l'État via ses services déconcentrés et les préfectures de région et la permanence d'accès aux soins (PASS) du centre hospitalier de Privas. En 2016, elle a été expérimentée à plus grande échelle en lien avec plusieurs PASS en région Rhône-Alpes, puis par d'autres structures dans des départements et des villes : Loire, Savoie, Rhône, Isère, Nord à Lille et à Roubaix. Ces utilisateurs ont répondu à un questionnaire recensant



les suggestions d'ajustements, au plus près des pratiques. Depuis juin 2016, le CCAS bénéficie d'un accompagnement sous forme d'appui méthodologique pour évaluer l'ordonnance visuelle et son usage, avec le soutien de l'Observatoire régional de santé (ORS) et de l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) Auvergne-Rhône-Alpes. Les premiers résultats de l'évaluation étaient attendus courant juin 2017. Parallèlement à cette expérimentation, l'ordonnance visuelle se fait aussi connaître *via* les réseaux et les rencontres professionnelles, comme lors du colloque sur la littératie et la santé à Grenoble en juillet 2016³. L'ordonnance croise ce concept novateur de littératie en santé, reliant la question de la maîtrise de la langue orale et écrite et de son impact sur la santé.

Réduire les risques d'accidents

Selon les premiers retours des usagers, l'ordonnance visuelle est perçue comme une réponse adaptée pour soutenir l'accompagnement à l'autonomie des personnes vers une meilleure

maîtrise de leur traitement médicamenteux, en dépit des contraintes liées à leur non-maîtrise de l'écrit, de la lecture. Elle est considérée comme une réponse simple, accessible pour les patients dans la mesure où elle sécurise leur prise de médicaments en diminuant les risques d'erreur. Elle procure un mieux-être aux patients qui l'expriment ainsi : « *Enfin, on comprend !* » Parallèlement à l'évaluation en cours, une doctorante en pharmacie a réalisé une enquête dans le cadre de sa thèse [1], en relatant une expérimentation effectuée dans une officine. Il en ressort en particulier un haut niveau d'adhésion, puisque 87 % des patients interrogés à la pharmacie estiment que l'ordonnance visuelle est lisible et compréhensible. Pour assurer la continuité de cette initiative, le centre social et ses partenaires envisagent de lancer une recherche interventionnelle, fondée donc sur une approche scientifique pluridisciplinaire, permettant de recueillir des données probantes, dans une optique de transférabilité de cette ordonnance visuelle à une plus grande échelle. ■

1. L'ordonnance visuelle s'intègre dans les actions du centre social Pierre-Rabhi, qui se fixe pour priorité de faciliter l'accès à l'information sur les droits et sur la prévention. Le centre accompagne les publics pour qu'ils formalisent et expriment leurs besoins en santé, développent leurs connaissances, leur motivation et leurs compétences. Les ateliers sociolinguistiques, le dispositif d'accès aux droits individuels (Adi) figurent parmi les activités organisées par le centre.
2. Les quantités à prendre sont explicitées par le nombre de gommettes-pictogrammes à coller dans chaque case ; en bout de ligne, un calendrier est accolé pour visualiser la durée totale du traitement.
3. Journée d'étude Littératie en santé, 5 juillet 2016, Grenoble, à l'initiative de l'Ireps, de l'Iris, avec l'ARS, la Région, le Département, l'Éducation nationale (académie).

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

[1] Provoit L. *L'ordonnance visuelle : évaluation d'un outil d'aide à la dispensation pour améliorer la prise en charge à l'officine des personnes ayant un faible niveau de littératie en santé*, [thèse de doctorat en pharmacie]. Grenoble : université Grenoble Alpes, janvier 2017 : 159 p.

Littératie et santé publique : l'exemple de la CMU-C

Philippe Warin,

directeur de recherche,
Centre national de la recherche
scientifique (CNRS),
Observatoire des non-recours aux droits
et services,
université Grenoble Alpes, Grenoble.

Le nombre de bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)¹ continue de s'accroître, soit de + 3,5 % des effectifs entre décembre 2014 et décembre 2015, avec un taux de non-recours en métropole estimé entre 23 % et 36 % en 2014. À la demande du Fonds CMU, une enquête a été réalisée en 2016, pour réexaminer les raisons du non-recours à la CMU-C [1] par la population qui y aurait droit. Sa particularité est d'avoir interrogé des bénéficiaires potentiels au sein de populations en situation de précarité, alors que la plupart des études portent sur des publics d'assurés sociaux déjà connus.

Deux acteurs nationaux ont été associés à sa réalisation : la Croix-rouge française et l'Agence nationale de lutte contre l'illettrisme (ANLCI). Grâce à eux, l'enquête a été réalisée auprès de personnes sans complémentaire santé, éligibles à la CMU-C, mais n'y recourant pas. Certaines fréquentent les centres de distribution alimentaire et les accueils de jour, d'autres suivent un parcours professionnalisant au sein de structures de formation continue ou d'insertion par le travail. L'implication de l'ANLCI dans la réalisation du questionnaire a permis, pour la première fois, d'étudier le lien entre non-recours et illettrisme².

L'enquête a été conduite en deux temps de décembre 2015 à avril 2016, à travers la diffusion dans les réseaux des deux acteurs d'un questionnaire, puis

via des entretiens téléphoniques auprès d'un certain nombre de personnes. Au total, 181 questionnaires ont été exploités et 23 entretiens ont permis d'approfondir l'analyse.

Précarité et faible autonomie dans les démarches administratives

Les résultats montrent que 79 % des répondants déclarent vivre seuls et 68 % n'ont pas d'enfant à charge. Le fait de vivre seul, souvent sans enfant à charge, a son importance : c'est l'un des facteurs influant sur le fait de ne pas recourir à la CMU-C, élément que des recherches ont mis en avant [2]. Plus d'1 répondant sur 2 est au chômage et en recherche d'emploi, tandis qu'1 répondant sur 5 est allocataire du revenu de solidarité active (RSA). Une majorité déclare une situation financière difficile ou très difficile (55,9 %).

62,7 % des répondants ne trouvent pas seuls ou difficilement seuls les informations nécessaires pour leurs démarches administratives. Ils ont des difficultés ou se font aider par un tiers pour réaliser une démarche administrative. En outre, si 47,1 % ne peuvent pas se faire aider pour des démarches administratives, 65,7 % déclarent rencontrer parfois un travailleur social.

Méconnaissance ou renoncement face aux démarches

Pour 48 % des répondants, l'absence de complémentaire santé CMU-C est liée à un manque d'autonomie ou de capacité à utiliser l'information disponible. Un tiers déclarent ne pas savoir ce qu'est la CMU-C, voire ne pas connaître son existence. Il s'agit d'un non-recours par méconnaissance. Les entretiens qualitatifs montrent que ce

L'ESSENTIEL

■ **Une enquête montre qu'une part non négligeable des personnes en situation d'illettrisme ou en difficulté ne bénéficient pas de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) par méconnaissance ou par renoncement face aux démarches : leur faible niveau de « littératie » en santé est un facteur majeur de nonaccès.**

■ **L'intervention de services ou d'acteurs sociaux, administratifs ou médicaux est essentielle pour informer, orienter, accompagner ces personnes et ainsi leur permettre d'agir elles-mêmes sur leur santé.**

non-recours découle d'une méconnaissance globale du système de protection sociale : confusion entre assurance maladie obligatoire, assurance maladie complémentaire, carte Vitale, etc.

Par ailleurs, des personnes qui connaissent le dispositif ne demandent pas ou ne renouvellent pas la CMU-C. Deux tiers des répondants, qui déclarent savoir ce qu'est la CMU-C, pensent pouvoir en bénéficier et autant l'ont obtenue dans le passé, les autres ayant abandonné du fait de demandes de pièces administratives.

Plusieurs motifs expliquent qu'ils n'aient pas entrepris la démarche :

- la complexité des démarches, principalement évoquée : les répondants qui disent savoir ce qu'est la CMU-C, mais qui ne l'ont pas pour autant demandée, justifient principalement le non-recours par la complexité des démarches ;
- le risque de non-demande aggravé par l'illettrisme, en dépit d'un niveau de connaissance identique : les personnes en situation d'illettrisme avéré représentent 22 % du total de l'échantillon. La CMU-C ne paraît pas plus difficile

à comprendre pour une personne en situation d'illettrisme que pour les autres répondants. En revanche, l'illettrisme entre en ligne de compte dans l'explication de la non-demande : en effet, les personnes en situation d'illettrisme sont plus nombreuses à mettre en avant la complexité des démarches pour demander la CMU-C ;

- d'autres raisons « volontaires » ou « involontaires » : outre la complexité des démarches, la non-demande renvoie à plusieurs raisons « volontaires » : les personnes enquêtées disent ne pas accorder d'importance à la complémentaire santé, ou éviter une complémentaire perçue comme de moindre qualité, ou encore être prises en charge à 100 %, parce qu'elles sont reconnues en affection longue durée (ALD). Le défaut de demande renvoie aussi à des raisons « involontaires » : certains répondants disent ne pas pouvoir se lancer dans une démarche parce qu'ils doivent faire face à des problèmes psychologiques ou sont confrontés à d'autres priorités.

Préconisations

Cette synthèse de l'étude rend compte de l'ampleur de la tâche pour prévenir le phénomène de non-recours à la CMU-C, comme d'ailleurs à d'autres dispositifs sociaux. Les constats renvoient pour l'essentiel à trois niveaux de préconisation :

- la communication publique sur les dispositifs d'assurance maladie ;
- le repérage des situations de non-recours par les acteurs opérationnels (organismes sociaux, services sociaux, associations, etc.), c'est-à-dire l'intervention sociale individualisée pour informer, orienter, accompagner les personnes les moins autonomes dans les démarches à accomplir. Cette intervention permet aussi de les responsabiliser tout en respectant leur liberté, de bien leur expliquer les enjeux pour leurs proches en termes de couverture maladie, etc. ;
- l'information en masse des publics est nécessaire, mais elle a des effets limités pour un coût élevé. D'autres interventions sont donc à développer. À commencer par des actions d'explication ciblées et individualisées, lesquelles ont fait leurs preuves [3]. L'intervention de services ou d'acteurs sociaux, administratifs ou médicaux pour informer, orienter, accompagner

et aussi pour responsabiliser les personnes et les rendre parties prenantes de leur santé est essentielle : c'est la question de la « littératie en santé ». La recommandation du Fonds CMU de renforcer les partenariats locaux va dans ce sens [4]. Elle a pour horizon de prévenir les coûts sociaux, individuels et collectifs, induits par l'absence d'une complémentaire santé.

Sur ce plan, une observation émerge en particulier. Il s'agit de l'approche très différenciée du non-recours à la CMU-C, par les acteurs sociaux, comme des structures de formation et d'insertion ou des centres de distribution alimentaire et des accueils de jour. Les postures organisationnelles et professionnelles ne sont pas les mêmes apparemment, malgré les contraintes comparables qui pèsent sur ces acteurs.

Une approche préventive

Cette diversité des postures est un enjeu central pour la prévention du non-recours. Elle incite à s'interroger sur les possibilités pour parvenir à un engagement effectif et significatif des acteurs opérationnels, publics ou privés, dans la détection des situations de non-recours, notamment – mais pas seulement – à la CMU-C, à l'entrée des publics dans les dispositifs et tout au long des parcours. Un préalable pourrait être de rendre actives sur ce plan les nombreuses conventions qui lient les acteurs opérationnels, publics ou

privés, aux organismes qui les habilitent ou les financent. Il s'agit de ne pas oublier pour autant cet autre résultat de l'étude, qui pose particulièrement question, selon lequel le fait de rencontrer parfois un travailleur social n'a pas d'incidence sur les parcours dans les droits.

Une approche préventive du non-recours à la CMU-C aurait donc probablement tout intérêt à être menée au plus près des populations qui y sont exposées plus que d'autres, en particulier les populations en situation de précarité ou de pauvreté. Sur ce plan, il sera intéressant de suivre les initiatives de l'assurance maladie au travers des plans locaux d'accompagnement du non-recours, des incompréhensions, des ruptures (Planir [5]), en lien avec d'autres acteurs des territoires, pour leurs effets-leviers sur ce sujet comme sur d'autres. ■

1. Le dispositif de CMU-C permet notamment une prise en charge à 100 % des frais de santé, avec une dispense d'avance des frais. Les bénéficiaires doivent avoir des ressources inférieures à un certain plafond (726 € par mois en 2017 pour une personne seule vivant en métropole). Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000198392&categorieLien=cid>

2. On parle d'illettrisme pour des personnes qui, après avoir été scolarisées en France, n'ont pas acquis une maîtrise suffisante de la lecture, de l'écriture, du calcul, des compétences de base pour être autonomes dans les situations simples de la vie courante.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Chauveaud C., Warin P. *Le non-recours à la couverture maladie universelle complémentaire. Enquête auprès de populations précaires*. [Rapport] Étude pour le Fonds CMU, 2016, n° 66 : 66 p. En ligne : https://odenore.msh-alpes.fr/documents/rapport_final_nr_cmu-c_-_novembre_2016_0.pdf
- [2] Chauveaud C., Rode A., Warin P. *et al. Le non-recours aux soins des actifs précaires*. [Rapport] Étude pour l'Agence nationale de la recherche, programme Santé Environnement – Santé Travail, 2007, n° 22 : 32 p. En ligne : http://odenore.msh-alpes.fr/documents/NOSAP_INTER_2.pdf
- [3] Warin P. Mieux informer les publics vulnérables pour éviter le non-recours. *Informations sociales*, 2014, vol. 4, n° 178 : p. 52-62. En ligne : <https://>

www.cairn.info/zen.php?ID_ARTICLE=INSO_178_0052

[4] Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. *Rapport d'activité 2015*. Paris : Fonds CMU, 2016 : p. 36. En ligne : https://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_activite_2015.pdf

[5] Fatoux C., Serrano C., Maginot V., Casano J.-Y. PLANIR une démarche concrète de l'Assurance maladie pour favoriser l'accès aux droits et aux soins et mieux accompagner les situations à risques. *Regards*, 2014, n° 46, septembre : p. 99-106. En ligne : http://www.en3s.fr/articles-regards/46/Fatoux_Serrano.pdf

L'association Cultures&Santé forme et outille les professionnels qui interviennent auprès de groupes de personnes vivant dans des contextes où les inégalités sociales se font particulièrement sentir.

En Belgique, un kit pédagogique pour aider les populations à accéder à l'aide sociale

Alexia Brumagne,
chargée de projets,

Maïté Cuvelier,
chargée de projets,

Marjolaine Lonfils,
directrice adjointe,
Cultures&Santé, Bruxelles (Belgique).

Fondée il y a 40 ans, Cultures&Santé¹ a fait de la lutte contre les inégalités sociales de santé son cheval de bataille. Active dans le champ de l'éducation populaire² et de la promotion de la santé, cette association inscrit son action en faveur d'une société plus solidaire et plus équitable. Concrètement, Cultures&Santé vient en soutien des professionnels-relais, à savoir les travailleurs, les bénévoles intervenant directement auprès de groupes d'adultes dans les secteurs de l'éducation populaire, de l'alphabétisation, de l'aide sociale, de l'insertion socioprofessionnelle, des soins de santé, etc. Elle met en œuvre à leur intention une palette d'activités : formations, conception de supports d'animation, gestion d'un centre de ressources, réalisation de projets en partenariat intersectoriel, transferts de connaissances, d'expériences, etc. L'association met à disposition une expertise dans la communication adaptée aux personnes maîtrisant peu la langue française (à l'oral et à l'écrit) et, parmi elles, les personnes ayant vécu l'exil et peu scolarisées.

La « littératie » en santé : une piste de travail

Dans un contexte où les inégalités persistent et s'accroissent, l'accès aux informations en matière de santé demeure un enjeu majeur. De ce constat a émergé un projet que Cultures&Santé met en œuvre depuis 2013 [1]. Dès ses prémices, son attention a été attirée par la littératie en santé, ce concept en émergence qui a déjà fait couler beaucoup d'encre. L'association en défend une vision élargie selon laquelle la littératie en santé concerne toute information qui permet à l'individu et au collectif d'agir sur leur santé ou leur qualité de vie ; c'est-à-dire aussi bien les informations portant sur les soins de santé, que celles portant sur les facteurs de risque ou sur les liens entre la santé et les déterminants sociaux tels que le logement, l'école, l'accès aux droits, etc.

L'exemple de l'aide sociale en Belgique

Dernier filet de protection sociale, le droit à l'aide sociale en Belgique est assuré par des organismes publics, les centres publics d'action sociale³ (CPAS), et peut prendre différentes formes (aide financière ou matérielle, accompagnement social ou juridique, insertion à l'emploi). Pour plusieurs raisons, les procédures pour accéder à ces aides peuvent varier d'un CPAS à l'autre et sont souvent complexes. Elles sont peu accessibles et encore moins à une personne qui dispose de peu de repères pour évoluer

L'ESSENTIEL

► En Belgique, l'association Cultures&Santé a conçu un kit pédagogique illustré et visuel pour soutenir les professionnels dans l'accompagnement et l'orientation des personnes dans le dédale de l'aide sociale.

► Ce kit permet d'informer, d'échanger, de mieux faire valoir ses droits et également de porter un regard critique sur ce système. Bref, de faire de la « littératie » en santé.



dans cette société, en raison d'une mauvaise maîtrise de la langue, d'un faible niveau d'instruction ou encore d'une méconnaissance de la législation en Belgique.

Cette grande complexité engendre de nombreuses situations de non-recours. Pourtant, le rôle des CPAS est prépondérant dans l'amélioration des conditions de vie des populations les plus fragilisées : leurs actions touchent à de nombreux déterminants de la santé tels que le logement, l'emploi



ou l'énergie. Faciliter l'accès à une information claire sur les missions des CPAS, leurs dispositifs – comme la carte médicale qui permet de bénéficier gratuitement de soins de santé – et leur fonctionnement est une piste d'action qui relève du champ de la littératie en santé. Mieux informée, une personne pourra recourir plus facilement à ces aides et à ces dispositifs ayant un impact sur la qualité de vie.

En 2015, suite à l'obtention du statut de réfugié pour de nombreux migrants, qui doivent parfois « passer par l'étape CPAS », et suite à la réforme du système d'allocations de chômage en Belgique, menant à de nombreuses exclusions du système de sécurité sociale classique, des professionnels de terrain ont ressenti le besoin d'être outillés et soutenus dans leur travail d'orientation et d'accompagnement de ces personnes.

Création d'un kit pédagogique

C'est dans ce contexte particulier que le kit pédagogique *Les CPAS* a été créé [2]. Il est composé de plusieurs supports, dont une affiche, une ligne du temps reprenant les principales étapes pour l'ouverture d'un dossier et un manuel d'accompagnement. Il a été réalisé en partenariat avec des acteurs accompagnant quotidiennement ce profil de personnes, par exemple au sein des CPAS ou d'associations de défense des usagers des services d'aide sociale.

Destiné prioritairement à l'animation de groupe, ce kit privilégie une communication visuelle adaptée, présentant notamment des pictogrammes et des schémas. L'ensemble des supports a

été testé auprès de plusieurs groupes d'adultes, notamment en formation d'alphabétisation. Ceci a permis de réajuster le contenu de l'outil, ses visuels ou les techniques d'animations proposées.

Le collectif pour informer, accompagner, dialoguer, critiquer

Le fait d'aborder le thème de l'aide sociale dans une animation collective n'est pas une démarche proposée par hasard. L'animation a pour vocation, à travers la création d'un espace d'information, de dialogue et aussi de réflexion, de fournir des clés de compréhension du système légal, social et de santé, utiles pour pouvoir accéder à cet ensemble de services et de ressources contributeurs de santé. Utiliser l'espace collectif présente d'autres vertus :

- devenir un lieu d'expression sur les difficultés quotidiennes, sur les situations incohérentes vécues ;
- valoriser les ressources, les savoirs de chacun ;
- permettre, par l'échange des points de vue, l'enrichissement des représentations ;
- et surtout porter un regard critique sur le système et la société dans laquelle nous évoluons.

Renforcer le pouvoir d'agir des personnes et du collectif sur la société

L'exemple décrit dans cet article illustre l'approche de la littératie en santé par Cultures&Santé. Elle repose sur une vision large de la santé et sur

les atouts du collectif. Fidèle aux démarches de promotion de la santé, cette approche de la littératie en santé vise, dès lors, le renforcement du pouvoir d'agir, autrement dit de l'*empowerment* des personnes et des collectifs sur leur santé, et aussi sur la société, ses systèmes, ses droits. Elle poursuit l'objectif d'un changement social.

Pour Cultures&Santé, rendre une information accessible ne suffit pas. L'association souhaite également renforcer les capacités des personnes à se saisir de l'information, à y porter une réflexion en la reliant au contexte dans lequel elles vivent ; elle ambitionne de soutenir la liberté de choix des personnes, en évitant de focaliser son attention et ses objectifs sur l'adoption des recommandations de santé généralement attendues.

Cette action traduit l'importance de mener des réflexions collectives sur ce qui détermine la santé et sur les actions à conduire pour plus d'équité en santé. C'est au cœur de ces réflexions que la littératie en santé doit être pensée et exploitée, notamment pour identifier ce qui pourrait faire obstacle à la simplification de nos systèmes sociaux. ■

1. Plus d'informations sur www.cultures-sante.be.
2. Appelée en Belgique l'éducation permanente.
3. Chaque commune ou chaque ville de Belgique a son propre CPAS.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Cultures&Santé. *La Littératie en santé : d'un concept à la pratique. Guide d'animation*. Bruxelles : Culture&Santé, 2016 : 83 p. En ligne : <http://www.platforme-asv.org/sites/default/files/ps-2016-litteratie-en-sante.pdf>
- [2] Cultures&Santé. *Les CPAS. kit pédagogique*. Bruxelles : Cultures&Santé, 2015. En ligne : <http://www.cultures-sante.be/nos-outils/outils-education-permanente/item/394-les-centres-publics-d-action-sociale-cpas.html>

En Belgique, des images pour accompagner les parents au quotidien

Delphine Jouret,
référente soutien à la parentalité,
Marie-Christine de Terwangne,
référente éducation à la santé,
Office de la naissance et de
l'enfance (ONE), Bruxelles.

L'Office de la naissance et de l'enfance (ONE) est un service public de la partie francophone de la Belgique, doté de trois missions principales :

- l'accompagnement des familles ;
- l'accueil des enfants en dehors de leur milieu familial ;
- le soutien à la parentalité.

Son offre de service, accessible à toutes les familles sans coût financier, est la suivante :

- des consultations et visites à domiciles préventives, effectuées par des travailleurs médico-sociaux, pour la femme enceinte, la mère et l'enfant jusqu'à 6 ans ;
- l'agrément des lieux d'accueil de 0 à 18 ans¹ ;
- des actions d'accompagnement de la parentalité, de promotion et d'éducation à la santé menées par les travailleurs médico-sociaux de l'ONE.

Dans ce contexte l'Office conçoit aussi des brochures, affiches et outils destinés tant aux futurs parents qu'aux parents. Ces supports sont utilisés par les travailleurs médico-sociaux de l'Office, toutefois des professionnels extérieurs, comme des sages-femmes et des médecins, en sont aussi utilisateurs. L'enjeu est de toucher effectivement l'ensemble de ces familles ; pour ce

faire, les supports et les canaux de communication sont ajustés à la diversité de ces publics.

Dans ce cadre, l'Office a notamment développé un outil sous forme de fiches pour les parents non-lecteurs de la langue française (en situation d'analphabétisme fonctionnel², primo-arrivants ne lisant pas le français, réfugiés, etc.) avec le soutien financier d'une coopérative³. L'objectif : transmettre des messages de prévention, de promotion de la santé et de soutien à la parentalité.

Les parents, ces « experts du vécu »

Pour concevoir cet outil, l'Office a identifié – à partir de l'expérience des travailleurs médico-sociaux – les grands sujets de préoccupation des futurs parents et des parents : grossesse et naissance, alimentation, sommeil, soins au bébé, développement et sécurité. Partant des brochures existantes, l'équipe de l'Office a identifié des messages-clés, lesquels ont ensuite été mis en image par une illustratrice. Ces illustrations ont été soumises à des parents du public cible, *via* les associations ATD Quart Monde et Lire et Écrire, ainsi qu'aux réseaux de lutte contre la pauvreté (Réseau wallon de lutte contre la pauvreté – RWLP) pour en vérifier la pertinence et la bonne compréhension. Cette phase – la plus importante et qui a nécessité le plus de temps – a ainsi impliqué les parents dans la construction de l'outil (démarche de création participative). Ces parents ont été considérés comme des « experts du vécu » et ont été rencontrés dans leurs lieux de vie pour

L'ESSENTIEL

▶ En Belgique francophone, l'Office de la naissance et de l'enfance a associé les parents ne sachant pas lire le français à la conception de fiches d'information sur la grossesse et la naissance, l'alimentation, le sommeil, les soins au bébé, le développement et la sécurité.

▶ Le professionnel s'en sert comme d'un outil d'échange à l'oral afin de s'assurer que les futurs parents et les parents puissent s'approprier l'information.



favoriser leur expression et respecter leur rythme et leur disponibilité. Ils ont également été réunis en groupes de discussion. Ceci a permis d'échanger sur leurs préoccupations et leur vécu. Des scientifiques et des experts de terrain ont vérifié la validité des messages de santé ; les documents ont été testés par les travailleurs médico-sociaux de l'Office ; des ajustements ont été portés, puis l'outil a fait l'objet d'une première publication en juillet 2010.



Prendre en compte le milieu culturel de ces parents

Ces différentes phases de travail parents-professionnels ont permis d'ajuster les fiches. À titre d'exemple, le premier dessin retenu, illustrant le moment de la naissance par le prisme de l'humour – une cigogne portant un bébé dans un sac – a été abandonné, car les mères africaines n'en comprenaient pas la signification. Autre exemple, dans la fiche traitant du sommeil, les parents ont insisté sur l'angoisse et l'incompréhension que suscitaient les pleurs du bébé, et l'équipe a donc ajouté une page traitant de cette question. Par ailleurs, dans la fiche sur la grossesse, un médecin – mis en image de façon humoristique – a été redessiné assis face aux futurs parents pour mieux traduire le fait que cette rencontre est un moment important pour ces derniers. Ces ajustements ont

permis d'améliorer la compréhension des illustrations (clarification des messages, prise en compte de la culture des publics cible).

Clarifier et ajuster le message

Contrairement à d'autres supports, les fiches ne sont pas mises à la disposition des parents sur table ou présentoir, mais en face à face par les professionnels qui en font la demande. Ces derniers peuvent également les remettre aux parents de façon opportune et lors des échanges, en fonction de leurs questions et des thèmes abordés. Ceci permet de partir de leurs préoccupations, le professionnel soutenant sa communication par la présentation et la remise de la fiche adéquate. Ces échanges en face à face permettent de clarifier et d'ajuster les messages. En effet, en l'absence de texte, les illustrations et les mots-clés

ne permettent pas d'apporter toutes les nuances ; d'où la nécessité de les accompagner d'explications et surtout d'un échange. Un carnet pédagogique a été créé à l'attention des professionnels afin de clarifier le message porté par l'illustration et ainsi d'exploiter au mieux l'outil.

150 000 fiches distribuées

À ce jour (sur la période 2010-2016), 150 000 fiches ont été distribuées. Une évaluation de l'outil a été menée auprès des professionnels et utilisateurs. Il en ressort que :

- l'outil est perçu comme un réel appui par les professionnels – pour ouvrir le dialogue – et par les parents – pour que les informations leur soient transmises ;
- le public de ces fiches est plus large que celui initialement visé (parents en situation de handicap, notamment parents sourds, déficients intellectuels), puisqu'il inclut aussi des parents qui sont lecteurs, mais davantage attirés par des messages directs et illustrés ;
- enfin, un élément particulièrement important à souligner est l'impact positif de cette démarche pour les parents sur le plan de la considération, de l'estime de soi, du partage d'expérience et de la reconnaissance de leur expertise. Quelques extraits de leurs témoignages l'expriment bien : « *Plutôt que de téléphoner à ma mère au pays, je peux avoir des réponses* » ; « *Je l'utilise, même si je sais lire, car ça donne tout de suite les informations, très clairement* » ; « *J'ai du mal à lire, mais ça aide quand même d'avoir des titres, quelques mots. C'est important, ça nous aide.* » Ces mots, parmi d'autres, confortent l'ONE dans le constat que son objectif de répondre au mieux aux besoins et attentes des parents est atteint. ■

Pour en savoir plus

- www.one.be

1. Accueil des enfants de 0 à 3 ans dans des milieux d'accueil à caractère collectif (crèches, etc.) et familial (accueillant.e.s) et accueil des enfants de 3 à 18 ans en extra-scolaire (centres de vacances, écoles de devoirs, temps périscolaires).

2. Personnes scolarisées, mais ayant décroché scolairement et/ou évoluant au sein de milieux précairisés.

3. La coopérative Cera a pour mission de s'investir sur le bien-être et la prospérité En ligne : www.cera.be

Une ville québécoise élabore des affiches de prévention avec des personnes présentant une déficience intellectuelle

Katie Hamilton,

agente de développement social et communautaire, service des Loisirs, du Sport et du Développement des communautés, Gatineau (Québec),

Stéphane Viau,

directeur général, Association pour l'intégration communautaire de l'Outaouais (Apico), Gatineau (Québec),

Julie Ruel, Ph.D.,

co-titulaire de la Chaire interdisciplinaire de recherche en littératie et inclusion, chercheuse associée, Centre intégré de santé et des services sociaux de l'Outaouais (Cisss), professeure associée, université du Québec en Outaouais, Gatineau.

Le Québec a pour ambition de devenir une société de plus en plus inclusive. Pour ce faire, toutes les municipalités de plus de 15 000 habitants ont l'obligation de rédiger annuellement un plan d'action afin d'identifier les mesures qui seront déployées pour augmenter l'accessibilité de leurs services. Ces mesures visent davantage les citoyens qui vivent avec des handicaps variés ou qui ont des caractéristiques les plaçant en risque potentiel d'exclusion.

C'est dans ce contexte que le service des Loisirs de la ville de Gatineau, dans le cadre de la mise en œuvre de son plan d'action d'accessibilité universelle, s'est engagé dans une recherche-action ayant pour objet de co-construire un matériel visant à mieux informer les personnes présentant une déficience

intellectuelle face à des situations d'urgence (inondation, panne d'électricité en hiver, etc.). Ces personnes fréquentent l'Association pour l'intégration communautaire (Apico), un organisme communautaire situé dans la ville de Gatineau, structure qui a – entre autres missions – celle de favoriser l'intégration et la participation sociales des personnes présentant une déficience intellectuelle.

Démarche de rédaction inclusive

La recherche-action [1] a été dirigée par Bernadette Kassi, professeure et directrice du département d'études langagières de l'université du Québec en Outaouais. Elle a permis à huit intervenants, provenant de quatre organisations, de concevoir du matériel informatif destiné à des personnes présentant une déficience intellectuelle. Ces organisations procurent à ces personnes des services directs ou indirects. Les intervenants, nommés « concepteurs » dans le cadre de la recherche, ont été répartis en quatre équipes, une par organisation. Pour le volet de la recherche concernant la conception du matériel, les concepteurs ont été associés à un groupe de personnes présentant une déficience intellectuelle. C'est ainsi que cinq usagers et une employée de l'APICO ont été associés aux deux concepteurs de la ville de Gatineau. Cette recherche-action visait entre autres à expérimenter une démarche de rédaction inclusive, c'est-à-dire qui intègre les publics cibles à toutes les étapes du processus de

conception du matériel d'information. Concrètement, le travail a été réalisé en alternant des démarches de rédaction et de validation du contenu auprès du public cible, le but étant de valider la compréhension et le choix des mots, des expressions, des images et l'organisation visuelle du matériel. Cette démarche de co-construction a permis de prendre en compte le niveau de littératie des personnes présentant une déficience intellectuelle. Aussi, les concepteurs ont saisi l'importance de présenter simultanément les images et les mots. Les échanges constructifs auprès du public cible ont favorisé le développement d'un matériel d'information plus accessible, en donnant davantage accès au sens de l'information présentée.

Tant les concepteurs que les participants du public cible ont apprécié cette façon de faire. Les deux citations suivantes proviennent du groupe de discussion, qui s'est tenu à la fin de la recherche avec les participants présentant une déficience intellectuelle. Ce sont ces derniers qui s'expriment ici : « J'ai trouvé ça super intéressant, parce que d'une manière, tout le monde a participé. Ils ont partagé les idées. » ; « Moi, j'ai trouvé ça super le fun [...] ça va pouvoir aider à des personnes à comprendre plus les sujets, les pictogrammes, les écritures. »

Quatre affiches sur les situations d'urgence

La démarche de rédaction inclusive a permis la conception de quatre affiches. Elles présentent ce que les citoyens doivent faire lorsqu'ils font face aux

quatre situations d'urgence ou de sinistre suivantes : inondation, panne de courant en hiver, foudre et canicule. Simplement, chaque image illustre une action à poser, accompagnée du message écrit avec un minimum de mots. Ainsi, les personnes ayant de très faibles compétences en littératie peuvent comprendre facilement le sens des images, même si elles ne peuvent pas lire facilement le texte.

Retombées de la démarche

L'évaluation de la démarche de rédaction inclusive a permis d'identifier quelques retombées pour tous les participants. Les concepteurs placent au premier plan le fait d'avoir été sensibilisés au besoin de rendre plus accessible l'information pour certains groupes cibles ainsi que pour les citoyens en général. Un concepteur souligne que cette démarche devrait être privilégiée lors de la création de matériel : « *Et c'était très intéressant de faire valider les choses par un groupe témoin [...] En fait, ça devrait être une méthode de travail qu'on utilise régulièrement. Selon moi, à long terme, ça nous fait gagner du temps ; surtout, on s'assure de l'efficacité de ce qu'on produit. Cela a un impact direct sur la qualité. J'ai pu l'observer dans ce groupe-là. On a l'occasion maintenant de connaître ce genre de démarche-là, de sensibiliser nos milieux sur la pertinence de le faire. Ça nous permet de produire quelque chose de meilleure qualité pour les citoyens. Ça, c'est important.* »

Les concepteurs rapportent aussi que la démarche leur a permis de développer des compétences en rédaction en langage simplifié pour rendre plus

clairs et plus simples les messages destinés aux personnes ayant des incapacités sur le plan cognitif. Ils soulignent aussi qu'ils ne peuvent plus rédiger comme avant : ils pensent davantage au public qui va les lire. Enfin, en travaillant avec des personnes présentant une déficience intellectuelle, les concepteurs ont constaté une augmentation de la compréhension de l'information lorsque les textes et les images sont présentés simultanément.

Pour leur part, les participants du public cible ont apprécié le fait d'être partie prenante de cette démarche. Ils étaient fiers et se sentaient valorisés de contribuer à améliorer le matériel développé, l'exprimant ainsi : « *Je suis très heureux... je me sentais important.* »

Du matériel transférable

Bien que les affiches aient été conçues avec et pour les personnes présentant une déficience intellectuelle, elles démontrent des qualités leur permettant d'être utilisées auprès de plusieurs autres publics. Comme en témoigne l'employée de l'Apico, qui accompagnait le groupe cible : « *C'est très simple comme document. Tout le monde peut l'utiliser.* »

La Ville a l'intention d'utiliser les affiches auprès de publics variés : enfants de 0-5 ans en service de garde, dans les écoles, auprès des personnes à faible compétence en littératie, auprès des aînés ou pour les citoyens issus de l'immigration, qui ne maîtrisent pas la langue française. Elles peuvent aussi servir de matériel pédagogique auprès des mêmes groupes, dans les organismes communautaires tels les maisons de la Famille ou dans les

organismes qui œuvrent auprès de personnes en situation de vulnérabilité ou de handicap.

L'Apico a fait parvenir les affiches à d'autres organismes communautaires qui offrent des services destinés aux personnes présentant une déficience intellectuelle, ainsi qu'à d'autres organismes de promotion et de défense des droits. Et la ville de Gatineau a rendu les affiches disponibles pour les autres villes du Québec.

Enfin, la démarche expérimentée de rédaction inclusive sert de catalyseur à des démarches d'accès à l'information dans d'autres services de la Ville, notamment le service des bibliothèques qui va contribuer à l'identification de mesures à intégrer au plan d'action pour l'accessibilité universelle de la ville de Gatineau.

En conclusion, les villes conçoivent continuellement du matériel d'information pour toute leur population. Souvent, les groupes les plus vulnérables ne peuvent pas se l'approprier. La ville de Gatineau, par la démarche de rédaction inclusive, a expérimenté une façon de faire qui peut se transférer dans plusieurs situations, au profit des personnes qui vivent des difficultés à lire, à comprendre, à traiter ou à utiliser efficacement l'information. Leur participation active permet de concevoir et de rédiger des documents ayant recours à des mots, expressions et images plus compréhensibles pour elles. Autre bénéfice constaté, les affiches conçues avec cette approche sont aussi utilisables et compréhensibles pour la grande majorité des citoyens. C'est donc une démarche prometteuse à poursuivre dans des contextes variés. ■



RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

[1] Ruel J., Kassi B., Moreau A.C. et Proulx J. *L'Accessibilité à l'information comme déterminant à la participation sociale des personnes ayant une déficience intellectuelle. Validation d'une démarche de rédaction inclusive.* Rapport de recherche. Gatineau, Québec : chaire interdisciplinaire de recherche en littératie et inclusion, 2016. En ligne : w3.uqo.ca/litteratie/contenu/documents/Redact-inclusive.pdf

La rubrique « Pour en savoir plus » propose une sélection de ressources francophones qui vient compléter le dossier thématique. Pour ce dossier consacré à la littératie en santé, nous avons ici organisé une bibliographie selon cinq parties. La première présente les textes officiels (rapports, textes législatifs) en France et à l'étranger ; la deuxième présente des ressources introductives à la littératie, comprenant essentiellement des documents de définition des concepts. Cette sélection intègre ensuite des références sur les enjeux de la littératie pour l'éducation à la santé. Puis une série de guides – pour les professionnels souhaitant initier ou adapter des projets dans un contexte de littératie – sont présentés, davantage axés sur les pratiques. Enfin sont listés les organismes et sites de référence en France et à l'international. Nous avons retenu ici des références bibliographiques relativement récentes, en privilégiant d'une part la littérature en éducation à la santé et d'autre part la littérature employant le terme « littératie », plutôt que celui d'illettrisme ou d'alphabétisation. Pour plus d'exhaustivité et d'antériorité, nous vous invitons à consulter le dossier documentaire très complet réalisé par l'association belge **Culture et Santé** (mentionné à la fin de ce dossier, voir « Pour en savoir encore plus »).

Laetitia Haroutunian,
documentaliste,
direction de la documentation,
Santé publique France.

Au sein des parties thématiques, les documents sont classés par date de publication ; les liens Internet indiqués ont été consultés le 5 avril 2017.

RAPPORTS ET DOCUMENTS DE CADRAGE

FRANCE

• **Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Conférence nationale de santé (CNS). Charte du parcours de santé (CNS).** Paris : Conférence nationale de santé, 2016. En ligne : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/affiche_charte_parcours_sante_def_web.pdf.

Voir notamment l'objectif 2 : « Assurer l'accès de tout usager aux professionnels, aux établissements et services de santé, quelle que soit sa situation sociale, économique, géographique, d'état de santé, de handicap et de dépendance ».

Article 3 (Titre 1^{er}, Chapitre 1^{er}) de la LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, relatif au parcours éducatif en santé. En ligne : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=7DE90C5078FF595CB17D302A8EB91078.tpdila18v_1?idArticle=JORFARTI000031912889&cidTexte=JORFTEXT000031912641&dateTexte=29990101&categorieLien=id

• **Delpech Q., Charles N. Lutter contre l'illettrisme. Un impératif économique et social.** La note d'analyse, août 2015, n° 34 : 8 p. En ligne : http://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/notes_danalyse_ndeg34_-_web.pdf

INTERNATIONAL

• **L'importance des compétences : nouveaux résultats de l'évaluation des compétences des adultes.** Paris : OCDE, coll. Études de l'OCDE sur les compétences, décembre 2016 : 172 p. En ligne : <http://www.oecd.org/fr/competences/piaac/l-importance-des-competences-9789264259492-fr.htm>

• **Les perspectives de l'OCDE sur les compétences 2013 : Premiers résultats de l'évaluation des compétences des adultes.** Paris : OCDE, 2013 : 484 p. En ligne : [http://www.oecd.org/fr/competences/piaac/Skills%20\(FR\)--eBook_Final_B%20C3%A0T_06%20dec%202013\).pdf](http://www.oecd.org/fr/competences/piaac/Skills%20(FR)--eBook_Final_B%20C3%A0T_06%20dec%202013).pdf)

• **Tessier C., Comeau L., Roberge M.-C., Poissant J. Santé et éducation : bâtir sur nos acquis. Mémoire déposé dans le contexte de la consultation publique sur la réussite éducative.** Québec : INSPQ, 2016 : 30 p. En ligne : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2195_memoire_sante_education.pdf

• **Heijmans M., Uiters E., Rose T., Hofstede J., Devillé W., van der Heide I., et al. Study on sound evidence for a better understanding of health literacy in the European Union.** Brussels : European Commission, 2015 : 334 p. En ligne : https://ec.europa.eu/eip/ageing/file/966/download_en?token=8DsLmlf4

• **Des compétences pour la vie ? Principaux résultats de l'évaluation des compétences des adultes [brochure].** Paris : OCDE, 2013 : 32 p. En ligne : http://www.oecd.org/fr/competences/piaac/SkillsOutlook_2013_French_eBook.pdf

• **World Health Organization, Regional Office for Europe. Health Literacy: the solid facts.** Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2013 : 86 p. En ligne : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf

- **The Centre for Literacy of Quebec. *Initiatives et ressources de la littératie en santé en langue française : Analyse et évaluation des données. Rapport final.*** Québec : The Centre for Literacy, 2012 : 39 p. En ligne : <http://www.centreforliteracy.qc.ca/sites/default/files/litensant-mai2012.pdf>
 - **Hébert M., Lépine M. Analyse et synthèse des principales définitions de la notion de littératie en francophonie.** *Lettrure*, n° 2, 2012 : p. 88-98. En ligne : https://www.ablf.be/images/stories/ablfdocs/___Lettrure2_88.pdf
 - **Berneche F., Traore I., Perron B., Institut de la Statistique du Québec. Littératie en santé : compétences, groupes cibles et facteurs favorables. Résultats québécois de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes, 2003.** *Zoom Santé*, février 2012, n°35 : 8 p. En ligne : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/zoom-sante-201202-35.pdf>
 - **Renahy E. Les inégalités sociales face à l'internet-santé. Enseignements tirés d'enquêtes internationales.** In : *Internet et santé : acteurs, usages et appropriations*, 2012 : p. 13-36.
 - **Coleman C., Kurtz-Rossi S., McKinney J., Pleasant A., Rootman I., Shohet L. La Charte de Calgary pour la littératie en santé : Justification et principes fondamentaux du développement de programmes de littératie en santé.** Québec : The Centre for Literacy, Octobre 2008 : 4 p. En ligne : http://bv.cdeacf.ca/RA_PDF/148807.pdf
 - **Tau Masinda M. Littératie de la santé et éducation pour la santé : que signifient ces termes dans le milieu francophone ?** *Promotion & Education*, 2007, n° 1 : p. 44-47.
 - **Rootman I., Gordon-El-Bihbety D., Association canadienne de santé publique. Vision d'une culture de la santé au Canada : rapport du Groupe d'experts sur la littératie en matière de santé.** Ottawa : Association canadienne de santé publique, 2008 : 54 p. En ligne : http://www.cpha.ca/uploads/portals/h-l/report_f.pdf
 - **Allaire C. Conception universelle et accès à l'information sur la santé : revue de littérature.** Saint-Maurice : Santé publique France/CNSA, avril 2016 : 36 p. En ligne : http://inpes.santepubliquefrance.fr/accessible/pdf/RL_conception_universelle_et_information_2016.pdf
 - **Institut national de santé publique du Québec. Quels sont les facteurs influençant le degré de littératie en santé ? [page web].** Québec : INSPQ, dernière mise à jour juillet 2016. En ligne : <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/realiser-un-projet-en-lien-avec-la-responsabilite-populationnelle/mettre-en-oeuvre-suivre-le-projet-et-l-adapter/quels-sont-les-facteurs-influençant-le-degre-de-litteratie-en-sante>
- ### DÉFINITIONS, CONCEPTS
- **Moreau A.-C., Hébert M., Lépine M., Ruel J. Le concept de littératie en francophonie : que disent les définitions ?** *Revue CNRIS*, vol. 4, n° 2, avril 2013 : p. 14-18. En ligne : https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/GSC3179/F1508513740_Volume4Num_ro2.pdf
 - **Albouy-Llaty M. Littératie en santé : concept et pertinence en démocratie en santé [support de communication orale].** Paris : Commission spécialisée Droits des usagers de la Conférence nationale de santé, 2016 : 32 p. En ligne : http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/HL_CDSU_CNS_13042016_Litteratie.pdf
 - **La santé en toutes lettres [dossier].** *La Santé Conjuguée*, décembre 2016, n° 77. Voir notamment : **Henrard G., Prévost M. La littératie en santé, avatar creux ou concept dynamisant ?** p. 30-35. En ligne : <http://www.maisonmedicale.org/-La-sante-en-toutes-lettres-.html>
 - **Hamel C. Littératie en santé : sait-on vraiment de quoi on parle ? [page web].** Montréal : Alliance des patients pour la santé : 13 décembre 2016. En ligne : <http://www.alliancepatients.org/2016/12/litteratie-en-sante-sait-on-vraiment-de-quoi-on-parle/>
 - **Compétences psychosociales, empowerment, résilience, littératie : des concepts au service d'une pratique. Entretien avec Valérie Lemonnier, Ireps Bretagne.** *Horizon Pluriel*, juillet 2014, n° 27 : p. 10-11. En ligne : http://www.irepsbretagne.fr/IMG/pdf/hori27_web.pdf
- ### LITTÉRATIE ET ÉDUCATION POUR LA SANTÉ : LES ENJEUX
- **Bragard I., Coucke P., Pétré B., Etienne A.-M., Guillaume M. La « Health Literacy », un moyen pour réduire les inégalités sociales de santé.** *Revue médicale de Liège*, 2017, vol. 72, n° 1.
 - **Rakotoniaina B. Identification des enjeux entourant l'information de santé en ligne. In : Enjeux de la production et de la publication sur le web des informations de santé en langue française à destination du grand public [thèse de doctorat en Sciences de l'Information et de la Communication].** Grenoble : Université Grenoble Alpes, 2016 : p. 286-311. En ligne : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01319668/document>
 - **Dubé F., Ouellet C., Moldoveanu M. Modèles d'organisation des services qui favorisent l'accès, la persévérance et la réussite scolaires des apprenants en situation de handicap ou ayant des besoins spéciaux.** Montréal : Uqam, octobre 2015 : 57 p. En ligne : http://www.adel.uqam.ca/sites/default/files/dube.ouellet.moldoveanu_crsh_2015.pdf
 - **Dupuis P. La littératie en santé : comprendre l'incompréhension. Échange entre le professeur Stephan Van den Broucke et Michel T. Giroux.** *Éducation Santé*, mars 2015, n° 309 : p. 8-10. En ligne : <http://educationsante.be/article/la-litteratie-en-sante-comprendre-lincomprehension/>

• **Compte rendu de la session : « Rendre l'information en santé accessible au plus grand nombre, un enjeu de santé publique ».** Paris : 9^e Journées de la prévention, juin 2014 : 50 p. En ligne : http://inpes.santepubliquefrance.fr/jp/cr/pdf/2014/Synthese_session_Accessibilite_JP14.pdf
Voir l'ensemble des contributions présentées lors de cette session : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/jp/cr/2014/s3.asp>

• **Batiste J., Bernard S. Éducation à la santé et liens avec le socle commun de connaissances et de compétences.** *Éducation, Santé, Sociétés*, vol. 1, n° 1, 2014 : p. 19. En ligne : <https://books.google.fr/books?id=DYojBQAAQBAJ&pg=PA69&ots=-CDnRH86U3&dq=revue%20Education%20sant%C3%A9%20soci%C3%A9t%C3%A9&hl=fr&pg=PP1&output=embed>

• **Balcou-Debussche M. 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*, 2014, vol. 1, n° 1 : p. 3-18. En ligne : <https://books.google.fr/books?id=DYojBQAAQBAJ&pg=PA69&ots=-CDnRH86U3&dq=revue%20Education%20sant%C3%A9%20soci%C3%A9t%C3%A9&hl=fr&pg=PP1&output=embed>

• **Rudd R.E. Littératie en santé : un rôle clé pour la promotion de la santé et les services de santé [support de communication orale].** Montréal : Réseau québécois des établissements promoteurs de santé, 2013 : 25 p. En ligne : http://www.eps.santemontreal.qc.ca/fileadmin/hps/autre/evènements/Conference_annuelle_2013/1_RUDD_FR.pdf

• **Kaszap M., Zanchetta M. S. La littératie en santé et les communautés francophones, minoritaires et ethnoculturelles.** In : Lire le monde : Les littératies multiples et l'éducation dans les communautés francophones. Ottawa : University of Ottawa Press, 2009 : p. 287-326.

• **Scherrer F. Littératie en santé : un faible niveau de compétences nuit à la santé.** *Info santé suisse*, n° 6, 2012, n° 6 : p. 18-19. En ligne : http://www.lire-et-ecrire.ch/sites/default/files/ressources-et-outils/articles-de-presse/info_sante_suisse.pdf

• **Association canadienne de santé publique. Exemples de mise en application de la littératie en santé.** Ottawa : ACSP, 2014 : 26 p. En ligne : http://www.cpha.ca/uploads/progs/literacy/examples_f.pdf

GUIDES ET OUTILS

• **Guide de rédaction pour une information accessible : critères de lisibilité, d'intelligibilité et de langage simplifié pour soutenir la rédaction de documents destinés aux personnes ayant des compétences réduites en littératie.** Gatineau : Pavillon du Parc, 2011 : 64 p. En ligne : http://w3.uqo.ca/litteratie/documents/guide2011_000.pdf

• **La littératie en santé : d'un concept à la pratique. Guide d'animation.** Bruxelles : Cultures & Santé, 2016 : 83 p. En ligne : www.cultures-sante.be/nos-outils/outils-promotion-sante/item/417-la-litteratie-en-sante-d-un-concept-a-la-pratique-guide-d-animation.html

• **Collection « Pour comprendre » : collection de brochures universelles conçue par Santé publique France (anciennement Inpes) créée en 2015.** En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/cp/15/cp151104-collection-pour-comprendre.asp>

• **Agence nationale de lutte contre l'illettrisme (ANLCI). Accompagner les personnes en situation d'illettrisme pour une utilisation autonome des services de santé en ligne : kit pratique.** 2014. En ligne : http://www.anlci.gouv.fr/content/download/9553/328775/version/1/file/kit_reunion.pdf

• **Lemieux V. Pour qu'on se comprenne : guide de littératie en santé.** Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2014 : 61 p. En ligne : http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_assmpublications/litteratie_v9.pdf

• **Dorval V. Adopter les principes de la littératie en santé en adaptant les textes au bagage des lecteurs [support de communication orale].** Montréal : conférence annuelle des établissements promoteurs de santé, 21 mars 2013 : 17 p. En ligne : http://www.eps.santemontreal.qc.ca/fileadmin/hps/autre/evènements/Conference_annuelle_2013/2_DORVAL.pdf

• **Critères de qualité pour l'élaboration de matériel d'information sur la santé adapté aux besoins de la population migrante : guide destiné aux institutions**



et aux responsables de projets. Wabern : Croix-Rouge suisse, 2010 : 7 p. En ligne : http://www.migesplus.ch/fileadmin/Dokumente/Qualitaetskriterien/Qual_kriterien_frz.pdf

• **Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis (Unapei).** *L'information pour tous, règles européennes pour une information facile à lire et à comprendre.* Unapei, Nous Aussi et Inclusion Europe, 2009 : 50 p. En ligne : http://www.unapei.org/IMG/pdf/Guide_Regles_FacileAlire.pdf

• **Des relais pour l'alpha : guide pratique.** Lire et Écrire asbl, Belgique, 2007 : 24 p. En ligne : http://communaute-francaise.lire-et-ecrire.be/images/documents/pdf/relais_alpha_des_relais_pour_l_alpha_2009.pdf

ORGANISMES ET SITES INTERNET

• **Chaire interdisciplinaire de recherche en littératie et inclusion (CIRLI)**

Créée en 2012, suite à un partenariat entre l'université du Québec en Outaouais et le Pavillon du Parc (maintenant le Centre intégré de santé et des services sociaux – CISSS de l'Outaouais), la Chaire interdisciplinaire de recherche en littératie et inclusion (CIRLI) est un réseau de chercheurs réunis autour d'un même objectif : « étudier la littératie sous l'angle des conditions qui permettent aux milieux et aux services de desservir mieux leur population ». Cet objectif se concrétise par différents moyens :

- le développement des « connaissances sur les façons dont les services ou les organisations peuvent mieux rejoindre, informer et desservir les populations ayant des compétences réduites en littératie ;
- la création d'un réseau interdisciplinaire actif de chercheurs, d'étudiants, d'organismes et de services variés regroupés autour d'un même thème : « Littératie et Inclusion » ;
- la stimulation de l'intérêt des étudiants du milieu universitaire, des services et des milieux de pratique aux questions en lien avec la littératie et ses retombées sur l'inclusion des groupes vulnérables ;
- la diffusion des connaissances et de l'information portant sur la littératie et l'inclusion ».

(Source : site web du CIRLI.)

Le site web du CIRLI présente les équipes de recherche du réseau et leurs travaux (rubrique « Publications »), dont l'un des axes est la littératie en santé.

En ligne : <http://w3.uqo.ca/litteratie/>

• **Agence nationale de lutte contre l'illettrisme (ANLCI)**

L'Agence nationale de lutte contre l'illettrisme est un groupement d'intérêt public créé en 2000. Son objectif est « de fédérer et d'optimiser les moyens de l'État, des collectivités territoriales, des entreprises et de la société civile en matière de lutte contre l'illettrisme » (source : site web de l'ANLCI). L'agence fédère ainsi un réseau d'acteurs régionaux dont les actions sont regroupées sous 3 axes : « sphère éducative et familiale », « sphère accès à l'emploi et vie professionnelle », « sphère sociale, citoyenne et culturelle ». Le site web propose par ailleurs un ensemble de ressources-clés sur l'illettrisme : définitions, données d'enquêtes nationales et internationales, informations sur les idées reçues liées à l'illettrisme. Sa rubrique

« Médiathèque » donne accès à des outils pour les professionnels, disponibles en téléchargement gratuit : kits d'animation, documents de communication.

En ligne : www.anlci.gouv.fr/

• **Littératie santé**

Littératie santé est un collectif d'acteurs engagés dans des démarches de littératie en santé qui proposent des guides de communication et des formations (sur demande). Le site comprend un blog permettant de suivre l'actualité du réseau et une page d'information sur la littératie en santé.

En ligne : <https://www.litteratie-sante.com/>

• **Cultures&Santé**

Cultures&Santé est une association belge de promotion de la santé, d'éducation permanente et de cohésion sociale. L'association met en œuvre et soutient des actions à destination des personnes vivant dans des contextes où les inégalités sociales se font particulièrement sentir (parmi elles, les migrants). Ces projets se réalisent avec les populations concernées et avec les relais institutionnels de différents secteurs. Le site web de l'association offre de nombreuses ressources pour les professionnels : outils et guides d'animation, adaptés à un usage collectif avec des publics multiculturels et/ou peu scolarisés. La rubrique « Centre Doc » présente également une panoplie de services : accès à une base de données d'outils pédagogiques, la « Pédagothèque », au catalogue de la bibliothèque (accès à près de 7 000 références), à une collection de dossiers documentaires et à des notes de lectures, dans la rubrique « Lu pour vous ». (Source : site web Cultures&Santé.)

En ligne : <http://www.cultures-sante.be>

Rubrique « Centre Doc » : <http://www.cultures-sante.be/centre-doc/presentationdoc.html>

• **Lire et Écrire**

Lire et Écrire est une association belge, créée en 1983, qui a pour objectif le développement de l'alphabétisation en Communauté française de Belgique. Organisée en réseau et associée aux régions, l'association est active dans le champ de la formation. Le site web présente l'ensemble des formations et des publications, dont le *Journal de l'alpha*, qui a pour objectif « de produire et de diffuser réflexions, débats et pratiques de terrain sur des thèmes pédagogiques et politiques liés à l'alphabétisation des adultes » (source : site web Lire et Écrire).

En ligne : <http://www.lire-et-ecrire.be>

POUR EN SAVOIR ENCORE PLUS

• Session de formation durant la 14^e Université d'été francophone en santé publique 2017 (2-7 juillet 2017) : « Communiquer et agir pour les publics vulnérables, les enjeux de la littératie en santé ». Accès au programme : <http://www.ehsp.fr/2017/01/06/14e-universite-dete-francophone-en-sante-publique-2-au-7-juillet-2017/>

• Cultures&Santé. *Littératie en santé (dossier thématique)*. Bruxelles : Cultures&santé, dernière mise à jour octobre 2016, n° 8 : 32 p. En ligne : <http://www.cultures-sante.be/nos-outils/les-dossiers-thematiques/item/60-litteratie-en-sante-n-8.html>

Alcool, tabac et cannabis : niveaux de consommation dans les DOM en 2014

Raphaël Andler,
Chloé Cogordan,
Jean-Baptiste Richard,
chargés d'étude scientifique
en santé publique,
unité Addictions, Santé publique France,
Saint-Maurice,
François Beck,
directeur,
Observatoire français des drogues
et des toxicomanies (OFDT), Saint-Denis,
Viêt Nguyen-Thanh,
responsable de l'unité Addictions,
direction de la Prévention
et de la Promotion de la santé,
Santé publique France, Saint-Maurice.

La consommation de substances psychoactives est un déterminant majeur de la santé de la population. Le tabagisme reste aujourd'hui la première cause de mortalité évitable en France : en 2013, le nombre de décès attribuables au tabagisme était estimé à 73 000 en France métropolitaine [1]. Quant à l'alcool, sa consommation était estimée être responsable de 49 000 décès en France métropolitaine en 2009 [2]. L'impact sanitaire des drogues illicites apparaît en regard bien inférieur (1 600 décès imputables à la consommation de drogues illicites en 2010 [3]), mais les parcours de vie des usagers problématiques de ces substances sont émaillés de difficultés sanitaires et sociales d'autant plus sévères que les consommations démarrent précocement [4].

Les politiques de santé publique ne peuvent être mises en place efficacement que si les habitudes de vie des populations, spécifiques à chaque territoire, sont suffisamment bien connues. Or, les données concernant les consommations de substances

psychoactives dans les départements d'outre-mer (DOM) sont encore rares en population adulte, comparative-ment à ce qui existe pour la France métropolitaine, et la synthèse de ces données est fragilisée par le fait que ces dernières proviennent de sources hétérogènes, reposant sur des enquêtes aux méthodologies différentes et réalisées à des époques distinctes. Jusqu'ici, seule l'enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (ESCAPAD), ciblant les jeunes de 17 ans, fournissait des données comparables. Ce manque de données en population générale est rappelé dans le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017, lequel souligne la nécessité d'améliorer la connaissance des consommations en France d'outre-mer en intégrant les départements et collectivités d'outre-mer dans les enquêtes menées en population adulte [5].

Le *Baromètre santé DOM 2014*, réalisé dans les départements français d'Amérique (Martinique, Guadeloupe et Guyane) et à la Réunion, est la première extension dans les DOM de l'enquête Baromètre santé. Ce dispositif d'enquêtes périodiques permettant de connaître les différents comportements et attitudes de santé des personnes résidant en France a été mis en place en 1992, par le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) ; il a été développé par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) et est repris, depuis 2016, par Santé publique France. Afin de disposer d'indicateurs comparables, la méthode d'enquête utilisée dans le *Baromètre santé DOM 2014* est très proche de celle de l'enquête métropolitaine

L'ESSENTIEL

- **Les consommations de boissons alcoolisées sont globalement moins répandues dans les DOM qu'en métropole. Le pourcentage de consommateurs d'alcool à risque chronique en Martinique et en Guyane est proche de celui observé en métropole (7,5 %), toutefois il est plus faible en Guadeloupe et à la Réunion.**
- **En Guadeloupe, Guyane et Martinique, la prévalence du tabagisme quotidien s'échelonne de 11 % à 15% et est notablement plus faible qu'en métropole (28,2 %). Seule la Réunion affiche une prévalence (25,1 %) proche de celle de la métropole.**
- **La prévalence d'usage régulier de cannabis est à peu près la même dans les DOM qu'en métropole.**

menée la même année. La description complète de la méthodologie est disponible dans une publication spécifique [6]. Le *Baromètre santé DOM 2014* permet ainsi de faire le point sur les consommations d'alcool, de tabac et de drogues illicites dans les DOM en population générale (15-75 ans) et de comparer les estimations avec la métropole à méthodologie identique.

Pour des raisons de faisabilité, l'enquête n'a pas été conduite à Mayotte en 2014, mais une étude est en cours afin de déterminer le protocole d'enquête qui permettrait de répondre aux besoins de connaissances sur ce territoire.

Les résultats présentés dans cet article sont détaillés dans des publications dédiées [7-9]. En voici les principaux enseignements.

Alcool, tabac et cannabis
Niveaux de consommation dans les DOM

Figure 1. Consommation de substances psychoactives dans les DOM et en France métropolitaine parmi les 15-75 ans en 2014.

<p>Martinique</p> <p>Consommation hebdomadaire d'alcool : 36,3 % (Femmes ♀ 22,5 % – Hommes ♂ 52,8 %)</p> <p>Tabagisme quotidien : 14,7 % (♀ 10,7 % – ♂ 19,6 %)</p> <p>Cannabis (15-64 ans) : Expérimentation : 24,6 % (♀ 15,3 % – ♂ 35,8 %) Usage régulier : 2,5 % (♀ 0,2 % – ♂ 5,3 %)</p>	<p>Guadeloupe</p> <p>Consommation hebdomadaire d'alcool : 34,9 % (♀ 22,5 % – ♂ 49,7 %)</p> <p>Tabagisme quotidien : 11,9 % (♀ 8,3 % – ♂ 16,1 %)</p> <p>Cannabis (15-64 ans) : Expérimentation : 21,2 % (♀ 13,0 % – ♂ 30,9 %) Usage régulier : 2,1 % (♀ 1,3 % – ♂ 3,0 %)</p>
<p>Guyane</p> <p>Consommation hebdomadaire d'alcool : 34,8 % (♀ 24,0 % – ♂ 43,2 %)</p> <p>Tabagisme quotidien : 12,1 % (♀ 8,2 % – ♂ 16,3 %)</p> <p>Cannabis (15-64 ans) : Expérimentation : 25,1 % (♀ 16,7 % – ♂ 34,0 %) Usage régulier : 3,8 % (♀ 1,1 % – ♂ 6,7 %)</p>	<p>Réunion</p> <p>Consommation hebdomadaire d'alcool : 34,7 % (♀ 20,9 % – ♂ 49,8 %)</p> <p>Tabagisme quotidien : 25,1 % (♀ 19,6 % – ♂ 31,0 %)</p> <p>Cannabis (15-64 ans) : Expérimentation : 35,4 % (♀ 24,0 % – ♂ 47,7 %) Usage régulier : 2,9 % (♀ 1,3 % – ♂ 4,6 %)</p>
<p>Métropole</p> <p>Consommation hebdomadaire d'alcool : 47,5 % (♀ 35,2 % – ♂ 60,3 %)</p> <p>Tabagisme quotidien : 28,1 % (♀ 24,1 % – ♂ 32,4 %)</p> <p>Cannabis (15-64 ans) : Expérimentation : 41,0 % (♀ 33,2 % – ♂ 49,2 %) Usage régulier : 3,1 % (♀ 1,7 % – ♂ 4,7 %)</p>	<p>Sources : Baromètre santé 2014, Baromètre santé DOM 2014, Santé publique France.</p>

Alcool

En 2014, parmi les 15-75 ans, l'alcool est la substance psychoactive la plus répandue dans les DOM, mais sa consommation y est globalement moins élevée qu'en métropole. La proportion de consommateurs hebdomadaires varie entre 34,7 % à la Réunion et 36,3 % en Martinique, contre 47,5 % en métropole. La quantité hebdomadaire moyenne consommée n'est cependant pas significativement différente en Martinique (10,2 verres par semaine), Guyane (10,5 verres), à la Réunion (8,8 verres) et en métropole (8,9 verres), mais elle est significativement plus basse en Guadeloupe (7,7 verres). Les écarts de consommation entre les DOM et la métropole proviennent essentiellement de la moindre consommation de vin dans les DOM (de 15 % à 20 % de consommateurs hebdomadaires de vin dans les DOM, contre 37 % en métropole).

Les alcoolisations ponctuelles importantes (API), qui consistent en la consommation de six verres ou plus en une même occasion, sont moins

fréquentes dans les DOM : la part des personnes déclarant au moins une API par mois est de 13,9 % en Martinique, 10,1 % en Guadeloupe, 15,7 % en Guyane et 12,8 % à la Réunion, contre 17,2 % en métropole.

Malgré une consommation globalement inférieure dans les DOM, certains de ces territoires sont autant touchés que la métropole par les consommations problématiques : la consommation d'alcool à risque chronique ou de dépendance¹ concerne 8,4 % des 15-75 ans en Martinique et 8,6 % en Guyane, sans différence avec la métropole (7,5 %). En revanche, ce type de consommation est significativement moins fréquent en Guadeloupe et à la Réunion (environ 5 %).

Tabac et e-cigarette

Le tabagisme dans les DOM est globalement moins répandu qu'en métropole. En 2014, la prévalence du tabagisme quotidien, parmi les 15-75 ans, est nettement plus basse en Martinique (14,7 %), en Guadeloupe (11,9 %) et en Guyane (12,1 %) qu'à la Réunion (25,1 %), où le taux

est proche de celui mesuré en métropole (28,2 %); ce résultat étant constaté aussi bien parmi les hommes que parmi les femmes.

La proportion de fumeurs déclarant avoir envie d'arrêter de fumer est plus importante dans les DOM qu'en métropole, et les tentatives d'arrêt déclarées y sont également plus fréquentes. Enfin, l'expérimentation et l'usage de la cigarette électronique sont nettement moins fréquents dans les DOM qu'en métropole, et l'expérimentation est, comme en métropole, fortement liée au tabagisme.

Drogues illicites

L'expérimentation du cannabis est moins commune dans les DOM qu'en métropole : en 2014, elle concerne 24,6 % des 15-64 ans en Martinique, 21,1 % en Guadeloupe, 25,1 % en Guyane et 35,4 % à la Réunion contre 41,0 % en métropole. En revanche, aucune différence significative n'a été décelée entre les DOM et la métropole concernant la prévalence d'usage régulier de cannabis (au moins 10 fois dans le mois).

Parmi les adultes, l'expérimentation des autres drogues illicites (champignons hallucinogènes, *popppers*, cocaïne, ecstasy, amphétamines) est moins répandue dans les DOM qu'en métropole, constat également vérifié au sein des jeunes de 17 ans pour la plupart de ces produits [9].

Facteurs associés et inégalités sociales

Dans les DOM et en métropole, le tabagisme quotidien ainsi que les consommations d'alcool et de drogues illicites restent des comportements majoritairement masculins.

Le fait d'être au chômage est également associé à une probabilité plus grande d'être fumeur quotidien en métropole ainsi que dans tous les DOM, hormis la Guyane. En Martinique, à la Réunion et en métropole, les chômeurs et les inactifs ont une plus grande probabilité d'avoir une consommation d'alcool à risque chronique ou de dépendance ou d'être usagers réguliers de cannabis.

Notons également que, toutes choses égales par ailleurs, les individus en détresse psychologique² [10] ont un risque plus grand de fumer

quotidiennement (en Martinique, Guyane et à la Réunion) et également un risque plus grand d'avoir une consommation d'alcool à risque chronique ou de dépendance (en Martinique, Guadeloupe et à la Réunion).

Conclusion

Les consommations de boissons alcoolisées sont moins répandues dans les DOM qu'en métropole pour la quasi-totalité des indicateurs, notamment en raison d'une moindre consommation de vin. Les consommations problématiques d'alcool sont aussi fréquentes en Martinique et en Guyane qu'en métropole et, à un niveau moindre, en Guadeloupe et à la Réunion.

Dans les départements français d'Amérique (Martinique, Guadeloupe et Guyane), malgré des taux nettement inférieurs au taux métropolitain, la prévalence tabagique reste relativement élevée, principalement parmi les hommes. À la Réunion, la prévalence du tabagisme est particulièrement haute (à un niveau proche de celui en métropole) : un tiers des hommes et un cinquième des femmes déclarent fumer du tabac quotidiennement.

La population résidant dans les DOM apparaît, comparée à la situation métropolitaine, moins concernée par les usages de drogues illicites : le cannabis et les autres drogues illicites y sont moins souvent expérimentés. Cependant, l'usage régulier de cannabis concerne environ 3 % de la population, tout comme en métropole.

Enfin, de même qu'observé en métropole, la situation des demandeurs d'emplois dans les DOM est préoccupante au regard des indicateurs de consommation de substances psychoactives. Ce constat est d'autant plus alarmant que le taux de chômage dans les DOM est particulièrement élevé³. ■

1. La consommation à risque chronique ou de dépendance est ici définie comme le fait de boire plus de 21 verres par semaine pour les hommes, 14 verres par semaine pour les femmes, ou de déclarer boire 6 verres en une occasion, au moins 1 fois par semaine au cours des 12 derniers mois.
2. La détresse psychologique est ici définie comme le fait d'avoir un score MH-5 strictement inférieur à 56.
3. En 2014, le taux de chômage se situait entre 19 % et 27 % selon le département dans les DOM (hors Mayotte), contre 9,9 % en métropole. Source : Insee, Données 2014.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Bonaldi C., Andriantafika F., Chyderiotis S., Bous-sac-Zarebska M., Cao B., Benmarhnia T. *et al.* Les décès attribuables au tabagisme en France. Dernières estimations et tendance, années 2000 à 2013. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire – BEH*, 2016, n° 30-31 : p. 528-540. En ligne : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/30-31/pdf/2016_30-31.pdf

[2] Guérin S., Laplanche A., Dunant A., Hill C. Alcohol-attributable mortality in France. *European Journal of Public Health*, 2013, vol. 23, n° 4 : p. 588-593. En ligne : https://oup.silverchair-cdn.com/oup/backfile/Content_public/Journal/eurpub/23/4/10.1093/eurpub/ckt015/2/ckt015.pdf?Expires=1493472495&Signature=Fxhmm3eakzrdW8KqQx4uEgDwzO8chZXAfDDurjRK-qZWAQEqLRS0s9dCYUSWi5WAEcK765ZtoCYCGZL0nRnm3zTlq3bl0ntNxQfcOPDvjG7EP18~y490HNIgA1Gr4h-Uix~7nYaK UoRDkkEylLn2WbbBnD7KZRCWSf8kiD~zKpknK6dYM6FRAZw5fKp2MFRIfCKKdSVjTGULJ4SptbosePMvD5nxxqWE10V5mPWTp3DZIDiaekpHPx-aUptpgBMLCPOSEsRuiAZO~by9pONPe67S5Pin5LPmk7JnWzE5h54foMaUQ09pz03QHCWebBxkW1lba73Y6TLnKq

2mbJGqww_&Key-Pair-Id=APKAIUCZBIA4LPAW3Q

[3] Kopp P. *Le Coût social des drogues en France*. Note. Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2015, n° 2015-04 : 10 p. En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxpkv9.pdf>

[4] Beck F. (dir.) *Jeunes et addictions*. Saint-Denis : Observatoire français des drogues et des toxicomanies; 2016 : 208 p. [En ligne] <https://www.jeunes-addictions-ofdt.com/>

[5] Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca). *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017*. Rapport remis au Premier ministre. La Documentation française, 2012 : 121 p. En ligne : http://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/plan_gouvernemental_drogues_2013-2017_df.pdf

[6] Richard J.-B., Andler R. *Méthode d'enquête du Baromètre santé DOM 2014*. Saint-Denis : INPES, 2015 : 16 p. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1700.pdf>

[7] Andler R., Richard J.-B., Nguyen-Thanh V. *Baromètre santé DOM 2014. Tabagisme et usage d'e-cigarette*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2016 : 14 p. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1754.pdf>

[8] Richard J.-B., Cogordan C., Merle S. *Baromètre santé DOM 2014. Consommations d'alcool*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2016 : 16 p. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1769.pdf>

[9] Beck F., Richard J.-B., Gauduchon T., Spilka S. Les Usages de drogues dans les DOM en 2014 chez les adolescents et les adultes. OFDT, *Tendances*, 2016, n° 111, juillet : 6 p. En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxfbw7.pdf>

[10] Saïas T., du Roscoät E., Véron L., Guignard R., Richard J.-B., Legleye S. *et al.* Psychological distress in French college students: demographic, economic and social stressors. Results from the 2010 National Health Barometer. *BMC Public Health*, 2014, vol. 14, n° 256 : 8 p. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3995499/pdf/1471-2458-14-256.pdf>

Prévenir le risque épidémique à la Réunion et à Mayotte

François Chieze

directeur de la veille et sécurité sanitaire, Agence régionale de santé océan Indien,

Olivier Reilhes,

directeur adjoint de la veille et sécurité sanitaire, Agence régionale de santé océan Indien,

Sophie Larrieu et

Laurent Filleul,

Cellule d'intervention en région océan Indien, Santé publique France,

Hélène Thébault,

service de lutte anti-vectorielle, Agence régionale de santé océan Indien.

La Réunion et Mayotte sont deux territoires de l'océan Indien où le risque épidémique est omniprésent, favorisé par des conditions climatiques tropicales, et aussi, notamment à Mayotte, par un retard en équipement et en infrastructures. Ces territoires sont touchés par de nombreuses pathologies tropicales (maladies transmises par les moustiques – arboviroses (dengue,

chikungunya [1], zika), paludisme –, leptospirose, etc.) et par des épidémies saisonnières de grippe [2], de gastro-entérite, de conjonctivite et de bronchiolite.

Les deux îles sont distantes de près de 10 000 km de la métropole, mais toutes deux sont proches ou en ligne directe de pays où la situation sanitaire est dégradée. Or, l'augmentation d'année en année des transports de biens et de personnes entre les îles et, plus largement, dans toute la zone entraîne un risque permanent d'introduction de vecteurs ou de pathogènes émergents à fort potentiel épidémique [3]. Cette situation implique une forte mobilisation en matière de surveillance, de préparation et de prévention du risque épidémique de la part des pouvoirs publics, au premier rang desquels l'agence régionale de santé océan Indien (ARS-OI), ainsi que la Cellule d'intervention en région océan Indien – Cire, représentante de Santé publique France en région.

Préparation à la gestion d'une épidémie

Pour répondre à cet enjeu, l'ARS-OI, en lien avec la Cire, a progressivement développé ces dernières années des organisations et des outils visant à prévenir les menaces épidémiques et à lutter contre celles-ci. Ces dispositifs, mobilisables selon les situations, sont progressivement déclinés via des fiches-actions de type « conduite à tenir » et via une planification sanitaire, essentiellement de type organisation de la réponse de sécurité civile – Orsec (pandémie grippale, arboviroses, etc.), qui décrit l'organisation de la gestion selon les différents niveaux épidémiologiques.

Bien sûr, ces dispositifs sont différents selon qu'il s'agit :

- de risques émergents, pour lesquels les notions de contrôle sanitaire aux frontières et de réponse opérationnelle sont essentielles ;
- de phénomènes saisonniers ou endémiques où l'action des pouvoirs publics va s'attacher d'emblée au suivi de tendances et à des approches de gestion beaucoup plus globales.

Identification rapide des premiers cas

En matière de risque émergent, l'identification des premiers cas pour la mise en œuvre des mesures-barrières est essentielle afin de limiter les risques de diffusion sur le territoire. C'est pourquoi les deux îles se sont dotées de dispositifs performants et réactifs de surveillance, de contrôle sanitaire aux frontières et de mobilisation des professionnels de santé, selon plusieurs axes :

- depuis 2009, le réseau de surveillance épidémiologique et de gestion des alertes – SEGA One Health [4], porté par la Commission de l'océan Indien,

L'ESSENTIEL

Les pouvoirs publics ont mis en place à la Réunion et à Mayotte un dispositif renforcé de surveillance épidémiologique, d'alerte, de réponse opérationnelle et de communication au plus près des populations, sous le pilotage de l'agence régionale de santé océan Indien.

Ainsi à la Réunion en 2016, dans le cadre du plan de lutte contre les maladies transmises par les moustiques, le dispositif spécifique de réponse face à la circulation de la dengue – qui incluait la mobilisation des pouvoirs publics, des professionnels, des acteurs de terrain et de la population – a contribué à éviter que la situation n'évolue vers une épidémie majeure.

Le schéma d'intervention rassemble le plus souvent l'investigation, la recherche active de cas, la distribution d'équipements, l'appui logistique aux traitements, la diffusion de messages de prévention et la mobilisation sociale.

L'enjeu est certes de sensibiliser et d'alerter le public sur les risques émergents, mais aussi de s'appuyer sur la mobilisation de la population. À cet égard, le recours au milieu associatif pour la mobilisation sociale a fait ses preuves pour consolider les réflexes de prévention au sein des communautés.

a permis de développer des capacités de détection précoce dans les pays de la zone. Cette démarche permet aujourd'hui à l'ARS-OI de s'appuyer au quotidien sur une veille sanitaire régionale dont les résultats sont connus et partagés en temps réel entre les pays, et de pouvoir ainsi se préparer à la riposte dès l'apparition d'une éventuelle menace dans la zone ;

- les équipes de contrôle sanitaire aux frontières de l'ARS-OI assurent au niveau des points d'entrée des missions quotidiennes de contrôle des règles d'hygiène, de lutte contre les vecteurs et d'information des voyageurs *via* des outils de communication déployés en fonction de la situation épidémiologique régionale et internationale. Si l'affichage et la distribution de documentation sont en général privilégiés, l'intensité de la communication est proportionnée au risque et peut aller jusqu'à une information orale individuelle auprès de tous les voyageurs à la descente de l'avion, par exemple sur les vols de retour du pèlerinage de la Mecque vis-à-vis du risque MERS-Coronavirus. (Le syndrome respiratoire du Moyen-Orient : *Middle-East Respiratory Syndrom – MERS* est une maladie respiratoire virale due à un variant du *Coronavirus*) ;

- l'information des médecins de ville et hospitaliers est assurée par les publications régulières de l'ARS-OI et de la Cire, faisant le point sur les principales pathologies émergentes à risque d'introduction (situation internationale, définition de cas, conduites à tenir en matière d'orientation diagnostic et de prise en charge). Ces documents sont diffusés là encore selon différents niveaux d'intensité, depuis l'envoi *via* des listings de courriels préétablis jusqu'à la remise en mains propres dans tous les cabinets et dispensaires des deux îles. Des présentations spécifiques sont également réalisées au cours des réunions de personnel des services hospitaliers ;

- la capacité locale de diagnostic biologique, à même de garantir des délais courts de confirmation et donc de réponse opérationnelle, est assurée par les laboratoires du centre hospitalier universitaire (CHU) de la Réunion et du centre hospitalier de Mayotte qui développent, en fonction de l'actualité internationale, des techniques de diagnostic PCR (*Polymerase Chain Reaction*

ou amplification en chaîne par polymérase – ACP) et/ou de sérologie sur une multitude de pathologies susceptibles de représenter une menace (Ebola, Mers-Cov, grippe aviaire, Zika, etc.).

La complémentarité de ces organisations permet de disposer dans les deux îles d'un dispositif de détection précoce, dont l'efficacité est confirmée par le signalement régulier de cas importés de pathologies émergentes (en 2016 par exemple ont été notifiés à la Réunion 6 cas de suspicion de Mers-CoV de retour de la Mecque ou encore 6 cas importés de Zika).

Une réponse opérationnelle de premier niveau systématique et réactive

La réponse opérationnelle de premier niveau, si elle peut s'appuyer sur des dispositifs de surveillance sensibles et réactifs, devient réellement un facteur-clé de la prévention des épidémies, en permettant de contribuer à stopper la circulation de la maladie dès les premiers cas. Pour ce faire, elle doit pouvoir mobiliser rapidement des moyens importants tant locaux qu'extérieurs.

Dans ce domaine, la lutte anti-vectorielle (LAV) reste un modèle du genre à la Réunion et à Mayotte, appuyée par des effectifs conséquents (près de

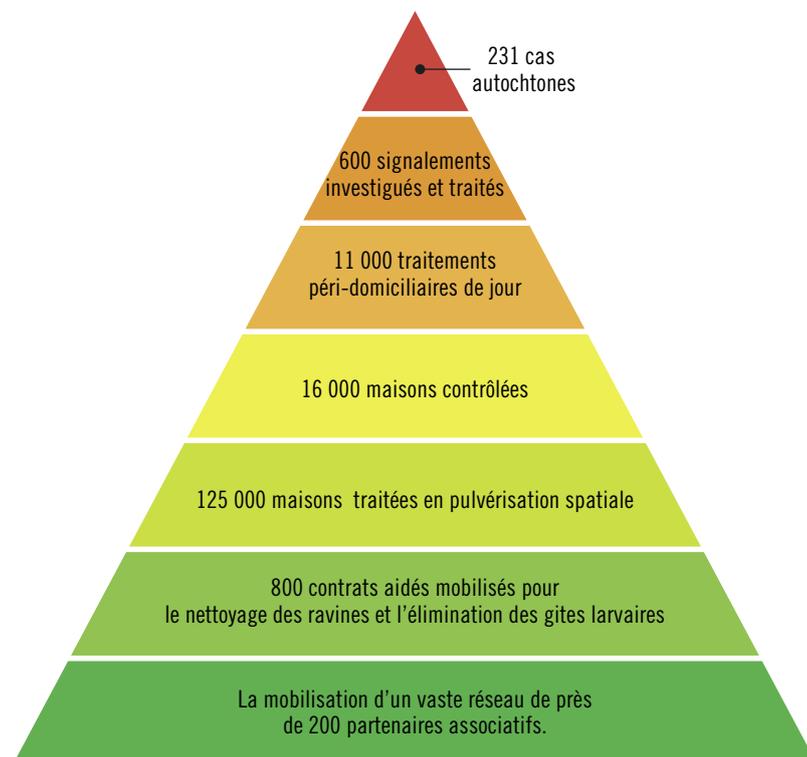
150 agents à la Réunion et 60 à Mayotte) et une stratégie axée justement sur cette capacité à intervenir très vite et très fort (dans les 24 à 48 heures) sur les tous premiers cas pour éviter une épidémie: élimination des situations favorables au développement des moustiques, traitements insecticides, recherche de cas secondaires, mobilisation de la population sur les gestes de prévention à adopter, etc. [5].

Ainsi, les deux îles ont connu ces dernières années plusieurs épisodes de circulation de la dengue qui ont conduit à déployer une réponse opérationnelle massive, sous une coordination ARS/préfet dans le cadre de la mise en œuvre d'un plan ORSEC dédié, pour un nombre de cas au final limité. Cette mobilisation des pouvoirs publics a permis à chaque fois de contribuer à éviter une évolution vers une épidémie majeure. Le dernier épisode de circulation de la dengue, en 2016 à la Réunion, en est l'exemple, tel que résumé dans la figure 1 *ci-dessous*.

Communication

En cas d'apparition de phénomènes préépidémiques à épidémiques à la Réunion et à Mayotte, le développement d'une communication systématique et à fréquence régulière, s'appuyant

Figure 1. Bilan de la réponse de LAV à la circulation de la dengue en 2016, à la Réunion.



notamment sur les points épidémiologiques de la Cire [6], concourt à instaurer un climat de confiance suffisant à garantir une bonne répercussion de l'information par les médias et une bonne acceptation par la population des mesures engagées. En complément, le recours au milieu associatif par des techniques de mobilisation sociale (près de 200 associations régulièrement mobilisées par la LAV à la Réunion) est un outil fortement développé et qui s'avère particulièrement performant dès lors qu'il s'agit d'intégrer des réflexes de prévention au sein des communautés.

Cependant, l'expérience de ces dernières années montre bien souvent une appétence forte du public et des médias vis-à-vis des risques émergents, au risque de faire passer parfois au second plan des phénomènes saisonniers pourtant souvent plus impactants. Ainsi par exemple en 2016, la communication de l'ARS à la Réunion a montré combien un risque hypothétique tel que celui du virus Zika avait connu une répercussion médiatique plus importante que l'épidémie de grippe à la Réunion, pourtant l'une des plus sévères de ces dernières années [2].

Ce constat conforte la nécessité de continuer à développer des méthodes et outils de communication non seulement pour sensibiliser ou alerter le public sur les risques émergents, mais aussi pour s'assurer d'une forte mobilisation de la population en cas de phénomènes épidémiques saisonniers; sachant que la mise en œuvre par la population des gestes de prévention ou de vaccination reste un élément-clé de la maîtrise de ces phénomènes épidémiques.

Perspectives

Le dispositif opérationnel de lutte antivectorielle développé ces dernières années à la Réunion et à Mayotte s'appuie d'une part sur une surveillance épidémiologique efficace et d'autre part sur des organisations opérationnelles associées à une très bonne connaissance du terrain. Il répond aux enjeux de prévention du risque épidémique lié aux maladies transmises par les moustiques et engage également la réflexion sur d'autres risques infectieux émergents. En effet, ces risques représentent également une menace importante qui implique de disposer localement de véritables moyens

opérationnels de réponse susceptibles de dépasser le strict cadre de la lutte antivectorielle. Or, si cette dernière a pu ponctuellement être sollicitée par le passé pour des pathologies autres que vectorielles (grippe pandémique en 2009, rougeole en 2012), ces sollicitations sont restées limitées. C'est pourquoi une réflexion plus globale doit être menée afin de développer progressivement des services de riposte mobilisables dans le cadre de la mise en œuvre d'actions de lutte réactives et coordonnées pour faire face à toute menace épidémique, qu'elle soit vectorielle ou non, et toujours plus ou moins selon les mêmes schémas d'intervention : investigations, recherche active de cas, distribution d'équipements, appui logistique aux traitements ou à la vaccination de masse, diffusion de messages de prévention, mobilisation sociale, etc. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Renault P., Balleydier E., D'Ortenzio E., Bâville M., Filleul L. Epidemiology of Chikungunya infection on Reunion Island, Mayotte, and neighboring countries. *Médecine et Maladies infectieuses*, mars 2012, vol. 42, n° 3 : p. 93-101.
- [2] Filleul L., Ranoaritiana D.B., Balleydier E., Vandroux D., Ferlay C., Jaffar-Bandjee M.C. *et al.* A major impact of the influenza seasonal epidemic on intensive care units, Réunion, April to August 2016. *Euro Surveill*, 24 novembre 2016, vol. 21, n° 47.
- [3] Peton M., Vilain P., Reilhes O., Cardinale E., Gaüzère B.A., Filleul L. The concept of emerging viral diseases: what risk for Reunion Island? (Le concept de maladies virales émergentes : quel risque de zoonose pour La Réunion ?) *Bulletin de la Société Pathologique Exotique*, août 2013, vol. 106, n° 3 : p. 170-175. Version française en ligne : <http://www.pathexo.fr/documents/articles-bull/131490170.pdf>
- [4] Solet J.-L., Lepec R., Flachet L., Assoumani Y., Randrianarivo-Solofoniaina A.E., Nundlall T.R. *et al.* SEGA : le réseau de surveillance des épidémies et de gestion des alertes de l'océan Indien. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2014, n° 7 : p. 130-135. En ligne : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2014/7/pdf/2014_7_2.pdf
- [5] Cellule de l'Institut de veille sanitaire en région océan Indien. Dengue, Chikungunya : des risques pour l'outremer - Actualité épidémiologique et organisation sanitaire. *Bulletin de veille sanitaire*, 2015, n° 26, numéro spécial : 39 p. En ligne : https://www.ocean-indien.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/2015_26_BVS_thematique_Arbos_1.pdf
- [6] Santé publique France. Cellule d'intervention en région océan Indien, Situation épidémiologique de la dengue à la Réunion. Point épidémiologique, 7 octobre 2016, n° 78. En ligne : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Points-epidemiologiques/Tous-les-numeros/Ocean-Indien/2016/Surveillance-de-la-dengue-a-La-Reunion.-Point-epidemiologique-au-7-octobre-2016>

Espaces femmes à Paris 18^e : « Se poser, à l'abri de la violence de la rue »

Entretien avec Bénédicte Bertin,

coordinatrice de l'espace femmes Boutique 18, centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques auprès des usagers de drogues (Caarud), Paris 18^e.

La Santé en action : Dans quel contexte votre structure d'accueil dédiée aux femmes a-t-elle été créée ?

Bénédicte Bertin : L'espace est un lieu destiné exclusivement aux femmes usagères de drogues et aux prostituées, consommatrices ou non de drogues. Après l'ouverture de la Boutique 18, au début des années 1990, l'équipe a constaté une difficile coexistence entre les publics féminin et masculin dans un lieu d'accueil unique assez petit. La mise en place de plages horaires réservées aux femmes ne fonctionnait pas très bien. Un local a été loué deux numéros plus loin dans la même rue pour accueillir les femmes ; en 1995, cet espace dédié a été reconnu ; une subvention et une équipe spécifiques lui ont été attribués.

Près de 90 % des femmes qui fréquentent la structure sont en situation de prostitution ; ceci est lié à notre implantation au cœur du quartier de la Goutte d'Or, dans le 18^e arrondissement de Paris. Les usagères de drogues et les prostituées ont en commun une forte stigmatisation sociale, qui rend difficile l'accès aux droits et aux soins. En 2016, nous avons comptabilisé 4 052 passages et enregistré dans la file active 247 femmes non usagères de drogues et 151 consommatrices de drogues. Ces dernières sont sans doute les plus vulnérables, ayant des conduites à risques majeures et étant



L'ESSENTIEL

■ **L'espace femmes à Paris dans le 18^e arrondissement, est un lieu d'accueil pour les femmes usagères de drogues et les femmes prostituées.**

■ **L'accès est anonyme, gratuit, le lieu est chaleureux et sécurisant : les femmes peuvent s'y poser sans formuler une demande précise.**

■ **Éducateurs, infirmier, médecin, socio-esthéticienne, podologue assurent un accompagnement pluridisciplinaire de ces femmes vivant dans une grande marginalité.**

régulièrement victimes de nombreuses violences. C'est principalement le crack qui est utilisé, souvent en association avec de l'alcool, des benzodiazépines ou des produits de substitution, comme le Subutex[®] qui est fumé. Ces produits ont des conséquences graves sur la santé physique et psychique, comme la dénutrition et la fatigue liée au manque de sommeil. La moyenne d'âge de ces femmes est de 36 ans ;

nous accueillons donc un groupe assez important de femmes de plus de 50 ans qui ont des années de rue derrière elles.

S. A. : Que leur propose l'espace femmes Boutique 18 ?

B. B. : C'est un lieu d'accueil, anonyme et gratuit, chaleureux et sécurisant, avec un accès à Internet, où les femmes peuvent venir se poser, à l'abri de la violence de la rue, sans être obligées de formuler une demande précise. Elles ont la possibilité de prendre une collation ou une douche, de laver leur linge, d'écouter de la musique, etc. L'accompagnement médico-social que nous proposons nécessite de prendre du temps. Pour ces femmes, parler de soi, de son corps et de sa santé n'est pas une chose facile. Nous sommes dans une démarche globale et pédagogique de promotion de la santé ; l'objectif est que chacune considère sa santé comme un capital à protéger et à ménager grâce aux soins et également en adoptant un mode de vie qui limite la prise de risques.

C'est ce soutien à la diminution des risques qui constitue notre cœur de métier. Les femmes nous connaissent par le bouche à oreille et aussi parce que nous effectuons des maraudes pédestres dans le quartier pour les rencontrer tous les mardis après-midi. Cette démarche d'« aller vers » est indispensable pour créer du lien : nous distribuons du matériel de réduction des risques liés à la sexualité et à la consommation de produits, avec des messages de prévention en plusieurs langues (anglais et roumain), portant par exemple sur le test rapide à orientation diagnostique (TROD), cet outil de dépistage rapide du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et de l'hépatite. Il est proposé à l'espace femmes sans rendez-vous.

HONTE ET CULPABILITÉ FREINENT L'ACCÈS AUX SOINS

Nommé début février 2017 président de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), Nicolas Prisse a choisi pour sa première prise de parole publique de se rendre, le 6 mars 2017, à l'espace femmes Boutique 18, qui est un centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (Caarud) situé porte de La Chapelle à Paris. Sa priorité : « *montrer l'importance que le gouvernement attache à la situation des femmes en termes de santé, d'accès aux droits et de lutte contre les violences, à la question particulière des addictions chez les femmes qui constituent un public prioritaire du plan gouvernemental 2013-2017 de lutte contre les drogues et les conduites addictives* ». Il a notamment présenté le guide *Femmes et Addictions*, réalisé par la fédération Addiction avec le soutien de la MILDECA, de la Direction générale de la santé et de la Direction générale de la cohésion sociale – service des Droits des femmes et de l'Égalité entre les femmes et les hommes. Ce guide fait partie des actions prévues dans le plan gouvernemental. À cette occasion, plusieurs spécificités des femmes usagères de drogues ont été rappelées :

- une stigmatisation plus importante que pour les hommes présentant des conduites addictives ;
- honte et culpabilité associées freinent l'accès aux soins ;
- les situations d'emprise sont plus fréquentes ;
- un accès compliqué à la réduction des risques sexuels et à la contraception ;
- des risques accrus d'avoir subi ou de subir des violences conjugales et/ou sexuelles ;
- des situations de prostitution beaucoup plus fréquentes que pour les hommes ;
- des risques accrus de précarité économique ;
- une image de mauvaise mère.

Autant d'éléments objectifs à prendre en compte dans une démarche d'accompagnement et de prise en charge de ces femmes.

S. A. : *Comment l'équipe est-elle constituée ?*

B. B. : Nous avons une équipe pluridisciplinaire qui travaille quotidiennement à ce que chaque femme retrouve un peu d'estime de soi. Elle est composée de trois éducateurs, une femme et deux hommes. La mixité de l'équipe et de l'encadrement est un choix. À l'intérieur du local, de nombreuses femmes, elles-mêmes victimes de violences, s'en prennent aux plus faibles par mimétisme. La présence de professionnels masculins permet d'apaiser les tensions. Pour des femmes qui ont toujours été dans des rapports de domination, qu'un éducateur puisse être bienveillant et disponible est un changement majeur. Un infirmier est présent à temps complet et un médecin généraliste vient deux matinées par semaine. Une socio-esthéticienne anime une fois par semaine un atelier consacré au bien-être et au soin de soi ; elle apprend également à confectionner des produits cosmétiques peu coûteux à partir d'aliments, ce qui permet aux participantes de développer leurs compétences psycho-sociales. Enfin, un podologue est disponible deux matinées par semaine ; il faut savoir que les consommatrices de crack sans domicile fixe dorment peu et marchent énormément. Prendre soin de ses pieds est une nécessité. Ces femmes vivant dans une extrême marginalité ne possèdent souvent aucun document ; une grande partie de notre temps est consacré à les accompagner dans leurs démarches administratives, y compris sur place, pour obtenir un titre de séjour, des papiers d'identité, le revenu de solidarité active (RSA), la couverture maladie universelle (CMU), etc. C'est un premier pas pour restaurer ou acquérir une citoyenneté. À côté des entretiens individuels, nous organisons aussi des ateliers collectifs sur des thèmes variés, par exemple la ménopause en raison de l'âge de notre public.

S. A. : *Pourquoi avez-vous créé un observatoire de la violence il y a deux ans ?*

B. B. : Nous étions un peu démunis face à la violence que subissent les femmes accueillies, qui sont multiples : agressions physiques, rackets, agressions sexuelles, viols, séquestrations, tentatives d'homicide. Nous avons travaillé avec un psychologue pour établir une sorte de grille d'évaluation qui nous permet de

mieux gérer l'entretien, de recueillir le récit de la violence, de mettre des paroles sur les faits et de les consigner et ainsi d'en avoir une trace écrite. En 2016, 33 femmes ont subi 81 situations de violence. Ce recueil de l'expression est un acte essentiel pour ensuite porter plainte, même si la plupart de ces femmes pensent qu'elles n'ont pas de droits. Nous sommes en relation avec le département de police judiciaire, ce qui nous permet de caler des rendez-vous pour que le dépôt de plainte soit réalisé dans un cadre intime ; nous accompagnons bien sûr les femmes à l'unité médico-judiciaire. Mais seulement 3 femmes ont déposé plainte ; 18 ont bénéficié d'une mise à l'abri, c'est-à-dire de plusieurs nuits d'hébergement en hôtel. En 2016, ce dispositif hébergement-hôtel a concerné 42 femmes qui étaient dans une extrême précarité, dans un état de santé dégradé et dans une situation administrative quasiment inexistante.

S. A. : *Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez ?*

B. B. : Il est parfois compliqué de donner à chacune une place individuelle dans cet espace collectif. Et la vie de la rue ne s'arrête pas à la porte de la structure. Les femmes se volent leur sac à main, leur téléphone portable, les vêtements qui sèchent. Il faut être vigilant à tout. Nous avons un règlement de fonctionnement qui stipule : pas de violence, respect envers le personnel et les autres femmes, pas de consommation de drogues *intra-muros* (des espaces de consommation à moindre risque seraient sans aucun doute à créer). Si l'une y contrevient, un entretien de recadrage peut être suivi d'une exclusion temporaire du lieu. De meilleures conditions d'accueil consisteraient à proposer un espace de repos là où, aujourd'hui, les femmes s'endorment sur des chaises. La gestion d'un lieu collectif ne va pas de soi : des frictions peuvent avoir lieu entre des femmes épuisées qui ne supportent pas le bruit et d'autres, plus en forme, qui souhaitent écouter de la musique ou partager un repas en chantant. De meilleures conditions d'accueil consisteraient à proposer des espaces d'accueil différenciés : l'un calme, l'autre plus convivial. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

Moonlight : orientation sexuelle et première fois chez les jeunes adultes

Un film de Barry Jenkins,
États-Unis, 2016, 1 h 51.

Michel Condé,

docteur ès lettres, animateur,
centre culturel Les Grignoux (Liège).

Le film raconte en trois chapitres la vie de Chiron, né dans le ghetto noir de Miami, enfant solitaire d'abord, puis adolescent harcelé et, enfin, jeune adulte devenu trafiquant de drogue à Atlanta. Il brosse à grands traits le portrait d'un quartier défavorisé, rongé par le trafic de drogue et marqué par l'existence difficile de ses habitants, en particulier des mères célibataires ; il dessine surtout par petites touches la découverte par Chiron de son orientation sexuelle – il est gay – dans un milieu fortement homophobe. Évitant toute prise de position explicite, le réalisateur Barry Jenkins a privilégié une approche tout en retenue, centrée sur la personnalité complexe sinon contradictoire de son personnage principal, le taiseux Chiron...

À quels spectateurs le film est-il destiné ?

Moonlight, film laconique et souvent poétique, révèle une sensibilité à fleur de peau qui touchera certainement de nombreux spectateurs et spectatrices à partir de quinze ans environ. Les multiples facettes du personnage – noir, adolescent, homosexuel, objet de brimades, en relation duelle avec sa mère... – constituent autant de portes d'entrée pour un film kaléidoscopique.

Relations avec la problématique santé

Si l'homosexualité apparaît, aux yeux de nombreux critiques, être le thème principal du film, on remarque que



cette problématique se déroule dans le contexte difficile d'un ghetto noir américain, illustrant ainsi ce que les sciences humaines désignent à présent sous le terme d'« intersectionnalité » – que l'on pourrait définir comme la prise en compte de l'entrecroisement des caractéristiques sociales entre races, genres, classes, ethnicités, orientations sexuelles... Le film peut aussi retenir l'attention des éducateurs à la santé par bien d'autres aspects, comme la consommation et le trafic de drogue, les relations entre parents et enfants, les difficultés de communication entre pairs, le harcèlement scolaire, l'importance des modèles d'identification à l'adolescence... Nous nous attarderons plus précisément ici sur la question de l'initiation sexuelle qui constitue, à nos yeux, la thématique la plus profonde sinon la plus enfouie de *Moonlight*.

Quelques pistes d'animation

Le film aborde, même brièvement, de multiples thématiques. On recueillera donc d'abord les impressions des spectateurs en recourant à des techniques simples, comme les nuages de mots (chaque participant cite le premier qui lui vient à l'esprit, tous les mots étant progressivement réunis en nuages) ou l'évocation d'un personnage du film que chacun estime le plus marquant ou le plus intéressant [1]. Cette première étape est certainement indispensable si l'on veut bien percevoir le public auquel on s'adresse, ses attentes, ses sensibilités, ses crispations éventuelles : on sait notamment que l'homosexualité suscite encore bien des rejets, notamment chez les adolescents, comme en témoigne d'ailleurs le film lui-même².

Si l'on veut cependant éviter une approche superficielle du film, faite de réflexions générales sur l'une ou l'autre

Moonlight

Orientation sexuelle et première fois chez les jeunes adultes



© DR

thématique (les ghettos, la pauvreté, la drogue...), il est préférable de suggérer des questions (réunies ci-après) qui sont illustrées de façon très concrète dans le film et dont chaque spectateur a pu lui-même faire l'expérience de façon plus ou moins intense. Il s'agira d'utiliser les situations mises en scène pour permettre à chacun de réagir plus personnellement à certaines thématiques abordées dans le film. On pourrait ainsi poser les questions suivantes :

- « Comment comprenez-vous les réactions de Chiron au harcèlement dont il est victime ? Auriez-vous réagi comme lui ? »

On peut rappeler à ce propos plusieurs scènes du film, notamment au début, quand son copain Kevin lui demande pourquoi il se laisse toujours harceler ou bien, à la fin de la seconde partie, lorsqu'il brise une chaise sur le dos de son harceleur Terrell.

- « Comment jugez-vous la mère de Chiron, à la fois droguée, autoritaire, brutale et aimante ? » ; « Et le rôle de Juan qui devient une espèce de tuteur pour l'enfant ? » ; « Êtes-vous sensible aux conseils de Teresa (la compagne de Juan qui joue également le rôle de tutrice) qui lui dit notamment de ne jamais baisser la tête ? »

- « Comment percevez-vous les ellipses (non-mention de certains éléments de l'histoire) du film ? » ; « Est-ce un procédé uniquement cinématographique ou bien cela reflète-t-il d'une manière ou d'une autre la perception de Chiron, en particulier la forme de ses souvenirs ? »

- « Comment interprétez-vous la relation entre Chiron et Kevin ? » ; « En quoi cette relation évolue-t-elle dans les trois grandes parties du film ? » ; « Quels sont, à votre avis, les sentiments de Chiron ? » ; « Et ceux de Kevin ? »

- « À plusieurs reprises, des personnages – Juan, le trafiquant de drogue du début du film, Kevin – signalent en riant que Chiron est incapable d'aligner trois mots les uns à la suite des autres : pourquoi est-il aussi laconique ? » ; « Que pense-t-il, que ressent-il à votre avis ? » ; « Y a-t-il des choses qu'il ne parvient pas à exprimer ? »

Une réflexion plus approfondie

Toutes ces questions méritent sans doute un approfondissement pour mieux comprendre en particulier les motivations de Chiron : si l'homosexualité et la stigmatisation qui en résulte éclairent évidemment certaines réactions du personnage, ce ne sont pourtant là que des facteurs partiellement explicatifs, et bien d'autres motivations, que tout un chacun peut partager, doivent être prise en compte. Ainsi, de nombreux indices laissent à penser que la question centrale du film est celle de l'initiation sexuelle de Chiron et de ses difficultés à franchir cette étape : cette question est apparemment masquée par les relations compliquées aux autres personnages (sa mère, Juan, Terrell le harceleur...), mais chacune des trois parties est dominée par la présence de Kevin avec, au centre du film, la séquence d'initiation nocturne sur la plage. Et le film se termine évidemment par l'aveu

de Chiron indiquant que Kevin est le seul homme qui l'ait touché. Or un tel moment est problématique pour de nombreuses personnes, le plus souvent avant (« quand, comment, avec qui vais-je perdre ma virginité ? ») et aussi, dans certains cas, au moment même de l'initiation ou par la suite. Et si l'on reconnaît que cette question est bien centrale dans le film, l'on comprend facilement sa structure en triptyque avec les trois moments : avant, pendant et après. Par ailleurs, le caractère elliptique du film peut également être vu comme un effet de la mémoire de Chiron qui, comme tout le monde, se souvient de façon privilégiée de sa première fois.

Aborder ouvertement une telle problématique avec des adolescents ou des adolescentes est bien sûr difficile tant elle risque de choquer la pudeur individuelle et de favoriser naturellement toutes les stratégies de dissimulation. L'on suggère de revenir sur l'une des questions posées précédemment à propos du caractère mutique du personnage principal : plusieurs pistes d'interprétation, sans doute révélatrices de la personnalité de chacun, sont dès lors possibles. L'on en proposera trois, que les participants seront invités à approfondir individuellement, par écrit et anonymement :

« À votre avis, pourquoi Chiron est-il aussi laconique ? Que pense-t-il, que ressent-il ? Y a-t-il des choses qu'il ne parvient pas à exprimer ? Voici trois réponses possibles :

- Il a honte d'être gay, il a honte de sa mère droguée, il a honte d'être faible physiquement.

- Il est dominé par la peur, peur d'entrer en relation avec les autres, et il dissimule sa peur derrière le silence ou en évitant les questions embarrassantes.

- Il vit dans un monde violent, et il cherche à se protéger en se masquant au maximum, même avec des personnes *a priori* favorables.

Développez la réponse qui vous paraît la plus pertinente en vous fondant sur un maximum d'éléments du film. »

Dominé par la peur

Après le recueil des réponses, on pourra en discuter collectivement en respectant l'anonymat des rédacteurs (l'animateur reprenant par exemple une interprétation qui lui

L'ESSENTIEL

- **Consacré meilleur film aux Oscars 2017¹, le film *Moonlight* peut servir de support au dialogue avec les adolescents afin d'aborder les questions de l'orientation sexuelle et de « la première fois ».**
- **Le réalisateur a choisi une approche tout en retenue, centrée sur la personnalité complexe de Chiron, jeune adulte homosexuel, harcelé, taraudé par la crainte de franchir le pas du contact physique.**
- **Le film peut aussi retenir l'attention des éducateurs à la santé par bien d'autres aspects, comme la consommation et le trafic de drogue, les relations entre parents et enfants, les difficultés de communication entre pairs, le harcèlement scolaire, l'importance des modèles d'identification à l'adolescence.**



© DR

paraît intéressante ou pertinente et sollicitant ensuite l'opinion du groupe). Si les réponses sont trop sommaires, on pourra également formuler certaines hypothèses plus élaborées. Ainsi, l'hypothèse d'un personnage dominé par la peur permet d'éclairer de nombreux éléments du film.

La première séquence nous montre Chiron pourchassé par d'autres gosses et se réfugiant dans un squat abandonné où Juan le découvrira terré. L'attitude de l'enfant complètement muet semble alors prolonger cette peur qui devait l'habiter lors de sa fuite. Ce n'est que très progressivement qu'il surmontera cette crainte et s'ouvrira à Juan et à Teresa sa compagne. La très belle scène au bord de l'océan sera également fondée sur la peur de l'eau de Chiron que Juan lui fera surmonter grâce à son attitude bienveillante.

Les scènes ultérieures de harcèlement confirmeront visiblement cette peur qui habite encore l'enfant devenu adolescent qui craint – à juste titre – de sortir de l'école et d'affronter Tyrrel. Et la scène où Chiron, après le violent passage à tabac dont il a été victime, revient à l'école pour fracasser une chaise sur le dos de Tyrrell traduit autant un sentiment de vengeance qu'une peur enfin surmontée grâce à la colère. La métamorphose de l'adolescent en adulte à la carrure particulièrement

imposante apparaît alors comme une carapace destinée à le protéger définitivement des autres et surtout de la peur qui l'habite.

Franchir le pas du contact physique

Mais cette peur n'est pas seulement celle des harceleurs, c'est, plus profondément, la peur d'entrer en contact avec les autres : il a peur de s'ouvrir, même vis-à-vis de quelqu'un qui lui témoigne de l'affection ou de la sympathie, comme Juan ou Teresa, et il a surtout peur de la sexualité, pas seulement parce qu'il est gay – même si cela l'accentue certainement –, mais aussi parce que la présence physique de l'autre l'effraie. C'est évidemment ce que révèle sa relation avec Kevin qui, lui, ne craint pas de prendre des coups (dans la première partie du film), d'avoir des rapports sexuels avec une fille qui l'a allumé, même s'il y a une part de vantardise dans ses propos, ou encore d'approcher Chiron sur la plage. C'est Kevin qui, avec un joint partagé, provoque aussi bien les confidences que l'abandon de l'adolescent incapable sans doute de franchir le pas du contact physique.

Et bien entendu, l'aveu final de Chiron (qui a adopté le surnom Black, que Kevin lui avait donné sur la plage) confirme, après trois bouteilles de vin

et un long dialogue en auto où il évite toutes les questions embarrassantes, que, malgré sa métamorphose physique, il est resté dominé par cette peur de la sexualité, du contact physique avec une autre personne. Cette émotion qui domine Chiron peut sembler singulière, liée en particulier à son parcours personnel, mais l'on se demandera si elle n'a pas une part dans toutes nos relations, en particulier amoureuses ou érotiques. ■

1. Sacré meilleur film, *Moonlight* a aussi remporté les prix du meilleur scénario adapté et du meilleur second rôle, lors de la cérémonie annuelle des Oscars (prix du cinéma américain) le 26 février 2017.
2. Face à des réactions potentiellement homophobes, il peut être intéressant de signaler que, si l'auteur du scénario, Tarell Alvin McCraney, est homosexuel et s'inspire de sa propre expérience, le réalisateur Barry Jenkins est hétérosexuel : la différence d'orientation sexuelle n'empêche évidemment pas la tolérance ni surtout la compréhension intime de son personnage.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

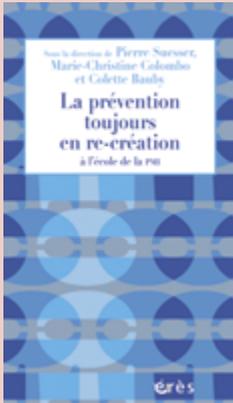
[1] Douiller A. *25 techniques d'animation pour promouvoir la santé*. Brignais : Le Coudrier, coll. Outils pour la santé publique, 2015 : p. 100-104.

Moonlight

Orientation sexuelle et première fois chez les jeunes adultes

La Prévention toujours en re-création à l'école de la PMI

Sous la direction de Pierre Suesser, Marie-Christine Colombo et Colette Bauby



En 2016, Le dispositif de protection maternelle et infantile (PMI) a fêté ses 70 ans. Cet ouvrage revient sur son origine, l'évolution des pratiques médicales et de la maternité depuis sa création, ainsi que sur les enjeux stratégiques et politiques auxquels la PMI est aujourd'hui confrontée. Coordonné par des médecins de PMI, le document rassemble les interventions d'acteurs issus de plusieurs disciplines : sociologues, historiens, médecins de santé publique. Après avoir décrit le contexte de la création de la PMI et présenté un panorama européen des approches en santé maternelle et infantile, il souligne l'importance de permettre à l'enfant d'accéder à une certaine autonomie et insiste sur la prévention et promotion de la santé dès le plus jeune âge. La question des mutations est également analysée sous plusieurs angles : les pratiques gynécologiques et la maternité ; les évolutions technologiques et les enjeux éthiques sous-jacents liés à « l'Internet santé », à la loi informatique et libertés, aux dossiers médicaux informatisés. Enfin, des contributions d'ordre plus politique présentent le rôle et les enjeux des PMI dans les nouvelles configurations nationales de stratégie de santé. Une réflexion prospective autour des enjeux et des défis pour les PMI, dans un contexte de demande sociétale forte et de moyens alloués à ces structures en diminution.

Laetitia Haroutunian

Toulouse : érès, coll. 1001 et +, 2016, 255 p., 18 €.

Quelle politique de santé pour demain ?

Laurent Degos



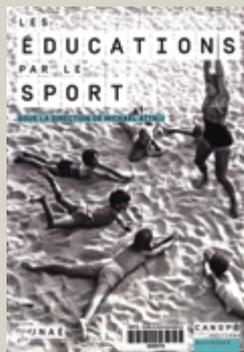
Laurent Degos, médecin et ancien président de la Haute Autorité de santé de 2005 à 2010, propose dans cet ouvrage sa vision de la politique de santé française. Son panorama souligne la situation actuelle de notre système de santé et les sujets d'importance auxquels la société est confrontée : révolution numérique, déclin du modèle de solidarité de l'assurance maladie, évolution des pratiques médicales. L'auteur analyse ensuite l'actuelle politique de santé et en particulier ses manques, puis expose ses propres préconisations. Il définit et analyse le modèle économique de notre système de santé, au regard des différents écueils et des options à envisager pour aller de l'avant. Laurent Degos aborde également les questions d'éducation et de formation : démocratie sanitaire, question de l'usager-expert, enjeux et défis posés par le *big data* (ensemble des données disponibles à l'ère numérique).

Laetitia Haroutunian

Paris : Le Pommier, coll. Essais – Manifestes, 2016, 156 p., 13 €.

Les Éducatons par le sport

Sous la direction de Michaël Attali



Cet ouvrage sociologique, recueil de contributions, s'inscrit dans le contexte de l'Année du sport de l'école à l'université 2015-2016, mise en place par les pouvoirs publics pour promouvoir la pratique sportive des jeunes. Les auteurs, professeurs des universités ou maîtres de conférences dans le domaine des activités physiques et sportives, retracent l'histoire de l'éducation par le sport dans le milieu scolaire et les différentes réformes scolaires qui ont accompagné le processus. Plus largement, les auteurs présentent les différentes éducations que l'on peut transmettre à travers le sport : éducation à la santé, à la citoyenneté, réduction de la violence dans le milieu scolaire. Le sport est aussi un *medium* qui permet de s'adresser à des publics en situation de handicap ou de chômage.

Manon Jeuland

Futuroscope : Réseau Canopé, 2016, 108 p., 14 €.

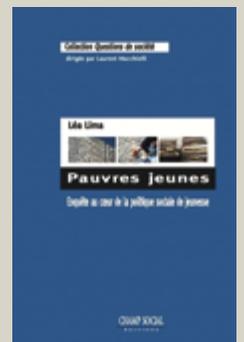
Pauvres jeunes. Enquête au cœur de la politique sociale de la jeunesse

Léa Lima

Cet ouvrage sur les politiques sociales de la jeunesse apporte des éclairages sur la protection sociale à proposer aux jeunes en grande difficulté. Léa Lima développe les mesures d'insertion destinées aux jeunes et apporte des témoignages des professionnels de l'insertion. L'auteure, sociologue, retrace l'histoire de la solidarité publique à l'égard des jeunes, observe, puis analyse sa mise en œuvre concrète par les professionnels de l'insertion, en montrant les limites et les bénéfices de ces dispositifs. Elle analyse également l'évolution récente du problème de non-recours aux droits et aux services, avec en particulier l'apparition d'une nouvelle forme de non-recours « par éviction », que l'auteure définit comme « la production d'une non-demande organisée des jeunes à l'aide sociale ». En d'autres termes, l'injonction à un comportement autonome, faite à des demandeurs de l'aide sociale, exclut les jeunes socialement et culturellement défavorisés.

Sandra Kerzanet

Nîmes : Champ social éditions, coll. Questions de société, 2016, 164 p., 16 €.



L'état de santé de la population en France : publication du rapport 2017

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et Santé publique France ont publié en mai 2017 le rapport sur « *L'état de santé de la population en France* » qui décrit les évolutions de l'état de santé de la population et de ses principaux déterminants. En voici quelques faits marquants :

Les Français sont globalement en bonne santé... : L'espérance de vie est élevée : 85 ans pour les femmes, 78,9 ans pour les hommes. La mortalité toutes causes continue à diminuer, pour toutes les classes d'âges, pour les hommes et les femmes. La baisse de la mortalité prématurée observée depuis 15 ans se poursuit, et la mortalité évitable liée aux comportements à risques continue à baisser notamment chez les hommes.

...mais le poids des décès prématurés reste important, et la morbidité par maladies chroniques ne régresse pas. Près d'un décès sur cinq est prématuré (décès avant 65 ans). La mortalité prématurée est deux fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes. La mortalité évitable par une réduction des comportements à risques représente 30 % de cette mortalité prématurée. Les comportements à risque pour la santé (tabac, alcool) perdurent, le tabagisme reste trop important et les comportements d'alcoolisation ponctuelle importante (API) sont en augmentation. La moitié des adultes est aujourd'hui en surpoids, parmi ceux-ci, un sur six souffre d'obésité. La consommation de fruits et légumes et la pratique sportive restent insuffisantes. Parmi les tendances défavorables chez les femmes de moins de 65 ans : l'incidence du cancer du poumon et le taux d'hospitalisation pour exacerbation de la BPCO augmentent tout particulièrement.

Dès le plus jeune âge, les inégalités sociales et territoriales de santé sont marquées. Les inégalités sociales de santé sont présentes à tous les âges de la vie, dès la grossesse. L'espérance de vie des hommes cadres à 35 ans est de 49 ans, soit 6,4 ans de plus que celle des hommes ouvriers. Les enfants d'ouvriers souffrent toujours davantage de surcharge pondérale et de mauvais état de santé bucco-dentaire que les enfants de cadres. Les conditions de travail ont un impact fort sur la santé et les ouvriers et employés sont particulièrement exposés aux risques (exposition aux agents cancérigènes, facteurs de pénibilité).

<http://www.santepubliquefrance.fr/Accueil-Presses/Tous-les-communiqués/L-etat-de-sante-de-la-population-en-France-publication-du-rapport-2017>



Les Ireps vous accompagnent

Vous souhaitez développer un projet de promotion de la santé ? Les Ireps, Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé, mettent à votre disposition leur expertise et savoir-faire.

- ➔ Conseil méthodologique
- ➔ Documentation et outils
- ➔ Évaluation
- ➔ Contribution aux politiques de santé publique
- ➔ Formation

Retrouvez leurs coordonnées sur le site de leur fédération : www.fnes.fr





CANICULE, FORTES CHALEURS

ADOPTÉZ LES BONS RÉFLEXES



Mouiller son corps
et se ventiler



Manger en
quantité suffisante



Maintenir sa maison
au frais : fermer
les volets le jour



Ne pas boire
d'alcool



Donner et prendre
des nouvelles
de ses proches



Éviter les efforts
physiques



BOIRE RÉGULIÈREMENT DE L'EAU

EN CAS DE MALAISE, APPELER LE 15

Pour plus d'informations : **0 800 06 66 66** (appel gratuit)
www.social-sante.gouv.fr/canicule • www.meteo.fr • [#canicule](https://twitter.com/canicule)

