



Effets de l'Académie Populaire de la Santé en Seine-Saint-Denis

Paul Quesnay, Aurore Margat

► To cite this version:

Paul Quesnay, Aurore Margat. Effets de l'Académie Populaire de la Santé en Seine-Saint-Denis. UNIVERSITE PARIS XIII – SORBONNE PARIS NORD; CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA SEINE-SAINT DENIS. 2023. <hal-04153479>

HAL Id: hal-04153479

<https://hal.science/hal-04153479v1>

Submitted on 6 Jul 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC0 1.0 - Universal - International License

UNIVERSITE PARIS XIII – SORBONNE PARIS NORD

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA SEINE-SAINT DENIS

Effets de l'Académie Populaire de la Santé en Seine-Saint-Denis : une recherche évaluative sur la période 2021-2023 (Promotions APS ONE et APS TWO)

Rapport final en date du 12/06/2023

Auteurs du Rapport :

Paul QUESNAY, PhD, Chargé de Recherche
paul.quesnay@univ-paris13.fr

Aurore Margat, Maître de conférences – HDR
Aurore.margat@univ-paris13.fr

Laboratoire Éducatif et Promotion de la Santé (LEPS) UR 3412
UFR Santé Médecine Biologie Humaine (SMBH)
Université Sorbonne Paris-Nord (USPN)
paul.quesnay@univ-paris13.fr

Direction scientifique :

Aurore Margat, Maître de conférences – HDR
LEPS UR 3412, UFR SMBH, USPN

COMPOSITION DE L'EQUIPE PARTICIPANT A L'ETUDE

Responsable du projet :

Aurore Margat

Maître de conférences – HDR

Directrice adjointe

LEPS UR 3412, UFR SMBH, USPN

Investigateur principal :

Paul Quesnay

PhD, Chargé de recherche

LEPS UR 3412, UFR SMBH, USPN

Investigateurs associés :

Cécile Arondel

Étudiante Master 2 Santé publique

LEPS UR 3412, UFR SMBH, USPN

Aude Vazquez

Stagiaire au LEPS UR 3412, USPN

Étudiante IADE de l'Institut de Formation Interhospitalier Théodore Simon

Anne Levasseur

Étudiante Master 2 Santé publique

LEPS UR 3412, UFR SMBH, USPN

Muriel Londres

Étudiante Master 2 Santé publique

LEPS UR 3412, UFR SMBH, USPN

Daniela Toro Arrochet

Chargée de recherche

LEPS UR 3412, UFR SMBH, USPN

Pour citer ce rapport : Quesnay P, Margat A. (2023) Effets de l'Académie Populaire de la Santé en Seine-Saint-Denis : une recherche évaluative sur la période 2021-2023 (Promotions APS ONE et APS TWO). Rapport final. Bobigny, France

RESUME

Introduction :

Imaginée pendant la pandémie Covid-19, l'Académie Populaire de la Santé (APS) est un parcours de formation en promotion de la santé conçu par et pour les habitants du département de Seine-Saint-Denis (France) qui souhaitent s'engager en faveur de l'accompagnement des personnes les plus éloignées des soins sur leur territoire. Pendant une année, ils participent à des rencontres mensuelles thématiques. Ils acquièrent ainsi des connaissances et développent des compétences en santé et en pédagogie pour qu'ils puissent devenir des « ambassadeurs en santé », capables de conduire des actions de promotion de la santé au sein de leurs communautés. L'approche pédagogique choisie repose sur une démarche constructiviste pragmatique (Avenier, 2011; Le Moigne, 1995) et le recours à des pédagogies actives visant l'autonomie de l'apprenant. L'ensemble contribue à instaurer une réflexion à partir de l'expérience des participants pour aller vers la conceptualisation et la co-construction de savoirs, au service de la communauté. A partir de la 2^e année, deux approches pédagogiques complémentaires ont enrichi le dispositif : l'approche par compétences (APC) (Poumay et al., 2017), avec la formulation de 2 compétences, et le modèle de l'éducation à la santé familiale (ESF) (d'Ivernois et al., 2010; Riquet et al., 2016).

Ce dispositif a été co-construit à chaque étape du projet dans une démarche participative avec des acteurs issus de différents secteurs (intersectorialité). Il a été initié par le Conseil Départemental de la Seine-Saint-Denis (CD 93), en partenariat avec le Laboratoire Éducatif et Promotion de la Santé (LEPS) UR3412 (Université Sorbonne Paris-Nord), et le Codes 93 (association loi 1901). Le projet a reçu un financement de la fondation BNP Paribas.

Objectifs : Comprendre et décrire les effets du dispositif sur : la réaction des participants (*via* leur assiduité et leur satisfaction), les apprentissages des apprenants (*via* le niveau de littératie en santé des apprenants et leurs conceptions de l'engagement en santé), les compétences développées (*via* le sentiment de compétence), les actions d'éducation conduites pendant la formation et à distance par les ambassadeurs.

Méthode :

Cette étude est une recherche évaluative s'appuyant sur une méthode de nature mixte (Creswell, 2011) qui a été conduite aux moyens d'analyses de documents (assiduité), de questionnaires (satisfaction, littératie en santé (LS) (au moyen du HLS-EU Q), sentiment de compétences), de cartes conceptuelles et de focus groups (sur les actions réalisées et le devenir des ambassadeurs). La triangulation des données permet d'approcher les différents niveaux de l'évaluation de programme (Kirkpatrick, 1996), appliqués à la première promotion d'ambassadeurs (APS ONE). Pour la 2^e promotion (APS TWO), seuls ont été mesurés à titre comparatif la réaction des participants, les apprentissages (littératie) et le sentiment de compétences.

Résultats :

N=30 ambassadeurs ont participé à l'APS ONE, 21 femmes et 9 hommes, âgés de 20 à 79 ans. En APS TWO, n=30 ambassadeurs ont participé, 26 femmes et 4 hommes, âgés de 28 à 78 ans.

Réaction des participants : en APS ONE, une moyenne de $n=16\pm5$ (sur 30 soit 53%) ambassadeurs ont participé à chaque session, avec pour chaque session entre 80% et 100% des participants satisfaits et très satisfaits (animation, durée, échanges et conditions matérielles). En APS TWO, $n=19\pm6$ (sur 30, soit 63%) ont participé en moyenne, avec entre 84% et 100% des participants satisfaits et très satisfaits (animation, contenu, échanges et conditions matérielles, poursuite et applicabilité).

Apprentissages des apprenants : relativement à la LS, les participants APS ONE et APS TWO ont présenté des niveaux initiaux comparables (pas de différence statistique). Le niveau de littératie a progressé de la catégorie « problématique » à « suffisant » en APS ONE (différence non significative). En APS TWO, le niveau de LS a progressé de la catégorie « problématique » à « suffisant » de manière significative en termes de score moyen ($p=0,0254$) et en termes de répartition dans les catégories ($p=0,0029$). En APS ONE, des cartes conceptuelles ont été réalisées avec les ambassadeurs, en début ($n=18$ CC1) et en fin de formation ($n=11$ CC2) sur le thème l'engagement des personnes en santé. L'organisation des cartes conceptuelles évolue de CC1 à CC2 en termes d'organisation, ce qui montre une meilleure compréhension du sujet. Les conceptions sont davantage contextualisées à l'expérience, la pratique des ambassadeurs et les actions qu'ils mènent ($n=5/18$ en CC1 et $n=6/11$ en CC2). Néanmoins l'engagement est conçu en CC1 comme en CC2 comme un phénomène individuel (voire collectif) d'action pour la santé à destination de soi ou des autres, ce qui n'évolue pas en fin de formation (CC2). L'engagement relève d'un changement d'attitude de la part des ambassadeurs, pouvant être perçu comme un devoir. Un lien avec la notion de « transformation personnelle » ($2/11$) apparaît en CC2. En CC1, l'engagement est mis en lien avec la notion de littératie en santé et de choix pour la santé des personnes et des populations ($n=5/18$). L'engagement est contributif d'un processus d'*empowerment* ($n=4/18$). En CC2, l'engagement est mis en lien avec les notions abordées dans la formation de littératie en santé ($n=8/11$) et de choix pour la santé des personnes et des populations, avec les inégalités sociales de santé ($n=5/11$).

Compétences développées : en APS ONE, le sentiment de compétence global a progressé de 84% à 100% ($p=NS$). Il a diminué de manière significative 1 an après la formation (59%, $p=0,01$). En APS TWO, il a évolué de 81% à 100% ($p=NS$) pour la compétence « faciliter l'accès à l'environnement en santé » et de 69% à 100% ($p=0,0027$) pour la compétence « éduquer à la santé ».

Actions d'éducation conduites par les ambassadeurs : pendant la formation, $n=8/14$ ambassadeurs ont déclaré avoir prodigué des conseils auprès de moins de 20 personnes ($n=6/14 >20$) et $n=9/14$ ont déclaré accompagner des démarches en santé auprès de moins de 20 personnes ($n=5/14 >20$). Un an après la formation, $n=4/14$ ont déclaré prodiguer des conseils à 20-50 personnes, $n=5/14$ à 50-100 personnes et $n=4$ à >100 personnes. $n=5/14$ ont déclaré accompagner des démarches en santé à 20-50 personnes, $n=4/14$ à 50-100 personnes et $n=1$ à >100 personnes.

Discussion – Conclusion :

Les résultats montrent que le dispositif, co-construit en intersectorialité, a permis des apprentissages pour les participants, d'augmenter leurs compétences individuelles et de promouvoir leur engagement dans des actions promotrices de santé. Le dispositif de l'APS a ainsi intégré les principes de la promotion de la santé (OMS, 1986) pour permettre en retour l'apprentissage et le développement de compétences pour promouvoir la santé. Reste à questionner les mécanismes d'apprentissages à l'œuvre ainsi que la transférabilité du modèle pédagogique de l'APS. Sera également à étudier les effets de l'APS sur l'entourage des ambassadeurs ou effet de halo (Albano et al. 2021) des actions des ambassadeurs.

NOTES AUX LECTEURS

Dans ce document, l'emploi du masculin pour désigner des personnes n'a d'autres fins que celle d'alléger le texte. Les termes employés pour désigner des personnes sont pris au sens générique ; ils ont à la fois valeur de féminin et de masculin.

REMERCIEMENTS

Les auteurs de ce rapport tiennent à remercier l'ensemble des participants de l'académie populaire ainsi que ceux qui ont accepté de participer à cette recherche. Ce rapport leur est dédié.

Ce projet de recherche n'aurait pas été possible sans la participation de l'ensemble des partenaires de l'APS : le Conseil Départemental du département de la Seine-Saint-Denis, le CODES 93, la fondation BNP Paribas, l'ensemble des intervenants aux différentes sessions de formation, ainsi que les personnes et lieux qui ont accueilli l'APS pour ces sessions.

Enfin, merci aux doctorantes, étudiantes du Master de Santé Publique, mention : ingénierie de la formation en santé (USPN), qui ont contribué à cette recherche en mettant à disposition leur expertise et leur temps.

VALORISATION SCIENTIFIQUE

Les résultats de ce rapport ont fait l'objet d'une communication écrite et de trois présentations orales.

Communication écrite :

Quesnay P, Margat M. L'Académie Populaire de la Santé, une formation en promotion de la santé par et pour les personnes concernées : proposition d'une meilleure prise en compte des principes de justice épistémique (2023) *Éducation et socialisation* (accepté)

Communications orales :

Quesnay P, Arrondel C, Levasseur A, Londres M, Blanchoz J.-M, Margat A (2023) L'académie populaire de santé : une action de promotion de la santé pour répondre aux enjeux des ISS sur le territoire de la Seine-Saint-Denis avec et pour les personnes concernées. Colloque « Pair-aidance : entre engagement et professionnalisation ». USPN, campus Condorcet (voir diaporama en annexe I, page 86)

Londres M, Quesnay P, Pastor M, Gross O, Margat A. (2022) Conceptions premières de « l'engagement des personnes en santé » des participants à l'Académie Populaire de la Santé de la Seine St Denis ? Congrès de la SETE. ETP/TPE. Montpellier

Quesnay P, Londres M, Margat A. (2022) Engagement des personnes en santé : exploration des conceptions des participants de l'Académie Populaire de la Santé en Seine St Denis. Colloque « Pair-aidance : entre engagement et professionnalisation ». USPN, campus Condorcet

LISTE DES ABREVIATIONS

APC : Approche par compétences

APS : Académie Populaire de la Santé

CC : Carte Conceptuelle

CD93 : Conseil Départemental de la Seine-Saint-Denis

COPIL : comité de pilotage

ESF : éducation à la santé familiale

HAS : Haute autorité de Santé

HLS EU Q : Health Literacy Survey European Questionnaire, traduit comme Questionnaire européen de Littératie en Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

LEPS UR3412 : Laboratoire Éducatifs et Pratiques de Santé UR 3412

LS : Littératie en Santé

SSD : Seine Saint Denis

GLOSSAIRE

Aller-vers : consiste à aller à la rencontre de personnes qui ne formulent aucune demande ou ne s'adressent pas aux dispositifs adaptés, en allant sur leur lieu de vie ou de prise en charge de la personne (structure d'hébergement, établissement de santé ou médico-social, etc.) (Santé Publique France, 2021a).

Compétence : « *savoir agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes, à l'intérieur d'une famille de situations* » (Tardif, 2006, p. 22).

Connaissance : « *opération intellectuelle par laquelle un objet est rendu présent aux sens ou à l'esprit ; fait ou manière de connaître ; son résultat* » (Legendre, 2017, p. 274). La connaissance s'élabore « *par l'expérience (en agissant), par l'observation (en regardant quelqu'un qui agit) ou en se faisant transmettre cette information* » (Legendre, 2017, p. 274).

Éducation à la santé familiale : modèle pédagogique qui vise à promouvoir la santé et à porter soin et secours, à travers une approche éducative, dans les parcours de vie des familles (d'Ivernois et al., 2010; Riquet et al., 2016). Elle a pour but de conférer aux familles les connaissances et les compétences de base pour maintenir leur santé, pour résoudre par elles-mêmes des problèmes de santé courants et pour gérer des situations d'urgence à domicile, sans avoir à s'adresser systématiquement à un système de soins de premier recours de plus en plus débordé.

Effet de halo : cet effet est issu du champ de l'éducation thérapeutique et renvoie, à la suite de cette éducation, à « une diffusion des savoirs aux proches aidants par les patients éduqués » (Albano et al., 2021).

Empowerment : renvoie à « *un processus social de reconnaissance, de promotion et d'augmentation des capacités des personnes à rencontrer leurs propres besoins, résoudre leurs propres problèmes et pouvoir mobiliser les ressources nécessaires* » (Gibson, 1991).

Engagement : dans les secteurs social, médico-social et sanitaire, l'engagement des personnes concernées désigne toute forme d'action, individuelle ou collective, au bénéfice de leur santé, leur bien-être ou leur qualité de vie, ou de ceux de leurs pairs. Cet engagement nécessite en regard l'engagement des professionnels et des décideurs, afin que l'expérience, les besoins et préférences des personnes concernées soient pris en compte, tant dans le soin et l'accompagnement social et médico-social que dans l'amélioration des pratiques et des organisations ainsi que dans l'enseignement et la recherche. Cet engagement conjoint concourt à un meilleur service rendu aux personnes concernées et à l'augmentation de leur pouvoir d'agir (HAS, 2020).

Inégalité sociale de santé : *« différences systémiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé observées entre des groupes sociaux. Elles résultent d'une inégalité de distribution d'une multitude de déterminants sociaux tels que le genre, le pays de naissance, la composition familiale, le revenu, la scolarité, le métier, le soutien social mais aussi d'autres déterminants plus globaux, telles que les politiques sociales »* (Santé Publique France, 2021b).

Injustice épistémique : renvoie aux inégalités (Godrie & Dos Santos, 2017; Godrie & Rivet, 2020) *« qui se manifeste[nt] dans l'accès, la reconnaissance et la production des savoirs »* (Godrie & Dos Santos, 2017). M. Fricker (2007) distingue les injustices épistémiques testimoniales des injustices herméneutiques. Les injustices dites testimoniales (Fricker, 2007), renvoient à la valeur attribuée aux témoignages et à la connaissance des personnes. Les injustices d'ordre herméneutique se traduisent par un manque de ressources individuelles, comme dans le cas de faible de niveau de littératie (Gross & Gagnayre, 2021) ou collectives, lorsque les situations d'injustice ne sont pas reconnues ou renvoient à une ignorance de la situation d'inégalité (Godrie & Dos Santos, 2017).

Intersectorialité : renvoie aux *« actions entreprises par d'autres secteurs que celui de la santé, en collaboration ou pas avec le secteur de la santé, qui visent des résultats de santé ou d'équité en santé ou ciblent des déterminants de la santé ou de l'équité en santé »* ((Jobyn et al., 2017), d'après (Leppo et al., 2013)).

Littératie en santé : *« caractéristiques personnelles et les ressources sociales nécessaires aux individus et aux communautés afin d'accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information et les services pour prendre des décisions en santé »* (Sørensen et al., 2012).

Pédagogie active : renvoie aux techniques et méthodes visant l'apprentissage en s'appuyant sur la mise en activité de l'apprenant (Leclercq & Denis, 2005).

Portfolio : *« un échantillon de preuves, sélectionnées (...) par l'étudiant dans l'intention de rendre compte fidèlement des apprentissages réalisés au cours d'une période (...) »* (Tardif, 2006, p. 266).

Savoir collectif : désigne des connaissances partagées (Engel, 2015), c'est-à-dire des objets *« formalisés (...) et/ou utilisés à titre de référence par des collectifs (...) ils renvoient à une dimension sociale forte où négociation et accord interindividuel, même tacites, s'avèrent incontournables »* (Coulet, 2021).

TABLE DES MATIERES

COMPOSITION DE L'EQUIPE PARTICIPANT A L'ETUDE	2
RESUME	3
NOTES AUX LECTEURS	6
REMERCIEMENTS	7
VALORISATION SCIENTIFIQUE.....	8
Liste des abreviations	9
GLOSSAIRE	10
Liste des figures et des tableaux	13
I. INTRODUCTION ET OBJECTIFS DE L'ETUDE	15
I-1 UN CONTEXTE DE CRISE SANITAIRE REVELATEUR ET ACCELERATEUR D'INEGALITES SOCIALES EN SANTE.....	15
I-2 LES EDUCATIONS EN SANTE ET LA PARTICIPATION DES BENEFICIAIRES, UN LEVIER DE REDUCTION DES INEGALITES....	16
I-3 CONCEPT STRUCTURANTS ET FONDEMENTS PEDAGOGIQUES DE L'APS	17
I-4 OBJECTIFS DE L'ETUDE	23
II. POPULATION, MATERIEL ET METHODE	25
II-1 TYPE D'ETUDE	25
II-2 POPULATION ETUDIEE.....	26
II-3 RECUEIL DE DONNEES	27
II-4 ANALYSE DES DONNEES.....	33
II-5 DEROULEMENT DE L'ETUDE	36
II-6 DISPOSITIONS ETHIQUES	38
III. RESULTATS	39
III-1 CARACTERISTIQUES DES PROMOTIONS DES AMBASSADEURS (APS ONE ET TWO)	39
III-2 ÉVALUER LA REACTION DES PARTICIPANTS AUX SESSIONS DE FORMATION (APS ONE ET TWO).....	41
III-3 ÉVALUER LES APPRENTISSAGES DES PARTICIPANTS (APS ONE ET TWO).....	44
III-4 ÉVALUER LES COMPETENCES ET LE TRANSFERT DES APPRENTISSAGES (APS ONE ET TWO)	55
III-5 ÉVALUER LES RESULTATS DE LA FORMATION (APS ONE)	60
III-6 DEVENIR DES AMBASSADEURS.....	66
III-7 SYNTHÈSE DES RESULTATS	67
IV. LIMITES ET DISCUSSION	70
IV-1 LIMITES DE LA RECHERCHE	70
IV-2 DISCUSSION : LES EFFETS DE L'APS	71
IV-3 FORMER DES AMBASSADEURS PROMOTEURS DE SANTE	74
IV-4 DE LA FORMATION A LA TRANSFORMATION DES AMBASSADEURS	75
IV-5 UN DISPOSITIF DE FORMATION PAR ET POUR LA PROMOTION DE LA SANTE	76
IV-6 UN DISPOSITIF POUR PALLIER LES INJUSTICES EPISTEMIQUES ET PROMOUVOIR LA JUSTICE EPISTEMIQUE	77
V. CONCLUSION ET PERSPECTIVES DE RECHERCHE	80
REFERENCES	81
ANNEXES.....	86

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

Table des tableaux

Tableau 1 : compétences cibles de la formation	19
Tableau 2 : thèmes de santé et apprentissages pédagogiques en année 1 et 2 de l'APS.....	21
Tableau 3 : vue d'ensemble des méthodes utilisées	25
Tableau 4 : récapitulatif du recueil des données quantitatives	28
Tableau 5 : objectifs et questions complémentaires aux cartes conceptuelles.....	30
Tableau 6 : guide du focus group.....	31
Tableau 7 : récapitulatif du recueil des données qualitatives	32
Tableau 8 : récapitulatif du recueil des données quantitatives.....	34
Tableau 9 : caractéristiques des ambassadeurs recrutés en début de formation.....	40
Tableau 10 : assiduité des ambassadeurs lors des sessions de formation	41
Tableau 11 : satisfaction des ambassadeurs au cours des sessions (APS ONE)	42
Tableau 12 : satisfaction des ambassadeurs au cours des sessions (APS TWO)	43
Tableau 13 : niveau de littératie en santé des participants à l'APS ONE	44
Tableau 14 : niveau de littératie en santé des participants à l'APS TWO	45
Tableau 15 : comparaison des niveaux de littératie en santé APS ONE et APS TWO	46
Tableau 16 : caractéristiques des participants et organisation des cartes APS ONE	47
Tableau 17 : analyse thématique des cartes APS ONE	50
Tableau 18 : sentiment de compétence global lors des sessions de l'APS ONE	55
Tableau 19 : sentiment de compétence lors des sessions de l'APS TWO	56
Tableau 20 : comparaison du sentiment d'auto-efficacité	57
Tableau 21 : comparaison du sentiment d'auto-efficacité	57
Tableau 22 : du sentiment de compétence à distance de la formation APS ONE (n=14)	61

Table des figures

Figure 1 : niveau de vulnérabilité par département et évolution, (France au 05 août 2020). 16	
Figure 2 : vue d'ensemble du parcours de formation de l'APS (exemple de l'année 2)	19
Figure 3 : évolution de la satisfaction (APS TWO).....	43
Figure 4 : actions déclarées par les ambassadeurs en cours de formation (APS ONE).....	58
Figure 5 : actions déclarées par les ambassadeurs à distance de la formation (APS ONE).....	60
Figure 6 : thèmes et sous thèmes du focus group (n=6).....	62

Table des annexes

Annexe I : présentation orale au colloque « Pair-aidance : entre engagement et professionnalisation » le 25 janvier 2023	86
Annexe II : formulaire d'inscription (APS ONE).....	91
Annexe III : questionnaires de satisfaction	92
Annexe IV : questionnaire Health Literacy Survey European Questionnaire (HLS-EU Q.)	94
Annexe V : questionnaires de sentiment de compétence	95
Annexe VI : questionnaire de sentiment d'auto-efficacité généralisé (APS TWO)	99
Annexe VII : affiches réalisées avec les ambassadeurs	100

I. INTRODUCTION ET OBJECTIFS DE L'ETUDE

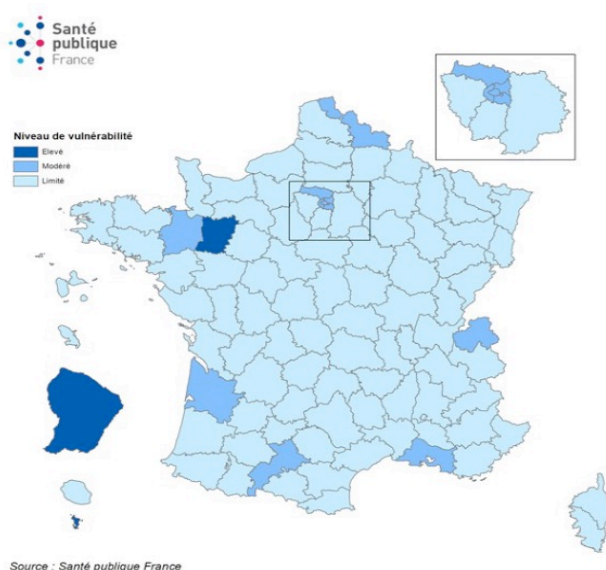
I-1 Un contexte de crise sanitaire révélateur et accélérateur d'inégalités sociales en santé

En 2020, la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 a fortement touché les populations les plus fragiles, majorant l'effet des inégalités sociales en santé (ISS) sur les populations les plus vulnérables, parmi lesquelles celles vivant en Seine Saint Denis (SSD) (Mangeney et al., 2020).

Selon Santé publique France (2021), ces inégalités de santé sont définies comme des « *différences systémiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé observées entre des groupes sociaux. Elles résultent d'une inégalité de distribution d'une multitude de déterminants sociaux tels que le genre, le pays de naissance, la composition familiale, le revenu, la scolarité, le métier, le soutien social mais aussi d'autres déterminants plus globaux, telles que les politiques sociales* ». Ce sont le cumul et l'interaction de plusieurs déterminants sociaux de santé qui sont à l'origine de ces inégalités. Elles comprennent des inégalités territoriales en termes d'accès aux services de santé, d'emploi ou de qualité de vie.

Dans le contexte pandémique, les conséquences des ISS se sont traduites, pour les populations les plus défavorisées sur le plan socio-économique, par une exposition accrue au virus SARS-CoV-2 (Covid-19) et à ses complications. Ce constat peut, entre autres, être mis en lien avec des conditions de travail et de logement qui ont majoré l'exposition des personnes au virus (Dubost et al., 2020). Ces facteurs défavorables se sont cumulés entre eux et ont été majorés par le manque d'accès aux soins, dont font partie les soins préventifs (Dubost et al., 2020). Les ISS ont ainsi été révélées et accélérées par l'épidémie de COVID-19. A titre d'exemple, l'indicateur du niveau de vulnérabilité (limité, modéré, élevé) (figure 1) qui traduit la circulation virale et l'impact sur la santé de la population du département a été classé pour le département de la SSD en vulnérabilité modérée en août 2020.

Figure 1 : niveau de vulnérabilité par département et évolution, (France au 05 août 2020)
(Santé Publique France, 2020)



Niveau de vulnérabilité	Depuis (2020)
Élevé	
Mayotte (976)	02 mai
Guyane (973)	06 juin
Mayenne (53)	15 juillet
Modéré	
Gironde (33)	10 juillet
Nord (59)	24 juillet
Val d'Oise (95)	27 juillet
Haute-Garonne (31)	28 juillet
Haute-Savoie (74)	28 juillet
Ile-et-Vilaine (35)	29 juillet
Paris (75)	04 août
Hauts-de-Seine (92)	04 août
Seine-Saint-Denis (93)	04 août
Val-de-Marne (94)	04 août
Bouches-du-Rhône (13)	05 août

I-2 Les éducations en santé et la participation des bénéficiaires, un levier de réduction des inégalités

Les éducations en santé sont un moyen de travailler à une redistribution plus équitable des rôles, des pouvoirs et des ressources entre les différentes parties prenantes. C'est en particulier le cas lorsqu'elles sont pensées comme un outil au service de la promotion de la santé dans une stratégie globale visant les populations et les déterminants de santé (Potvin et al., 2010). Cependant, comme cela a pu être constaté lors de la pandémie à COVID-19, les éducations en santé peuvent se limiter à une mise en œuvre dans une logique « classique » de prévention, c'est-à-dire comme « *l'ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents ou des handicaps.* » (OMS, 1948). C'est alors qu'elles constituent de « *nouvelles formes de stratégies de responsabilisation, voire de culpabilisation de la population, en imposant des comportements qui seraient plus ou moins « bons » pour la santé, non sans une certaine forme de jugement moral* » (Persiani, 2018). Dans cette approche aux finalités biomédicales, l'intervention éducative est conçue indépendamment de la demande et de l'expression des personnes concernées. L'éducation peut alors renforcer les inégalités existantes et reproduire des injustices épistémiques.

Pour illustrer ce phénomène, lors de la pandémie, la stratégie de prévention a été construite sur le présupposé que la diffusion de l'information pouvait suffire à l'adoption des comportements favorables à la santé (Margat et al., 2020), sans prendre en compte la nécessité de faire entendre les voix de celles et ceux qui sont les plus éloignés du système de santé ils puissent être des acteurs du développement d'actions.

Pourtant, la simple transmission d'information ne préjuge pas de sa compréhension ni de son transfert par la personne dans son quotidien, encore moins lorsque ce dernier est très éloigné des représentations des personnes à l'origine de la proposition des actions. C'est ainsi que la seule transmission d'informations s'avère particulièrement inadéquate pour les publics vulnérables puisqu'elle ne tiendra pas compte de la capacité de traitement de l'information par la personne, ni du sens qu'elle y accorde ou des possibles mises en œuvre dans son quotidien. C'est ce qui a été constaté pendant la crise sanitaire, avec une moindre adoption des mesures de protection (Dubost et al., 2020). La non prise en compte de la personne, de ses besoins, de ses connaissances et de son contexte constitue une injustice épistémique telle que décrite dans d'autres contextes (Bogaert, 2021) et renforce dès lors les inégalités d'accès en santé.

A contrario, pour lutter contre les inégalités, « il s'agit de passer à de véritables stratégies reposant sur les déterminants, les facteurs et processus explicatifs des comportements de santé et faisant appel à différentes modalités de médiations où l'éducation a toute sa place. Cette dernière est particulièrement utile pour accompagner le passage de l'information d'un niveau populationnel à celui du groupe puis de l'individu, afin de favoriser des apprentissages significatifs. » (Margat et al., 2020).

Ces auteurs formulent plusieurs principes à prendre en compte dans la mise en œuvre de ces stratégies, comme :

- *« Le soutien de la recherche de sens par les personnes dans leurs choix ;*
- *La nécessité que le traitement de l'information par les personnes soit actif, au moyen d'interactions, de débats soutenant des conflits socio-cognitifs à l'origine d'apprentissages en profondeur ;*
- *L'importance de s'assurer de la transférabilité des moyens dans la vie quotidienne de la personne et de manière durable. » (Margat et al., 2020)*

C'est dans ce contexte et au suivant ces orientations méthodologiques que le Conseil Départemental de la Seine-Saint-Denis (CD 93) a co-construit un parcours de formation en promotion de la santé, l'Académie Populaire de la Santé (APS), en partenariat avec le Laboratoire Éducatif et Promotion de la Santé (LEPS) UR3412 (Université Sorbonne Paris-Nord) et le Codes 93 (association loi 1901). Le projet a été financé par la fondation BNP Paribas.

I-3 Concept structurants et fondements pédagogiques de l'APS

L'Académie Populaire de la Santé (APS) est un parcours de formation en promotion de la santé conçu par et pour les habitants du département de Seine-Saint-Denis (France) qui souhaitent s'engager en faveur de l'accompagnement des personnes les plus éloignées des soins sur leur territoire. Cette académie a pour but de former des « ambassadeurs de santé » capables de

repérer et d'agir sur les ISS en facilitant l'accès à la santé et en mettant en place des actions de promotion et d'éducation à la santé.

Cette formation s'adresse aux usagers du système de santé, actifs ou non, souvent déjà engagés individuellement dans des actions de santé (par exemple, dans des associations sportives ou culturelles, en tant que représentants de parents d'élèves, ou de manière opportune hors cadre associatif). Au cours de la formation, ils acquièrent des connaissances en santé et développent des compétences en pédagogie afin de devenir des « ambassadeurs en santé », capables de conduire des actions de promotion de la santé au service de leurs communautés.

La co-construction de l'APS

Le parcours de formation de l'APS a été coconstruit à chaque étape du projet dans une démarche participative avec des acteurs issus de différents secteurs : le CD 93, en charge de la coordination générale de la formation ainsi que du suivi des ambassadeurs, le LEPS UR3412 responsable de la coordination pédagogique et de la recherche évaluative, le Codes 93 pour l'accompagnement des projets des ambassadeurs et des associations de patients / usagers intervenant dans l'élaboration et la mise en œuvre du dispositif. Le projet est financé par la fondation BNP Paribas.

Une approche pédagogique relevant du constructivisme pragmatique

L'approche pédagogique choisie repose sur une épistémologie constructiviste pragmatique (Avenier, 2011; Le Moigne, 1995). Elle s'inspire de deux approches pédagogiques : l'approche par compétences (APC) (Poumay et al., 2017), et le modèle de l'éducation à la santé familiale (ESF) (d'Ivernois et al., 2010; Riquet et al., 2016). L'APC inscrit le développement de compétences comme fil conducteur de la formation : l'acquisition de ressources par les individus (connaissances) est pensée en cohérence (Case et al., 2004) avec deux compétences (tab. 1). Ces compétences guident ainsi les apprentissages réalisés par les ambassadeurs et leur permettent de situer leur progression. Dans l'APC, les activités d'apprentissages sont authentiques et s'inscrivent dans une pédagogie par projet, actives et participatives. L'apprentissage s'appuie sur les connaissances et expériences des personnes concernées.

L'ESF vise à promouvoir la santé et à porter soin et secours, à travers une approche éducative, dans les parcours de vie des familles (d'Ivernois et al., 2010; Riquet et al., 2016). Elle a pour but de conférer aux familles les connaissances et les compétences de base pour maintenir leur santé, pour résoudre par elles-mêmes des problèmes de santé courants et pour gérer des situations d'urgence à domicile, sans avoir à s'adresser systématiquement à un système de soins de premier recours de plus en plus débordé. L'ESF se veut être plus opératoire que théorique. Elle s'appuie sur les situations vécues, les difficultés éventuelles auxquelles les participants ont été confrontés et la manière dont ils ont pu ou non les gérer. Il s'agit de permettre à chacun de réagir, de la manière la plus adéquate et concrète face à ces situations en endossant une posture active.

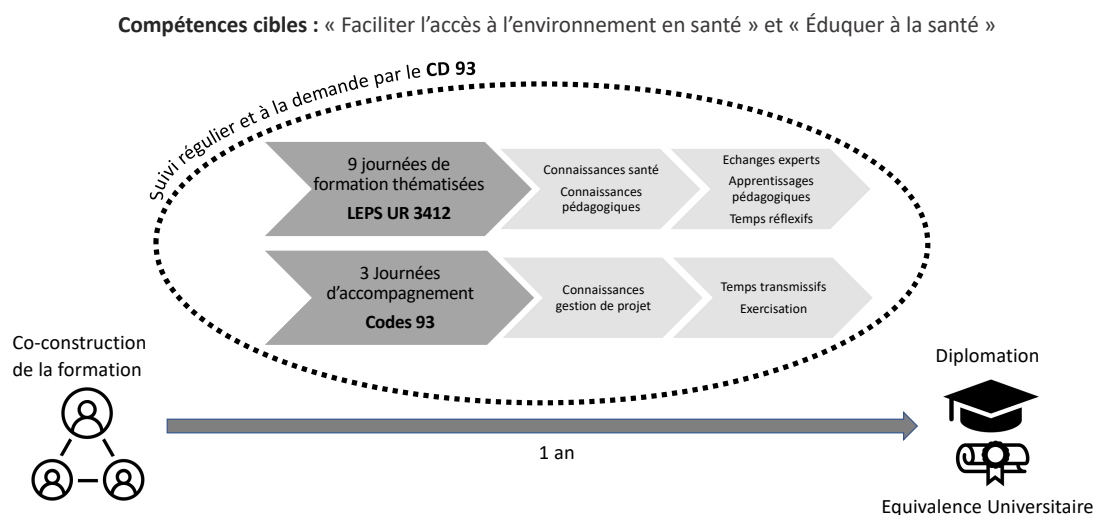
L'articulation de ces deux approches pédagogiques instaure une réflexion à partir de l'expérience des participants pour aller vers la conceptualisation et la co-construction de savoirs, au service de la communauté. L'APS articule ainsi trois apprentissages en lien avec : 1) des thèmes de santé, 2) la pédagogie, 3) la gestion de projet. Ces trois éléments se retrouvent dans les deux compétences cibles de la formation (tab. 1).

Tableau 1 : compétences cibles de la formation

Compétences	Et leurs composantes essentielles (Poumay et al., 2017)
Faciliter l'accès à l'environnement en santé	...en tenant compte de l'environnement bio-psycho-social ...en mobilisant efficacement les ressources internes et externes disponibles ...en tenant compte des besoins en littératie ...en mobilisant des techniques communicationnelles adaptées
Éduquer à la santé	...en tenant compte de l'environnement bio-psycho-social ...en collaborant efficacement avec l'ensemble des acteurs concernés ...en tenant compte des besoins pédagogiques des personnes ou groupes de personnes concernées ...en adoptant une approche systémique ...en mobilisant les techniques pédagogiques adaptées

Pour réaliser ces apprentissages, les ambassadeurs participent à différents temps organisés lors de journées de formation mensuelles thématiques, de journées d'accompagnement et bénéficient d'un suivi régulier et à la demande (fig. 2).

Figure 2 : vue d'ensemble du parcours de formation de l'APS (exemple de l'année 2)



L'ensemble du parcours de formation dure 1 an. Il se termine par une journée de diplomation des ambassadeurs. Une attestation est remise par le CD 93 pour tous les participants. En outre, une validation universitaire est délivrée pour les personnes ayant suivi au moins 70 % du parcours, donnant lieu à une équivalence le module « gestion de projet » du diplôme universitaire de Promotion de la santé, coordonné par le LEPS UR 3412 au sein de l'Unité de Formation et de de Recherche de Santé Médecine Biologie Humaine de l'Université Sorbonne Paris-Nord.

Soutenir les apprentissages en lien avec la santé et la pédagogie

Les journées de formation mensuelles thématiques visent des apprentissages en santé et en pédagogie. Les thèmes sont proposés et choisis par les ambassadeurs au cours de la première journée de formation (tab. 2, page suivante). Chaque journée contient :

- un temps de d'échange avec des experts du thème de santé, en intersectorialité avec un triptyque d'acteurs institutionnels, de professionnels du médico-social, et des représentants d'usagers. Ce temps, préparé en amont de la rencontre, est structuré à partir des connaissances et des questions que se posent les futurs ambassadeurs en santé. La rencontre s'organise au moyens de techniques de pédagogie active visant l'apprentissage en profondeur (Leclercq & Denis, 2005), reposant sur la mise en activité de l'apprenant. Par exemple : l'exposé interactif, des techniques d'élaboration progressive en groupe, des jeux de rôle. Elle intègre des débats entre les ambassadeurs et avec les experts. Les experts ont ainsi une posture horizontale : ils répondent aux questions des participants et co-construisent un savoir collectif. En sus de favoriser l'apprentissage, l'idée est que les ambassadeurs vivent les techniques, qui leur sont explicitées, pour ensuite se les approprier et les réemployer, dans leurs actions à venir.
- un temps dédié aux apprentissages pédagogiques en lien avec les éducations en santé. Ce temps vise des apports spécifiques et d'exercisation sur les principes d'apprentissages, sur la conduite d'actions d'éducation selon différents formats (individuels et collectifs), sur les techniques d'animation, sur la construction de supports d'information. L'accent est mis sur le transfert de ces apprentissages dans le contexte de vie des ambassadeurs : par exemple, il s'agit de les faire réfléchir à comment mener une action d' « aller-vers » dans son quartier.
- un temps réflexif sur les apprentissages réalisés qui contribue à échanger et questionner les apprentissages à partir des projets en cours de construction ou des difficultés rencontrées par les ambassadeurs. Il s'agit de développer leur capacité à s'autoréguler, à identifier leurs propres ressources, à les transférer dans d'autres contextes (Le Boterf, 2001). Ce temps est renforcé par la construction d'un portfolio, c'est-à-dire « *un échantillon de preuves, sélectionnées (...) par l'étudiant dans l'intention de rendre compte fidèlement des apprentissages réalisés au cours d'une période (...)* » (Tardif, 2006, p. 266). Il vise également à les accompagner à développer une posture réflexive pour prendre conscience de leur manière d'agir, ou de réagir, au service des situations futures auxquelles ils seront confrontés. Ces deux éléments concourent au développement des compétences (Poumay et al., 2017).

Tableau 2 : thèmes de santé et apprentissages pédagogiques en année 1 et 2 de l'APS

	Année 1		Année 2	
Mois	Thèmes de santé	Apprentissages pédagogiques	Thèmes de santé	Apprentissages pédagogiques
Janvier	Accueil et choix des thèmes			
Février	L'accès aux soins et droits de santé	Mettre en œuvre une stratégie d'aller-vers (1)	Accueil et choix des thèmes	
Mars	La santé de l'enfant	Mettre en œuvre une stratégie d'aller-vers (2)	Parcours de santé	Réaliser une démarche d'information
			<i>Méthodologie de projet : Identifier les différentes étapes de la méthodologie de projet Structurer les différents niveaux d'objectif</i>	
Avril	Les handicaps	Construire un guide d'entretien au service du diagnostic éducatif	Santé et prise de risque	Mettre en œuvre une démarche d'aller vers
Mai	La nutrition	Choisir et mettre en œuvre des techniques d'animation en lien avec les objectifs pédagogiques visés	Adolescence et parentalités	Identifier le niveau en littératie et réaliser un diagnostic éducatif Présenter une action d'aller vers (portfolio)
			<i>Méthodologie de projet : Structurer un déroulé pédagogique Choisir des techniques et outils pour animer une action</i>	
Juin	Covid-19	Réaliser un diagnostic éducatif	Santé et nutrition	Construire un guide d'entretien pour un diagnostic éducatif
Juillet	<i>Méthodologie de projet : construire un projet de promotion de la santé</i>			
Septembre	Les maladies chroniques	Construire une action éducative (1) Définir l'évaluation pédagogique	Vivre avec son handicap	Mettre en œuvre une démarche d'aller vers, un diagnostic éducatif
Octobre	La santé mentale et les addictions	Construire une action éducative (2) Identifier les outils d'évaluation	Vivre avec sa polypathologie	Mettre en œuvre une technique d'animation en autonomie Construire et évaluer une stratégie d'action à la santé Identifier les outils d'évaluation
Novembre	La santé sexuelle et les maladies tabou	Construire une action éducative (3)	Périnatalité et petite enfance	Mettre en œuvre une technique d'animation en autonomie Présenter une action éducative (portfolio)
			<i>Méthodologie de projet : construire un projet de promotion de la santé</i>	
Décembre	La santé environnementale et professionnelle	Construire, mettre en œuvre et évaluer une action éducative / d'apprentissage.	Vie sexuelle et affective	Mettre en œuvre une technique d'animation en autonomie Présenter une action éducative (portfolio)

Soutenir les apprentissages en lien avec la gestion de projet

Plusieurs journées sont dédiées aux apprentissages en lien avec la gestion de projet par un accompagnement « sur mesure » des ambassadeurs par le CODES 93. Ils apprennent à cette occasion à concevoir et conduire des projets en promotion de la santé, de sa conception à son évaluation auprès d'un public identifié par les ambassadeurs eux-mêmes. A titre d'exemple, plusieurs projets menés par les ambassadeurs en année 2 : une action en pied d'immeuble pour informer, orienter les habitants sur les activités mises en place lors de l'été par la mairie, une action de facilitation aux démarches des personnes en situation de vulnérabilité sociale dans un lieu d'accueil de jour, ou encore l'organisation d'olympiades pour promouvoir la santé chez les seniors et favoriser l'inclusion.

Ces rencontres reposent sur des techniques de pédagogie active et alternent des temps transmissifs avec des temps d'exercisation visant la découverte, la réflexion, les échanges, et la co-construction en sous-groupes.

Un accompagnement multiforme

Considérant que la formation ne peut être réduite aux temps de rencontres formalisées (qui ne sont qu'un des moments du parcours), l'accompagnement des ambassadeurs a été envisagé comme une ressource complémentaire et contributive de l'apprentissage. Il peut être entendu comme l'ensemble des actions visant à offrir, aux côtés des temps formalisés, l'appui et les ressources dont les apprenants ont besoin. Cet accompagnement contribue à faciliter les conditions d'apprentissage (organisation pratique), soutenir la mise en œuvre des compétences (mise à disposition de moyens), maintenir la motivation (rappel).

Ainsi, un suivi et accompagnement des ambassadeurs est assuré par le CD 93 au moyen d'une variété médias (échanges téléphoniques, groupe WhatsApp®, mails, rencontres physiques, laboratoire de la communication dédié à la réalisation de vidéos).

I-4 Objectifs de l'étude

Dans le cadre de ce projet, l'étude menée par le LEPS UR 3412 de l'Université Sorbonne Paris-Nord vise à **décrire et comprendre les effets des 2 première année de l'APS (APS ONE et APS TWO)** selon le modèle de Kirkpatrick (1996).

En termes d'évaluation de programme, plusieurs niveaux sont ainsi considérés pour comprendre et décrire les effets :

- la réaction des participants : mesure de l'assiduité et de la satisfaction participants (APS ONE et TWO) ;
- les apprentissages des participants : niveau de littératie en santé des participants (APS ONE et TWO) et appréciation de l'évolution de leurs conceptions relativement à l'engagement des personnes en santé des participants et autres acteurs du projet (APS ONE) ;
- les compétences et le transfert des apprentissages par les participants : effets appréciés en terme de sentiment de compétence et des actions d'éducation conduites par les participants au cours de l'année de formation (APS ONE et TWO), ou de sentiment d'auto-efficacité généralisée (APS TWO) ;
- les résultats : effets appréciés au regard des actions d'éducation menées à distance de la formation et des effets des actions des ambassadeurs sur leur entourage, ou effet de halo (Albano et al. 2021) (APS ONE).

Le LEPS UR 3412 a ainsi été sollicité en tant que promoteur et évaluateur du projet par son expertise dans le champ de la promotion et des éducations en santé, ainsi que dans le domaine de la pédagogie et des évaluations des dispositifs s'y rapportant.

II. POPULATION, MATERIEL ET METHODE

II-1 Type d'étude

Cette étude est une recherche évaluative s'appuyant sur une méthode de nature mixte (Creswell, 2011) dans la mesure où elle vise à comprendre et décrire les effets de cette première année de l'APS à travers l'étude de variables quantitatives et qualitative (voir tab. 3 ci-après). Il s'agit d'une méthode mixte dite convergente (Creswell & Plano Clark, 2007) c'est-à-dire que le recueil des données est concomitant, l'analyse est cependant séparée mais l'ensemble des résultats seront mis en relation au service de l'objectif de l'étude. Cet objectif inscrit la présente étude dans un paradigme compréhensif (Paillé et Mucchielli, 2005). La posture épistémologique compréhensive choisie (Paillé & Mucchielli, 2012) a pour objectif de comprendre le fonctionnement d'un phénomène à travers une plongée dans ses mécanismes constitutifs. Les dimensions principales qui caractérisent cette posture épistémologique consistent à envisager la personne humaine en tant qu'acteur et à centrer l'analyse sur la dialectique individuel/collectif.

Tableau 3 : vue d'ensemble des méthodes utilisées

Niveaux d'effet	Méthode	Type
Réaction des participants	Mesure de l'assiduité	Quantitative
	Mesure de la satisfaction participants	Quantitative
Apprentissages des participants et autres acteurs du projet	Mesure de la littératie en santé des participants et de son évolution	Quantitative
	Évaluation de l'évolution des conceptions relativement à l'engagement des personnes en santé des participants et autres acteurs	Qualitative et quantitative
Compétences et le transfert des apprentissages par les participants	Évaluation du sentiment de compétence	Quantitative
	Appréciation du sentiment d'auto-efficacité généralisé	
	Évaluation des actions menées par les participants pendant la formation	Qualitative et quantitative
Résultats	Évaluation des actions menées à distance de la formation	Qualitative
	Exploration de l'effet de halo	Qualitative

L'approche et les méthodes qualitatives se rapportent à l'expérience des acteurs de l'APS (Paillé & Mucchielli, 2012) ainsi qu'aux actions qu'ils ont conduites. Plusieurs arguments ont justifié le choix de cette approche. Tout d'abord, la recherche sur les phénomènes subjectifs est guidée par un paradigme totalisant, où la personne n'est pas abordée comme unité. Deuxièmement, et comme énoncé précédemment, l'objectif de l'étude est d'explorer, de décrire et de comprendre le sens attribué aux expériences des acteurs, ce que vise la phénoménologie. Le troisième argument tient de la méthodologie elle-même : la phénoménologie contextualise. Elle offre une approche qui dépasse le clivage objectivisme/subjectivisme, et permet d'accéder au « champ phénoménal » de la personne, c'est-à-dire à son expérience globale, sa réalité subjective.

Dans la suite de ce chapitre, les techniques de recueil et d'analyse des données sont présentés pour chaque niveau d'effet étudié.

II-2 Population étudiée

II-2.1 Population participant à la recherche

Le recrutement de chaque promotion de l'APS, basé sur le volontariat, a reposé sur respectivement 30 (année 1) et 35 (année 2) ambassadeurs, habitants/usagers de la Seine-Saint-Denis. Seul 30 ont participé à la formation chaque année et ont été conviés à participer à la recherche.

Dans l'APS ONE, les ambassadeurs ont essentiellement été recrutés au moyen d'actions d'aller-vers auprès d'associations d'usagers, d'associations de patients, au sein du réseau territorial du CD 93 et sur des lieux de rencontres tels que des rencontres associatives, maison de quartiers. Il était convenu qu'un tiers des personnes recrutées soient des professionnels socio-médicaux du territoire, identifiés au sein des réseaux de sanitaires et médico-sociaux du département.

Dans l'APS TWO, les ambassadeurs ont été recrutés par boule de neige *via* les réseaux d'ambassadeurs diplômés de la première promotion. Le critère de recrutement de professionnels n'a pas été retenu pour l'APS TWO. Le formulaire de recrutement est disponible en annexe II, page 91.

Il a été proposé à l'ensemble des apprenants de participer à la recherche, soit tous les ambassadeurs (questionnaires et focus group). S'agissant d'une étude exploratoire, il n'est pas attendu un nombre de sujets nécessaires. La participation des personnes est sur la base du volontariat pour chacune des activités de recherche.

Concernant l'évaluation de l'évolution des conceptions de l'engagement des personnes en santé, il a été proposé à l'ensemble des apprenants d'y participer en APS ONE. En sus, la proposition a également été formulée à l'ensemble des personnes impliquées dans le comité de pilotage du projet. Comme précédemment, il n'est pas attendu un nombre de sujets nécessaires et la participation des personnes est sur la base du volontariat.

II-3 Recueil de données

II-3.1 Concernant le recueil des données quantitatives, descriptives

Concernant le niveau de « réaction des participants » : la mesure de l'assiduité et l'appréciation de la satisfaction ont été réalisées à chaque session de formation. L'évaluation de la satisfaction s'est faite au moyen d'un questionnaire construit à cet effet interrogeant l'apprentissage, les échanges, la durée et l'animation via des échelles de Likert (voir annexe III, page 92).

Concernant le niveau d'« apprentissages des participants » : la mesure du niveau de Littératie en Santé des participants a été réalisée au moyen du Questionnaire européen de Littératie en Santé (Health Literacy Survey European Questionnaire (HLS-EU Q.)) (voir annexe IV, page 94)., dans sa version en 16 items traduite et validée (Rouquette et al., 2018). Le pré-test a été réalisé lors de la première session de la formation. Le post-test, prévu initialement à la cérémonie de remise des diplômes, a dû être reporté en raison des restrictions liées à la pandémie COVID 19. Il a été réalisé lors de la participation des ambassadeurs aux entretiens et focus groups.

Concernant le niveau de « compétences et transfert des apprentissages » : l'appréciation du sentiment de compétence a été réalisé lors de chaque session par le biais d'un questionnaire construit à cet effet. Ce questionnaire interrogeait au moyen d'échelles de Likert les objectifs de chaque session ainsi qu'une question ouverte (voir annexe V, page 95). Pour l'APS ONE, il a également été réalisé en post-formation à 1 an. Pour l'APS TWO, le sentiment de compétence a été mesuré par rapport aux deux compétences telles que reformulées à savoir C1 : « Faciliter l'accès à l'environnement » en santé et C2 « Éduquer à la santé ». En APS TWO, il a également été réalisé l'appréciation du sentiment d'auto-efficacité généralisé (Saleh et al., 2016) (voir annexe VI, page 99) ;

L'appréciation des actions menées par les participants de la première promotion (APS ONE) a été mesurée de manière ponctuelle (octobre 2021) au moyen d'un court questionnaire prévu à cet effet. Il a visé à estimer le nombre de personnes pour lesquelles les ambassadeurs pensent avoir prodigué des conseils adaptés ou qu'ils ont accompagné dans des démarches de santé.

Concernant le niveau « résultats » (APS ONE) : l'appréciation des actions menées par les participants de la première promotion a été de nouveau mesurée à 1 an après la formation au moyen d'un court questionnaire prévu à cet effet sur le même modèle que le précédent.

Tableau 4 : récapitulatif du recueil des données quantitatives

Niveaux d'effet	Méthode	Outil / technique	Mode de mesure APS ONE	Mode de mesure APS TWO
1. Réaction des participants	Mesure de l'assiduité	Comptage de la présence aux sessions de formation	Continu (à chaque session)	Continu (à chaque session)
	Mesure de la satisfaction participants	Questionnaire de satisfaction	Continu (à chaque session)	Continu (à chaque session)
2. Apprentissages des participants et autres acteurs du projet	Mesure de la littératie en santé des participants et de son évolution	Questionnaire HLS	Pré /Post formation	Pré /Post formation
3. Compétences et le transfert des apprentissages par les participants	Mesure du sentiment de compétence	Questionnaire d'évaluation du sentiment de compétence	Continu (à chaque session) Post formation	Continu (à chaque session)
	Évaluation des actions menées par les participants	Questionnaire	Ponctuel au cours de la formation	Non mesuré
4. Résultats	Évaluation des actions menées à distance de la formation	Questionnaire	Post formation	Non mesuré

II-3.2 Concernant le recueil des données qualitatives

Les cartes conceptuelles : appréciation de l'évolution des conceptions relativement à l'engagement des personnes en santé des participants et autres acteurs

But de la technique :

Les cartes conceptuelles constituent un mode de production de données permettant d'objectiver les conceptions ainsi que le travail de conceptualisation (Godet et al., 2015), ici associés aux pratiques des ambassadeurs ainsi que des autres acteurs avant et après la formation, autour de l'engagement des personnes en santé. Les cartes conceptuelles permettent ainsi d'apprécier les apprentissages des ambassadeurs à travers l'analyse de leurs conceptions (niveau 2 de la recherche évaluative). Elles visent également à questionner les conceptions des membres du comité de pilotage pour voir si elles diffèrent ou non de celles des ambassadeurs. Les cartes permettent également d'apprécier l'évolution des conceptions dans le temps, par l'évaluateur et par les ambassadeurs eux-mêmes au moyen des connaissances cartographiées. Cela permet de s'appuyer sur ces cartes pour échanger avec les participants sur les éléments ayant été à l'origine des changements et des apprentissages.

Définition et usages des cartes conceptuelles dans la recherche en santé :

Une carte conceptuelle est un dispositif schématique hiérarchisé qui représente un ensemble de concepts significatifs intégrés dans un cadre de propositions (J. D. Novak et al., 1984, p. 15). En recherche qualitative, les cartes conceptuelles sont utilisées pour relever des défis méthodologiques, comme conceptualiser un projet de recherche, réduire des données, analyser des thèmes et des interconnexions dans une recherche et présenter des résultats (Daley, 2004). Nous souhaitons ici les utiliser en tant qu'outil de recueil de données : les cartes conceptuelles permettent de faire le lien entre les connaissances des personnes et leurs représentations. Elles permettent « *d'explorer en profondeur la nature et l'organisation des états mentaux qui composent la structure cognitive d'une personne à un moment donné. Élaborée avec l'interviewé au cours d'un entretien individuel, la carte conceptuelle lui permet de visualiser la schématisation progressive de ses propres connaissances et représentations ainsi que ses éventuelles lacunes.* » (Marchand et al., 2014)

Les cartes conceptuelles sont utilisées dans le cadre de recherches et de recherches évaluatives en santé, dans l'éducation thérapeutique (Yvon-Divaré et al., 2017) (Marchand et al., 2012), dans l'enseignement (Berthou & Marchand, 2010; Marchand & d'Ivernois, 2004) et pour explorer les savoirs et les attentes des patients (Marchand et al., 2009a), les freins et les motivations pour prendre une décision (Marchand et al., 2014). Bien qu'il n'existe pas, en recherche qualitative, de connaissances stabilisées qui justifient l'utilisation d'une carte conceptuelle par rapport à un entretien exploratoire, nous considérons cet outil adapté à l'objectif exploratoire visé, ainsi qu'à la population (potentiellement faiblement alphabétisée). Comme outil de recherche évaluative, elles permettent aux évaluateurs, en s'appuyant sur la représentation individuelle des réalités des participants, d'accéder davantage aux coulisses de leurs perceptions et de leur expérience que le traditionnel entretien (Wheeldon, 2011).

Mode de recueil des cartes conceptuelles dans la recherche APS ONE :

Chaque participant (ambassadeur et membres du comité de pilotage) a été invité à réaliser deux cartes conceptuelles. La réalisation des cartes s'appuie sur la technique d'élaboration à partir d'un concept central telle que décrite dans la littérature (Godet et al., 2015; Marchand et al., 2009b; J. Novak & Gowin, 1989). Pour cette réalisation, le discours du coordinateur est soutenu par un jeu de questions visant l'explicitation du propos (Vermersch, 2019), sur la base d'une écoute active et de reformulations par l'évaluateur. Ainsi, toute expression orale du participant est traduite sur la carte conceptuelle.

Lors de l'élaboration de la 2^e carte, des questions complémentaires (tab. 5, ci-après) permettent d'identifier à partir des éléments de la carte, les changements opérés à distance (en post-formation) et les éléments déclencheurs de ces changements.

Tableau 5 : objectifs et questions complémentaires aux cartes conceptuelles

Objectifs explorés	Questions	Questions de relance	CC
Conceptions sur l'engagement	<p>Carte conceptuelle : Questions d'explicitation progressive en fonction des propos (relecture fréquente)</p> <p><i>Nous allons partir du concept « l'engagement des personnes en santé » que j'inscris dans une bulle au centre de la feuille, et je vous propose dans un premier temps de me dire 3 ou 4 mots que vous associez à ce concept. Nous allons maintenant reprendre chacun de ces mots et les explorer davantage.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Quel lien faites-vous entre « engagement des personnes en santé » et... ? • Quelle phrase pouvez-vous faire entre ces deux mots ? • Comment reliez-vous ces deux mots ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Voyez-vous autre chose ? • Y'a-t-il d'autres choses que vous souhaiteriez évoquer concernant l'engagement des personnes en santé ? • Y'a-t-il d'autres choses dont vous êtes persuadé, ou que vous croyez concernant l'engagement des personnes en santé ? • Vous avez parlé de... pouvez-vous approfondir ? • Comment reliez-vous à un autre mot ? Si vous aviez à faire une phrase pour le relier à un autre mot ? 	CC1 et CC2
Changements entre les CC	<ul style="list-style-type: none"> • Constatez-vous des changements entre vos deux cartes ? Quels sont ces changements ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Les mots utilisés sont-ils identiques ? différents ? 	CC2
Déclencheurs du changement	<ul style="list-style-type: none"> • A quoi ces changements peuvent-ils être attribués ? • Quel sens leur donnez-vous ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce dû à un évènement en particulier ? une activité particulière ? Une activité en lien avec votre fonction d'ambassadeur ? en lien avec l'académie populaire ? • Est-ce que cela reflète un changement dans vos manières de faire ? 	CC2

Les deux séries de cartes conceptuelles ont été réalisées dans le cadre de deux masters de Santé Publique. Trois évaluatrices, chercheuses associées au laboratoire LEPS UR 3412 ont aidé à la réalisation des cartes. Chaque investigateur a reçu préalablement une formation sur la technique de réalisation des cartes conceptuelles.

Le recueil s'est effectué au début de (mars 2021) et un an après la formation APS (mars à juillet 2022).

Le focus group : appréciation des actions menées par les participants et de l'effet de halo

Le focus group est une technique d'entretien de groupe qui permet de collecter des informations sur un sujet ciblé ; il s'inspire des techniques de dynamique de groupe utilisées par C. Rogers (1973). La dynamique du groupe permet d'explorer et de stimuler différents points de vue par la discussion (Britten, 1995). Chaque participant défend ses priorités, ses préférences, ses valeurs (aspects socioculturels, normes de groupe) et son vécu Krueger &

Casey, 2000). La discussion permet de préciser et de clarifier les pensées (Britten, 1995). Elle explore aussi bien les « comment ? » que les « pourquoi ? ». Cette technique permet d'évaluer des besoins, des attentes, des satisfactions ou de mieux comprendre des opinions, des motivations ou des comportements. Elle sert aussi à tester ou à faire émerger de nouvelles idées inattendues pour le chercheur (Krueger & Casey, 2000).

Dans la présente étude, le focus group a été utilisé en post-formation pour explorer de manière qualitative ce que les ambassadeurs et ambassadrices estimaient avoir appris et ce à quoi ils attribuent ces apprentissages. En outre, le focus group questionne les actions qui ont été menées par les participants à distance de la formation, ainsi que l'effet de ces actions sur les proches des ambassadeurs. Cet effet de halo est issu du champ de l'éducation thérapeutique et renvoie, à la suite de cette éducation, à « une diffusion des savoirs aux proches aidants par les patients éduqués » (Albano et al., 2021).

Les ambassadeurs ont été ainsi conviés à participer à une journée dédiée à la recherche dans les locaux de l'Université Sorbonne Paris-Nord, 6 mois (juillet 2022) après la fin de la formation. Trois questions ont guidé le focus group (tab. 6).

Tableau 6 : guide du focus group

Objectifs : explorer	Questions	Questions de relance (exemples)	CC
Les apprentissages et leurs	<ul style="list-style-type: none"> • Que pensez-vous avoir appris, au décours de l'académie populaire de la santé ? • Qu'est-ce qui vous a permis d'apprendre ? Qu'est-ce qui a marché ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles connaissances avez-vous développées ? savoirs, savoir-faire ou savoir être ? • Au travers de l'académie ou ailleurs ? Quels éléments de l'académie ? les rencontres mensuelles ? les temps d'accompagnement ? les actions que vous avez menées ? le département ? l'aide logistique ? le suivi informel ? 	CC1 et CC2
Les actions des	<ul style="list-style-type: none"> • Si vous deviez énumérer tout ce que vous avez fait depuis l'académie, que s'est-il passé ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Par rapport à ce que vous organisez aujourd'hui ? Individuellement ? Par rapport à l'association ? 	CC2
L' effet de halo	<ul style="list-style-type: none"> • Pensez-vous que l'académie ça a eu un effet sur les autres ? Pensez-vous que ce que ça a développé chez vous, ça a pu avoir un impact sur d'autres ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Sur votre entourage ? sur les gens que vous rencontrez ? 	CC2

Le portfolio : un indicateur des actions menées par les ambassadeurs au cours de la formation (APS TWO)

Comme indiqué précédemment, lors de l'APS TWO, les temps réflexifs sur les apprentissages réalisés par les ambassadeurs ont été renforcés par la construction d'un portfolio, c'est-à-dire « *un échantillon de preuves, sélectionnées (...) par l'étudiant dans l'intention de rendre compte fidèlement des apprentissages réalisés au cours d'une période (...)* » (Tardif, 2006, p. 266). Certaines des actions menées par les participants ont ainsi été recueillies dans le cadre du portfolio des ambassadeurs pour discuter du développement de leurs compétences à partir de leurs actions. Ces portfolios ont été incorporés aux résultats de l'étude afin d'approfondir la compréhension des actions réalisées par les ambassadeurs.

Récapitulatif du recueil des données qualitatives

Le tableau ci-après récapitule le recueil des données qualitative au regard des niveaux de la recherche évaluative.

Tableau 7 : récapitulatif du recueil des données qualitatives

Niveaux de la recherche évaluative	Méthode	Outil / technique	Mode de mesure
2. Apprentissages des participants et autres acteurs du projet	Évaluation de l'évolution des conceptions relativement à l'engagement des personnes en santé des participants et autres acteurs	Carte conceptuelle	Pré-Post formation
3. Compétences et le transfert des apprentissages par les participants	Évaluation des actions menées par les participants pendant la formation	Entretien collectif (focus group) Questions complémentaires aux cartes conceptuelles Portfolio	Continu Post formation
4. Résultats	Évaluation des actions menées à distance de la formation	Entretien collectif (focus group)	Post formation
	Exploration de l'effet de halo	Questions complémentaires aux cartes conceptuelles	

II-4 Analyse des données

II-4.1 Analyse des données quantitatives, descriptive

Pour l'analyse descriptive, seront décrites les moyennes, minimum, maximum et écart type.

Pour l'analyse statistique des variables quantitatives (comparaison de moyennes), un test de normalité (Shapiro-Wilk) sera réalisé pour vérifier si la distribution des scores par catégorie obéit à une loi normale ; en cas de distribution normale ($p > 0,05$), un test de Student t sera réalisé. En cas de distribution ne suivant pas la loi normale ($p < 0,05$), un test de Mann-Whitney sera réalisé.

Pour l'analyse statistique des variables qualitatives, l'analyse de la distribution sera réalisée au moyen du test du Khi-2 ou test du Khi-2 corrigé (test de Fisher).

Concernant le niveau de « réaction des participants » : les analyses descriptives de l'assiduité et de la satisfaction visent à apprécier la tendance des résultats au cours des différentes sessions. L'analyse statistique de l'assiduité compare le nombre moyen de participant et la distribution selon les sessions. L'analyse statistique de la satisfaction concerne la distribution.

Concernant le niveau des « apprentissages des participants » : l'analyse du niveau de Littératie en Santé des participants repose sur le calcul de score tel que décrit dans la littérature (Rouquette et al., 2018) et de la répartition des réponses par niveau de littératie (selon les catégories « insuffisant » (score [0-8]), « problématique » (score [9-12] ou « suffisant » (score [13-16])). L'analyse statistique a visé une comparaison des résultats pré-post, en intégrant une comparaison des moyennes et de la distribution par niveau de littératie. Sont comparés les résultats pré et post test en inter et intra promotion.

Concernant le niveau de « compétences et transfert des apprentissages » : l'analyse des actions menées par les participants concerne l'APS ONE et est descriptive.

En APS ONE, le sentiment de compétences a été investigué selon les objectifs pédagogiques de chaque session portant sur un élément de contenu en santé ou de pédagogie (voir annexe V, page 95 pour le détail). Les critères ont été moyennés afin d'obtenir un sentiment de compétence « global » basé sur les 3 derniers degrés de l'échelle de Likert (à 6 degrés). En APS TWO, le sentiment de compétence est rapporté aux deux compétences à savoir C1 : « Faciliter l'accès à l'environnement » en santé et C2 « Éduquer à la santé ». L'analyse de l'homogénéité des réponses est réalisée entre les sessions (APS ONE et TWO).

Concernant le sentiment d'auto-efficacité généralisé (APS TWO), l'analyse descriptive repose sur le calcul de score tel que décrit par la littérature (Saleh et al., 2016) et de la répartition des réponses par niveau (« faible » (< 29) ou « bon » (≥ 29)). L'analyse statistique vise une comparaison des résultats pré-post par une comparaison de moyennes et de la distribution.

Les analyses seront réalisées à l'aide du logiciel Biostatgv © et Microsoft Excel©.

Tableau 8 : récapitulatif du recueil des données quantitatives

Niveaux de la recherche évaluative	Méthode	Outil / technique	Analyse
1. Réaction des participants	Mesure de l'assiduité	Comptage de la présence aux sessions de formation	Analyse descriptive Analyse statistique : normalité, comparaison des moyennes et de la distribution
	Mesure de la satisfaction participants	Questionnaire de satisfaction	Analyse descriptive
2. Apprentissages des participants et autres acteurs du projet	Mesure de la littératie en santé des participants et de son évolution	Questionnaire HLS	Analyse descriptive Analyse statistique : comparaison des moyennes et de la distribution inter et intra promotions (APS ONE et TWO)
3. Compétences et le transfert des apprentissages par les participants	Mesure du sentiment de compétence	Questionnaire d'évaluation du sentiment de compétence	Analyse descriptive Analyse statistique : homogénéité
	Évaluation du sentiment d'auto-efficacité généralisé	Questionnaire du sentiment d'auto-efficacité généralisé	Analyse descriptive Analyse statistique : comparaison des moyennes et de la distribution
	Évaluation des actions menées par les participants	Questionnaire	Analyse descriptive

II-4.2 Analyse des données qualitatives

Analyse des cartes conceptuelles

Concernant le niveau d'« apprentissages des participants » : l'analyse porte sur les conceptions de l'engagement des personnes en santé, leur évolution entre les CC, ainsi que sur les déclencheurs de l'évolution. Les termes conception, concept et connaissances renvoient ici aux définitions proposées par Giordan, Girault et Clément (1994) : conception « *pour décrire les raisonnements et le savoir préalable d'un apprenant* », concept « *pour désigner les mots ou situations représentés dans la structure cognitive* » et connaissance « *lorsqu'il s'agira de tenter de déterminer la nature des relations entre les différents concepts* » (Marchand, 2000). Le terme concept est ainsi employé en référence au nom générique donné à la carte conceptuelle. La notion de conception (Giordan, 1998) renvoie à l'ensemble des éléments de savoir et concepts exprimés par les coordinateurs au moment de l'élaboration des cartes et des questions complémentaires. Pour l'analyse des conceptions, conformément à la littérature existante (Marchand et al., 2009b, 2002; Marchand & Gagnayre, 2004; Quesnay et al., 2022), les cartes conceptuelles sont codées en unités cognitives ou unités de sens, soit deux concepts reliés par un lien explicité (Brien, 1990). Ensuite, les cartes conceptuelles sont analysées selon :

L'organisation des conceptions (Marchand et al., 2002) :

- structure de la carte (Kinchin et al., 2000), analyse qualitative des liens transversaux reliant les différents concepts ;
- analyse de la super-ordination (Ausubel, 1978) des concepts ;

La nature des conceptions :

- analyse qualitative dite thématique (Paillé & Mucchielli, 2012), au moyen de rubriques, thèmes permettant de catégoriser les concepts par rapport à l'engagement des personnes en santé grille d'analyse ;

L'évolution de la nature et de l'organisation des conceptions qui permet de suivre les apprentissages réalisés par les participants (Kinchin et al., 2000; Marchand et al., 2002, 2009b; Marchand & Gagnayre, 2004; Quesnay et al., 2022).

L'analyse quantitative du nombre de concepts et du nombre de liens entre les concepts n'est pas retenue pour cette recherche évaluative dans la mesure où il s'agit d'une recherche exploratoire et où il n'était pas visé la recherche évaluative d'occurrence des termes dans l'analyse. Ces modalités ne sont par ailleurs pas systématiquement analysées dans les recherches s'appuyant sur les cartes conceptuelles.

Afin de s'assurer de la fiabilité du codage et d'augmenter la validité de la recherche évaluative (justesse des informations recueillies), le matériau enregistré (élaboration de la carte) est réécouté au moment de l'analyse des cartes conceptuelles par un évaluateur n'ayant pas réalisé les entretiens, conformément aux méthodologies existantes (Marchand et al., 2009b; Quesnay et al., 2022). De plus, un deuxième évaluateur du LEPS a réalisé un co-codage des cartes. En cas de désaccords entre les deux évaluateurs, un troisième évaluateur spécialiste des cartes conceptuelles a été sollicité pour analyser la carte. Les réponses aux questions complémentaires font l'objet d'une analyse thématique pour identifier les déclencheurs de l'apprentissage.

Les cartes conceptuelles réalisées ont été retranscrites à l'aide du logiciel Cmaptool© et l'encodage a été réalisé au moyen du logiciel. NVIVO©.

Analyse du focus group

Concernant le niveau de « compétences et le transfert des apprentissages » et le niveau de « résultats » : une fois retranscrit, le matériau issu du focus group a fait l'objet d'une analyse de contenu. A été réalisée une analyse qualitative dite thématique (rubriques, thèmes) dans une démarche déductive (Paillé & Mucchielli, 2012) reposant sur une lecture flottante visant à faire émerger les idées principales du discours (Bardin, 2013) puis une lecture approfondie permettant se focalisant sur le sens (Paillé & Mucchielli, 2012). Elle vise une catégorisation des résultats en rubriques, sous-rubriques, thèmes, sous-thèmes et unités de sens. La catégorisation des données a été effectuée selon une démarche déductive.

Cette recherche peut être considéré comme une étude exploratoire et préalable à de futures recherches mettant en lien LS, engagement des personnes, contexte d'apprentissage via l'APS et transférabilité du modèle.

II-5 Déroulement de l'étude

II-5.1 Information aux participants

L'étude a été présentée par une intervention de l'équipe de recherche du LEPS UR3412 lors de chaque première session de l'APS puis complétée par l'envoi du document d'information par mail. Le chercheur principal a communiqué ses coordonnées à l'ensemble des participants afin qu'ils puissent le contacter en cas de demande d'information complémentaire.

Concernant la littératie en santé : l'exposé est fait à l'aide d'un document PowerPoint, présentant le cadre conceptuel et le questionnaire adopté.

Concernant les cartes conceptuelles : le principe de la technique ainsi que le concept d'« engagement des personnes en santé » sur lesquels les apprenants devront se prononcer sont également présentés en intégrant un moment d'échange et de questions-réponses avec les participants. Un moment de questions-réponses des participants avec les chercheurs est prévu. A la suite de la présentation, le document d'information est envoyé par mail aux participants avec une relance en amont de l'entretien. Au moment de la réalisation de la carte conceptuelle, le chercheur s'assure que la personne a bien lu et compris la lettre d'information. Cette phase d'information est réitérée à la fin de l'APS afin d'informer les participants sur la réalisation de la 2^e carte conceptuelle et pour chaque focus group.

Les questionnaires pour l'évaluation de la satisfaction et le sentiment de compétence sont présentés lors des deux premières sessions de formation.

II-5.2 Phases de recueil

Au début de la formation, le recueil vise :

- Le recueil des critères sociodémographiques en systématique par l'interface conforme à la RGPD (type EVAL&Go) pour l'ensemble des participants (lien envoyé avec la lettre d'information) Le temps estimé est de 5 min.
- L'administration du questionnaire de LS : HLS-eu-Q (lien envoyé avec la lettre d'information) Disponible en ligne sur une interface conforme à la RGPD (type EVAL&Go). Le temps estimé est de 20 min.
- L'élaboration de la 1^{ère} carte conceptuelle (APS ONE uniquement). Un premier temps vise l'introduction de l'entretien et rappel de l'objectif de la rencontre, avec obtention de l'accord verbal à la participation à la recherche. Un deuxième temps vise l'élaboration d'une carte conceptuelle selon la méthodologie précédemment mentionnée. Le temps estimé est de 45 min à 1h par entretien.

Pour l'APS ONE (mars 2021), en raison des restrictions sanitaires en vigueur et de la disponibilité des participants, cette première partie de l'étude est réalisée en distanciel (par ZOOM) avec un accompagnement par téléphone si nécessaire (à la demande).

Au cours de la formation (APS ONE et TWO) : A la fin de chacune des sessions de formation, les questionnaires pour l'évaluation de la satisfaction et le sentiment de compétence sont proposés aux participants de la session. Si la session est réalisée en distanciel, le questionnaire est réalisé en ligne. Le temps estimé est de 5 min pour l'ensemble des questionnaires.

A la fin de la formation, le recueil vise :

- L'administration du questionnaire de LS : HLS-eu-Q (lien envoyé par mail), du questionnaire de sentiment de compétence (APS ONE et TWO) et du sentiment d'auto-efficacité généralisé (APS TWO uniquement)
- L'élaboration de la 2^e carte conceptuelle (APS ONE uniquement). Chaque participant est sollicité par mail et par téléphone pour réaliser une 2^e carte conceptuelle en présentiel ou à distance selon ses disponibilités. La réalisation de la carte suit la même méthodologie que la 1^{ère}, à laquelle est adjoint un troisième temps qui vise l'échange autour des questions complémentaires. Le temps estimé est de 45 min à 1h par entretien.
- Le Focus group (APS ONE uniquement) : Les temps dédiés à la réalisation du focus group sont planifiés à distance de la formation. Le principe du focus group est rappelé aux participants puis le chercheur modère les échanges autour des questions prédéfinies. Le temps estimé à 1h30 par focus group.

II-6 Dispositions éthiques

II-6.1 Recueil du consentement

Le recueil du consentement des personnes s'est fait par leur participation libre et éclairée aux différentes étapes de la recherche

II-6.2 Précautions éthiques

Les précautions éthiques ont visé à ne pas stigmatiser les participants (notamment par rapport aux difficultés de compréhension de l'information écrite ou lors de l'utilisation de l'outil informatique). Par conséquent, un accompagnement présentiel ou, le cas échéant téléphonique, a systématiquement été mis à disposition des participants lors de la proposition de participation à l'étude. Ceci est valable lors de l'administration des questionnaires, la réalisation des cartes conceptuelles ou du focus group. Les chercheurs ont été vigilants à employer un langage clair et à relire régulièrement les idées inscrites sur la carte.

De plus une phase de communication des résultats aux participants est prévue une fois l'analyse des données terminée.

II-6.3 Anonymisation des données

Les apprenants de l'APS ont été identifiés par un code qui leur a été communiqué en amont pour garantir l'anonymat des différents questionnaires. Ce numéro a aussi été utilisé pour ceux qui ont co-construit une carte conceptuelle. Une table de correspondance a permis de garantir l'anonymat des données. Elle a été réalisée dans un document Excel. Celle-ci a été conservée pendant toute la durée de l'étude par l'investigateur principal. Elle sera détruite 1 an après la première publication de l'étude.

Les données recueillies ont été saisies informatiquement de façon anonyme et seront gardées 7 années dans une armoire sous clé. À tout moment de l'étude un participant pouvait décider de se retirer et refuser que ses données soient utilisées.

II-6.4 Aspects réglementaires

Une mise en conformité MR004 avec déclaration au DPO de l'Université Sorbonne Paris Nord a été effectuée.

Une validation éthique a été réalisée par le Comité d'évaluation éthique de l'INSERM.

III. RESULTATS

Dans ce chapitre, une première partie détaille les caractéristiques des promotions des ambassadeurs, puis les parties suivantes seront structurées par niveau d'effet étudié : **le niveau de « réaction des participants »** (mesure de l'assiduité et l'appréciation de la satisfaction), **le niveau d'« apprentissages des participants »** (mesure de la littératie en santé des participants et appréciation de l'évolution des conceptions relativement à l'engagement des personnes en santé), **le niveau de « compétences et le transfert des apprentissages »** (appréciation du sentiment de compétence, du sentiment d'auto-efficacité généralisé et des actions menées par les participants pendant la formation) et enfin **le niveau des « résultats »** (appréciation des actions menées à distance de la formation et exploration de l'effet de halo).

III-1 Caractéristiques des promotions des ambassadeurs (APS ONE et TWO)

Les ambassadeurs ont été recrutés la base du volontariat (voir formulaire de candidature de l'APS ONE en annexe II, page 91).

La première promotion (APS ONE) a été initialement constituée de 30 personnes : 21 femmes, et 9 hommes parlant tous français (à l'exception d'1 femme qui a bénéficié d'un traducteur mais qui a abandonné en cours de formation), venant de 16 villes différentes du département de Seine Saint Denis (tab. 9, page suivante). Leur activité est répartie de la manière suivante en début de formation : 50% (n=15) des personnes travaillent à temps plein, 10% (n=3) à temps partiel, 17% (n=5) sont en recherche d'emploi et 23% (n=7) se déclarent inactives. La moyenne d'âge est au début de la formation était de 42,6 ans ($\pm 12,2$ ans), allant de 20 ans à 79 ans.

La deuxième promotion (APS TWO) a été initialement constituée de 35 personnes : 26 femmes, et 9 hommes parlant tous français (à préciser qu'il y a tout de même beaucoup de langues parlées par ailleurs, idem pour APS 1), venant de 22 villes différentes du département de Seine Saint Denis (Tab. 9, page suivante). Leur activité est répartie de la manière suivante en début de formation : 31% (n=11) des personnes travaillent à temps plein (dont 1 étudiant), 31% (n=1) à temps partiel, 11% (n=4) sont en recherche d'emploi et 26% (n=9) se déclarent inactives. La moyenne d'âge est au début de la formation de 49,5 ans ($\pm 13,0$), allant de 28 ans à 78 ans. **5 ambassadeurs ont abandonné dès le début de la formation.** Ils n'ont pas souhaité donner de suite à des tentatives de comprendre leur abandon.

Tableau 9 : caractéristiques des ambassadeurs recrutés en début de formation

APS ONE (N=30) et APS TWO (N=35)

Caractéristiques		APS ONE n= (%)	APS TWO n= (%)
Genre	Femmes	21 (70%)	26 (74%)
	Hommes	9 (30%)	9 (26%)
Activité	Temps plein	15 (50%)	11 (31%)
	Temps partiel	3 (10%)	11 (31%)
	En recherche d'emploi	5 (17%)	4 (11%)
	Inactivité	7 (23%)	9 (26%)
Type d'activité	Société civile	20 (66%)	NC
	Médico-social	10 (33%)	NC
Age	Moyenne ± Écart type (ans)	42,6 (±12,2)	49,5 (±13,0)
	Minimum (ans)	20	28
	Maximum (ans)	79	78
Langues parlées	Français	30 (100%)	35 (100%)
	Arabe	11 (37%)	5 (14%)
	Anglais	8 (27%)	3 (9%)
	Langues berbères	0	2 (6%)
	Langues mandées (bambara, soninké, soso)	4 (13%)	3 (9%)
	Créole	2 (7%)	0
	Espagnol	2 (7%)	0
	Italien	0	1 (3%)
Ville de domiciliation	Aubervilliers	3 (10%)	2 (6%)
	Aulnay Sous-Bois	1 (3%)	3 (9%)
	Bagnolet	1 (3%)	1 (3%)
	Blanc Mesnil	0	1 (3%)
	Bobigny	3 (10%)	1 (3%)
	Bondy	3 (10%)	1 (3%)
	Clichy Sous-Bois	4 (14%)	1 (3%)
	Drancy	2 (7%)	2 (6%)
	La Courneuve	1 (3%)	1 (3%)
	Le Bourget	0	2 (6%)
	Le Raincy	0	1 (3%)
	Montfermeil	0	1 (3%)
	Montreuil	2 (7%)	2 (6%)
	Noisy Le Grand	0	1 (3%)
	Pantin	1 (3%)	1 (3%)
	Pierrefitte	2 (7%)	3 (9%)
	Rosny Sous-Bois	0	1 (3%)
	Saint-Denis	2 (7%)	6 (17%)
	Saint-Ouen	2 (7%)	1 (3%)
	Sevran	1 (3%)	0
	Stains	1 (3%)	1 (3%)
	Villepinte	0	1 (3%)
	Villetaneuse	1 (3%)	1 (3%)

III-2 Évaluer la réaction des participants aux sessions de formation (APS ONE et TWO)

III-2.1 Assiduité

Pour l'APS ONE, le nombre de participant moyen était de 16 ± 5 personnes par session (soit 53% en moyenne). Le minimum de participation a été de 14 personnes par session (46%) et le maximum de 22 (73%). Il n'y a pas de différence de distribution statistiquement significative (Khi-2 : $p=0,254$).

Pour l'APS TWO, le nombre de participant moyen était de 19 ± 6 personnes par session (soit 63% en moyenne). Le minimum de participation a été de 13 personnes par session (43%) et le maximum de 30 (100%). La distribution varie significativement au cours de l'année. (Khi-2 : $p=2,06E-06$)

La distribution suit la loi normale ($p=0.058$ pour l'APS ONE et $p=0.234$ pour l'APS TWO) et comparaison des deux moyennes ne montre pas de différence significative ($p=0,472$)

Tableau 10 : assiduité des ambassadeurs lors des sessions de formation

APS ONE (N=30) et APS TWO (N=30)

	APS ONE (N=30)	APS TWO (N=30)
Moyenne \pm Écart-type	17,7 \pm 3	19,3 \pm 6
Janvier	22 (73%)	NC
Février	16 (53%)	30 (100%)
Mars	21 (70%)	27 (90%)
Avril	20 (67%)	15 (50%)
Mai	18 (60%)	21 (70%)
Juin	13 (43%)	20 (67%)
Septembre	17 (57%)	19 (63%)
Octobre	16 (53%)	13 (43%)
Novembre	20 (67%)	14 (47%)
Décembre	14 (46%)	15 (50%)

III-2.2 Satisfaction des participants

Satisfaction des participants à l'APS ONE

Lors de l'APS ONE, le taux de réponse moyen aux questionnaires de satisfaction était de 73% ($n=14/30$ répondants en moyenne). Les données relatives à la session de novembre sont manquantes dans l'analyse ci-après.

Pour rappel, les critères interrogés systématiquement (tab.11) étaient la **satisfaction générale, la satisfaction sur l'animation**, pour lesquels 100% des répondants se sont déclarés satisfait et très satisfait. La **durée** de la formation était également interrogée systématiquement, pour laquelle 100% des répondants se sont déclarés satisfait et très satisfaits à l'exception de la session d'avril (65% de satisfait et très satisfait).

Étaient interrogés de manière inconstante selon les sessions la **satisfaction des échanges** et **satisfaction des conditions matérielles**, pour lesquels 100% des répondants se sont déclarés satisfait et très satisfaits à l'exception de la session d'avril (65% de satisfait et très satisfait à l'item « satisfaction sur les conditions matérielles »).

Tableau 11 : satisfaction des ambassadeurs au cours des sessions (APS ONE)

Réponses « très satisfait ou satisfait »

	MOY	Fév.	Mars	Avr.	Mai	Juin	Sept.	Oct.	Déc.
Nombre de réponse	18,25	16	27	15	21	20	19	13	15
Taux de réponse	76%	100%	43%	90%	78%	77%	82%	70%	71%
Satisfaction générale	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Satisfaction sur l'animation	96%	100%	100%	65%	100%	100%	100%	100%	100%
Satisfaction sur la durée	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Satisfaction sur les échanges	NR	100%	100%	100%	NR	NR	NR	NR	NR
Satisfaction sur les conditions matérielles	NR	100%	100%	80%	100%	100%	100%	NR	NR

Satisfaction des participants à l'APS TWO

Lors de l'APS TWO, le taux de réponse moyen aux questionnaires de satisfaction était de 93% (n=17/30 répondants en moyenne).

Les critères interrogés étaient les mêmes quelle que soit la session (tab. 12) et ont concerné l'utilisation des techniques pédagogiques, l'animation de la journée, la transférabilité du contenu pédagogique et du contenu en santé, le temps consacré aux explications sur « être ambassadeur en santé ainsi que le temps dédié aux activités de groupe, le soutien à l'analyse de pratique. Pour l'ensemble des critères, le taux moyen de réponses « tout à fait d'accord ou d'accord » est supérieur ou égal à 84%. D'un point de vue statistique, le test d'homogénéité (Fisher) qui a été réalisé pour chacun des critères ne montre pas de différence significative de distribution (ce qui signifie que les résultats sont globalement élevés).

D'un point de vue descriptif, on peut observer une progression (satisfaction faible pour les premières sessions et ayant augmenté aux cours des sessions) pour deux critères (fig. 3) :

- « La formation m'a permis d'analyser ma pratique d'ambassadeur », qui questionne la place de l'analyse de pratique permise par la formation : lors des 3 premières sessions, le nombre de « partiellement d'accord ou pas d'accord » oscille entre 15 et 30% pour ce critère. Il disparaît au cours de l'année pour atteindre 100% de « tout à fait d'accord ou d'accord » sur les dernières sessions.
- « Le contenu en santé de la formation est applicable à ma fonction d'ambassadeur », qui questionne la transférabilité du contenu en santé délivré au cours de la formation. Il est variable au cours de l'année : le taux de « Partiellement d'accord ou Pas d'accord » oscille entre 15% et 30% pour les sessions de mars, mai, septembre et novembre.

Figure 3 : évolution de la satisfaction (APS TWO)

Concernant l'analyse de pratique et la transférabilité du contenu en santé

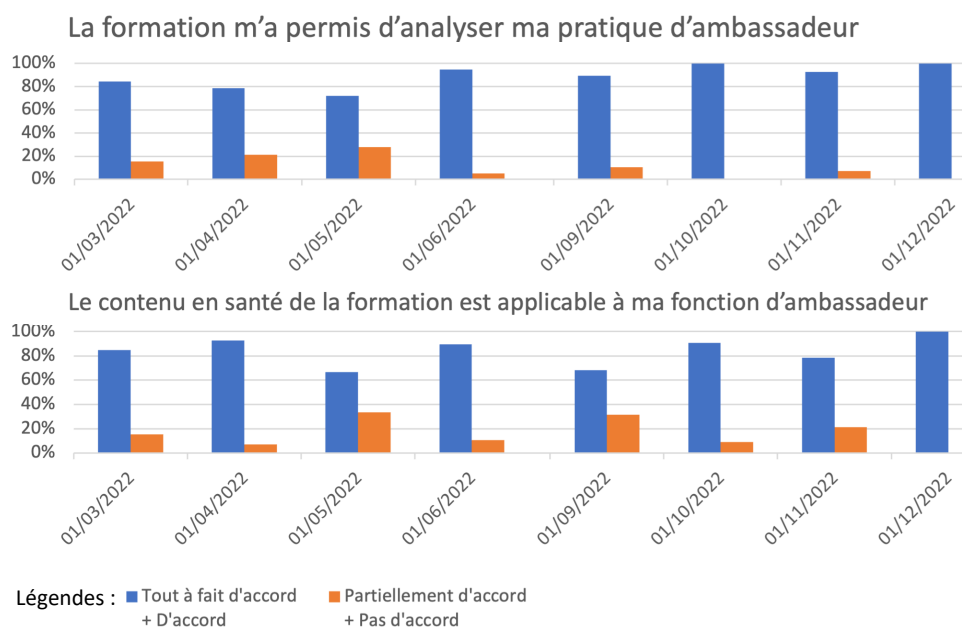


Tableau 12 : satisfaction des ambassadeurs au cours des sessions (APS TWO)

Réponses « très satisfait ou satisfait »

	MOY	Mars	Avr.	Mai	Juin	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
Nombre de réponse	19	27	15	21	20	19	13	27	15
Taux de réponse	93%	96%	93%	86%	95%	100%	77%	100%	93%
L'animateur a utilisé des techniques pédagogiques favorisant mon apprentissage	95%	92%	100%	100%	89%	95%	100%	86%	100%
Le contenu pédagogique de la formation est applicable	96%	88%	100%	100%	95%	95%	91%	100%	100%
Lors des séances plénières, le temps consacré aux explications sur être ambassadeur en santé a été suffisant	97%	88%	100%	100%	89%	95%	100%	100%	100%
La formation m'a permis d'analyser ma pratique d'ambassadeur	89%	85%	79%	72%	95%	89%	100%	93%	100%
L'animation de cette journée m'a incitée à poursuivre la formation	94%	85%	93%	89%	95%	95%	100%	100%	100%
Le temps consacré aux activités de groupe a été suffisant	97%	92%	100%	100%	100%	95%	100%	93%	100%
Le contenu en santé de la formation est applicable	84%	85%	93%	67%	89%	68%	91%	79%	100%

III-3 Évaluer les apprentissages des participants (APS ONE et TWO)

III-3.1 Littératie en santé

Niveau de Littératie en santé des participants à l'APS ONE

En APS ONE, n=29 participants ont répondu au questionnaire HLS-EU en pré-test (soit 97% des participants). En post-test, n=15 participants ont répondu (50%).

En pré-test (tab. 13), la moyenne du score est de $12,0 \pm 3,9$ (catégorie « problématique »). En post-test, la moyenne est de $13,7 \pm 2,9$ (catégorie « suffisant »). Plus de la moitié des participants ont un niveau de littératie « suffisant » (13-16) pour les deux mesures. L'analyse statistique a n'a pas montré de différence en termes de moyenne ou de distribution (selon les catégories « insuffisant », « problématique » ou « suffisant ») entre les deux mesures.

La distribution des scores ne suit pas la loi normale ($p < 0,05$). En termes d'homogénéité de l'échantillon, l'analyse statistique n'est pas significative si l'on compare (en pré-test) le niveau des répondants qui ont répondu uniquement au pré test avec celui ayant répondu par la suite au post-test : $p = 0,81$ (Mann-Whitney : comparaison des moyennes) et $p = 0,476$ (test de Fisher, distribution selon les catégories). L'échantillon de l'APS ONE semble donc homogène.

L'analyse statistique n'est pas non plus significative si l'on considère uniquement les répondants ayant répondu aux deux questionnaires ($n=15$) : $p = 0,78$ (Mann-Whitney : comparaison des moyennes) et $p = 1$ (Khi-2 : distribution selon les catégories).

Tableau 13 : niveau de littératie en santé des participants à l'APS ONE

	Pré-test	Post test	p=
n =	29	15	
% de la promotion	97%	50%	
Moyenne \pm écart type	$12,0 \pm 3,9$	$13,7 \pm 2,9$	0.207
HL insuffisant ou problématique (0-12)	13	5	0,4622
HL suffisant (13-16)	16	10	

Niveau de Littératie en santé des participants à l'APS TWO

En APS TWO, n=27 participants ont répondu au questionnaire HLS-EU en pré-test (soit 90% des participants). En post-test, n=14 participants ont répondu (46%).

En Pré-test (tab. 14), la moyenne du score est de $12,6 \pm 2,6$ (catégorie « problématique »). En post-test, la moyenne est de $14,5 \pm 1,3$ (catégorie « suffisant »). La distribution des scores ne suit pas la loi normale ($p < 0,05$). L'analyse statistique a montré une différence significative en termes de moyenne (Mann-Whitney : $p = 0,0254$) et de distribution (test de Fisher : $p = 0,0029$ selon les catégories « insuffisant », « problématique » ou « suffisant ») entre les deux mesures.

En termes d'homogénéité de l'échantillon, l'analyse statistique n'est pas significative si l'on compare (en pré-test) le niveau des répondants qui ont répondu uniquement au pré test avec celui ayant répondu par la suite au post-test : $p = 0,418$ (Mann-Whitney : comparaison des moyennes) et $p = 0,331$ (Khi-2 distribution selon les catégories « insuffisant et problématique » ou « suffisant »). L'échantillon de l'APS TWO semble donc homogène.

L'analyse statistique est également significative si l'on considère uniquement les répondants ayant répondu aux deux questionnaires (n=14) : $p = 0,008$ (Mann-Whitney : comparaison des moyennes) et $p = 0,0019$ (test de Fisher : distribution selon les catégories).

Le niveau de littératie progresse ainsi de manière significative pour les participants à l'APS TWO.

Tableau 14 : niveau de littératie en santé des participants à l'APS TWO

	Pré-test	Post test	p=
n =	27	14	
% de la promotion	90%	47%	
Moyenne	$12,6 \pm 2,6$	$14,5 \pm 1,3$	0,0254
HL insuffisant (0-8)	1	0	0.0029
HL problématique (9-12)	12	0	
HL suffisant (13-16)	14	14	

Comparaison des niveaux de littératie entre l'APS ONE et l'APS TWO

En pré-test, les tests statistiques ne sont pas significatifs, concernant la comparaison des moyennes (Mann-Whitney : $p = 0,861$) et la distribution du score (Test de Fisher : $p = 0,093$, selon les catégories « insuffisant », « problématique » ou « suffisant »). Cela signifie qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux populations, qui ont des scores relativement comparables avec une distribution homogènes en termes de niveau de littératie.

En post-test, les tests statistiques ne sont pas non plus significatifs, pour la comparaison des moyennes ($p = 0,71$) et la distribution du score (Test de Fisher : $p = 0,067$). Cela signifie que les scores en fin de formation sont similaires et avec une répartition similaire en termes de niveau de littératie. On peut cependant noter, pour la distribution des scores par catégories, que le p est proche de 0,05 avec des données observées montrant un niveau plus faible pour les APS One. Cela va dans le sens des résultats précédents (la progression est peu significative pour les participants de l'APS ONE mais elle est statistiquement significative pour les participants de l'APS TWO).

Tableau 15 : comparaison des niveaux de littératie en santé APS ONE et APS TWO

	Pré-test			Post-test		
	APS ONE	APS TWO	p =	APS ONE	APS TWO	p =
n =	29	27		15	14	
Moyenne	12,0	12,6	0,861	13,7	14,5	0,71
HL insuffisant (0-8)	6	1	0,093	1	0	0,067
HL problématique (9-12)	7	12		15	14	
HL suffisant (13-16)	16	14		13,7	14,5	

III-3.2 Appréciation de l'évolution des conceptions relativement à l'engagement des personnes en santé des participants et autres acteurs (APS ONE)

Caractéristiques des répondants et organisation des cartes

L'analyse des cartes conceptuelles réalisées avec les ambassadeurs et 4 autres acteurs participant à l'APS permet d'apprécier les conceptions relativement à l'engagement des personnes en santé, ainsi que l'évolution de ces conceptions.

En début de formation (tab. 16), 18 cartes ont été réalisées (CC1), par 14 ambassadeurs et 4 autres acteurs (membres du comité de pilotage). Il s'agissait de 16 femmes et 2 hommes. En fin de formation, 11 de ces participants ont participé à la réalisation d'une deuxième carte (CC2), soit 8 ambassadeurs et 3 autres acteurs. Il s'agissait de 10 femmes et 1 homme.

En CC1, 7 cartes (39%) sont structurées en étoile et en chaînes. Cela révèle des conceptions peu organisées, et une faible compréhension du sujet par les participants (Kinchin et al., 2000). La majorité des cartes (n=11, 61%) présentent une organisation en réseau (même partielle) : il s'agit de structures plus élaborées et complexes de conceptions, qui témoignent d'une meilleure conceptualisation du sujet (Kinchin et al., 2000).

En CC2, la proportion de cartes organisées en réseau augmente (n=9, soit 82%), ce qui indique que le sujet « engagement des personnes en santé » est mieux conceptualisé par les participants qui y accordent plus de sens.

Tableau 16 : caractéristiques des participants et organisation des cartes APS ONE

		CC1	%	CC2	%	TOT
Nombre total de cartes réalisées		18	100%	11	100%	29
Caractéristiques des répondants	Ambassadeurs	14	77%	8	72%	22
	Membres du comité de pilotage	4	23%	3	28%	7
Genre	Femmes	16	88%	10	90%	26
	Hommes	2	12%	1	10%	3
Organisation des cartes	Etoile, Chaîne	7	39%	2	18%	9
	Réseau	11	61%	9	82%	20

LEPS UR 3412 – Effets de l'Académie Populaire de la Santé 2021-2023



LEPS UR 3412 – Effets de l'Académie Populaire de la Santé 2021-2023



Analyse de la nature des conceptions

En CC1 (tab. 17, page suivante), seulement 5 cartes sur 18 (soit 28%) sont contextualisées à la pratique des ambassadeurs. Pour reprendre l'exemple précédent (fig. 16a), cela se traduit par des conceptions générales, éloignées de la pratique ou du contexte de l'ambassadeur :

« *L'engagement en santé c'est un bon engagement* » (CC1, P19)

« *L'engagement pour les ambassadeurs [c'est donner] des informations aux gens* » (CC1, P19)

Cela renseigne sur le type de connaissances mobilisées par les participants, qui sont essentiellement déclaratives (et dans une moindre mesure de type procédurale et conditionnelle).

En CC2, le nombre de cartes sont contextualisées augmente (n= 6/11, soit 55%) : les ambassadeurs s'appuient alors sur des exemples concrets issus de leurs expériences, des actions qu'ils mènent, pour parler de l'engagement :

« *Ambassadeur/drice facilite des informations ; pour moi, mon expérience [cela se traduit par une] difficulté de la langue : des gens ne comprennent pas la langue, que l'ambassadeur facilite (...)* » (CC2, P19)

« *L'engagement des personnes en santé, pour les associations, qui m'ont aidé pour les démarches, m'ont expliqué que dans la maladie je n'étais pas seul* » (CC2, P28)

L'analyse thématique des cartes révèle 6 thèmes : la définition de l'engagement, le type d'acteur engagé, le public destinataire de l'engagement, les effets de l'engagement, ses freins et ses leviers. Comme précédemment, ces thèmes ne sont pas présents en même proportion selon les CC1 et CC2 :

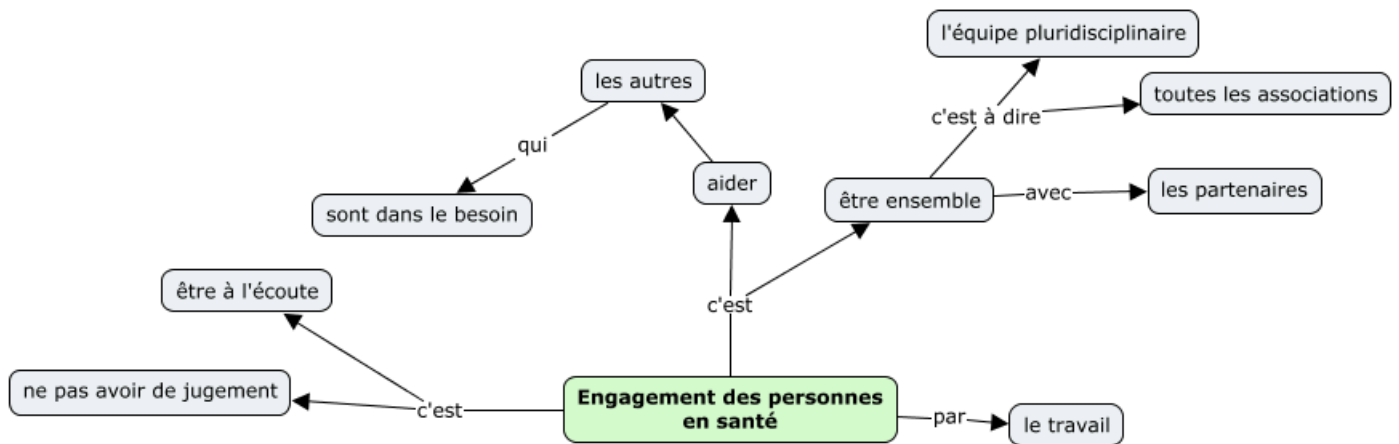
- Relativement à la définition de l'engagement : il s'agit d'une action pour la santé dans la majorité (>94%) des CC1 et CC2. En CC1, cet engagement est défini comme une attitude (n=7/18, soit 39%), en lien avec la notion de littératie en santé (n=5/18, soit 28%) ou un processus d'empowerment (n=4/18, soit 22%). En CC2, ce sous-thème d'empowerment disparaît, tandis que 5 sous-thèmes apparaissent (« constituer un réseau », « transformation », « promotion de la santé », « médiation », « prévention »). Ces sous-thèmes sont moins représentés que les précédents en proportion.
- Il s'agit d'une action pour la santé qui est individuelle (>94% en CC1 et CC2) et dans une moindre mesure collective (40% environ quelle que soit la carte), à destination des individus (100% des cartes).
- Les effets de l'engagement sont peu décrits en CC1 (n= 6/18, soit 33%) et le sont davantage en CC2 (n=9/11, soit 82%). Ils concernent principalement des actions en lien avec la littératie des personnes (n=7/11, 64%) et la lutte contre les inégalités ou injustices (n= 4/11, soit 36%).
- Les freins sont davantage décrits en CC1 (n=5/18, soit 28%) qu'en CC2 (n=2/11, soit 28% des cartes), et sont principalement le fait de caractéristiques individuelles ou collectives.
- Les leviers de l'engagement sont également davantage décrits en CC1 (en CC1 n=5/18, soit 28% versus en CC2 n=4/11, soit 36% des cartes). Ils concernent des caractéristiques individuelles ou institutionnelles.

Ces éléments sont illustrés au moyen d'extraits de cartes conceptuelles dans les pages suivantes.

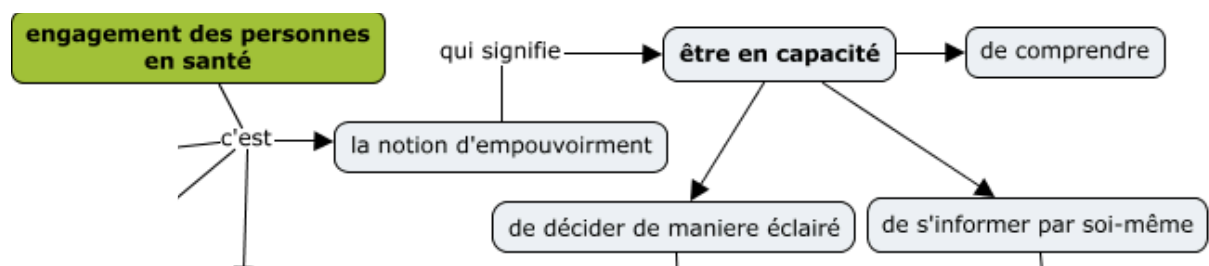
Tableau 17 : analyse thématique des cartes APS ONE

		CC1	%	CC2	%	TOT
Nombre total de cartes réalisées		18	100%	11	100%	27
Contextualisation	Carte contextualisée	5	28%	6	55%	11
	Carte non contextualisée	13	72%	5	45%	18
Thèmes	Sous thèmes					
Définition de l'engagement	Action pour la santé	17	94%	11	100%	28
	Littératie	5	28%	6	55%	11
	Attitude	7	39%	4	36%	11
	Empowerment	4	22%	0	0%	4
	Injustice ou inégalité de santé	1	6%	3	27%	4
	Devoir	2	11%	4	36%	6
	Constituer un réseau	0	0%	1	9%	1
	Transformation	0	0%	2	18%	2
	Promotion de la santé	0	0%	1	9%	1
	Médiation	0	0%	1	9%	1
	Prévention	0	0%	2	18%	2
Engagement (qui s'engage)	Individu	17	94%	11	100%	29
	Collectif	7	39%	5	45%	12
	Institution	4	22%	3	27%	7
Engagement (à qui s'adresse l'engagement)	Individu	18	100%	11	100%	29
	Collectif	2	11%	2	18%	4
	Institution	4	22%	2	18%	6
Effet de l'engagement		6	33%	9	82%	17
	Littératie	0	0%	7	64%	10
	Injustice ou inégalité de santé	1	6%	4	36%	5
	Individuel	2	11%	0	0%	2
	Collectif	1	6%	0	0%	1
	Institution	1	6%	0	0%	1
Frein		5	28%	2	18%	6
	Individu	4	22%	0	0%	4
	Collectif	2	11%	0	0%	2
	Institution	1	6%	1	9%	2
Levier		5	28%	4	36%	8
	Individu	3	17%	1	9%	4
	Collectif	0	0%	0	0%	0
	Institution	3	17%	3	27%	6
	Littératie	1	6%	0	0%	1

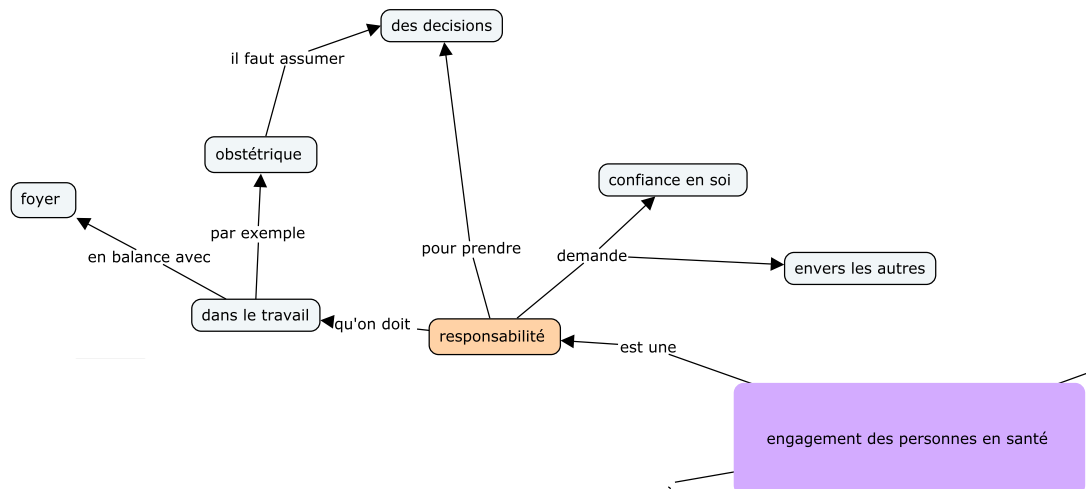
Quelles que soient les cartes, l'engagement apparaît comme une action pour la santé comme en atteste l'exemple suivant, dans lequel l'engagement apparaît également comme un changement d'attitude, une qualité de l'ambassadeur, (CC1, P10) :



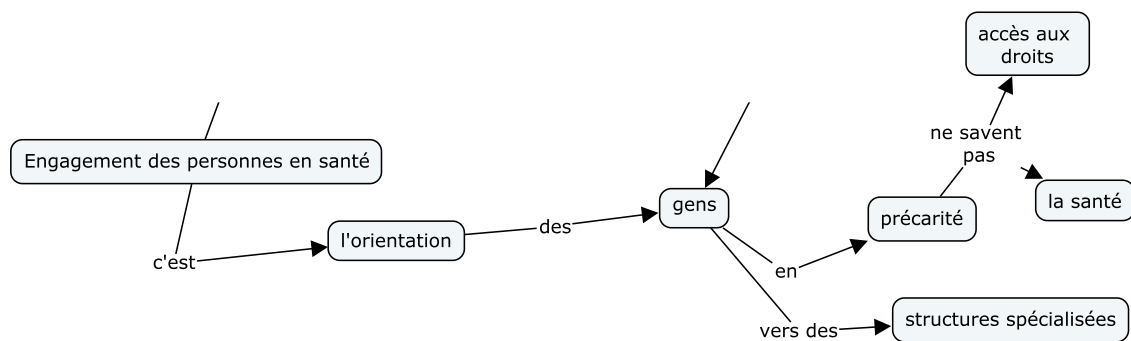
En CC1, les participants décrivent cette action comme promotrice de littératie en santé, comme dans l'exemple suivant (CC1, P32) :



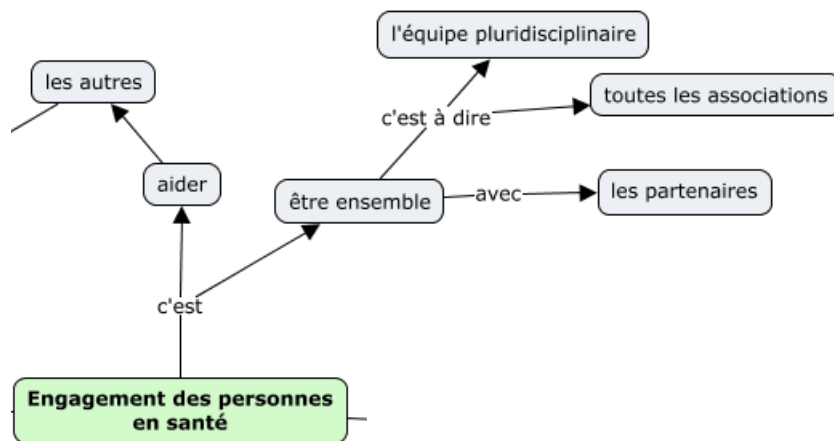
En CC2, l'engagement apparaît davantage comme un devoir (CC2, P14) :



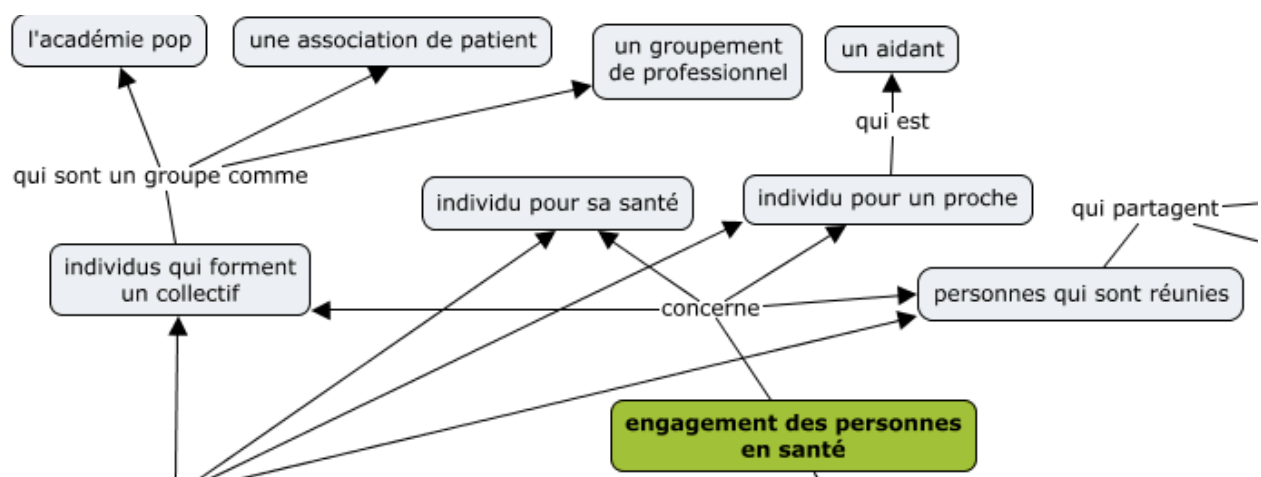
Il s'agit également un moyen de lutter contre les injustices et inégalités sociales de santé (CC1, P19) :



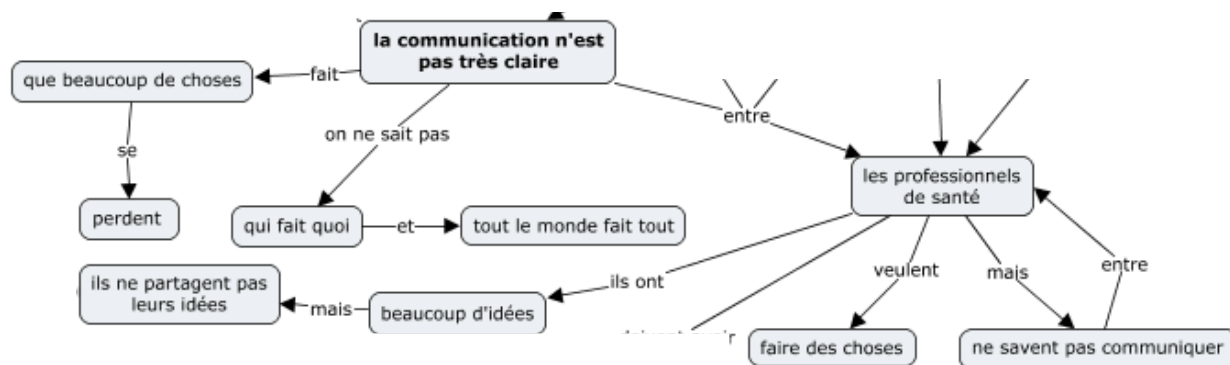
L'engagement est principalement décrit comme un phénomène individuel vers d'autres, individus ou des collectifs d'individus, comme en atteste l'exemple suivant (CC1, P10) :



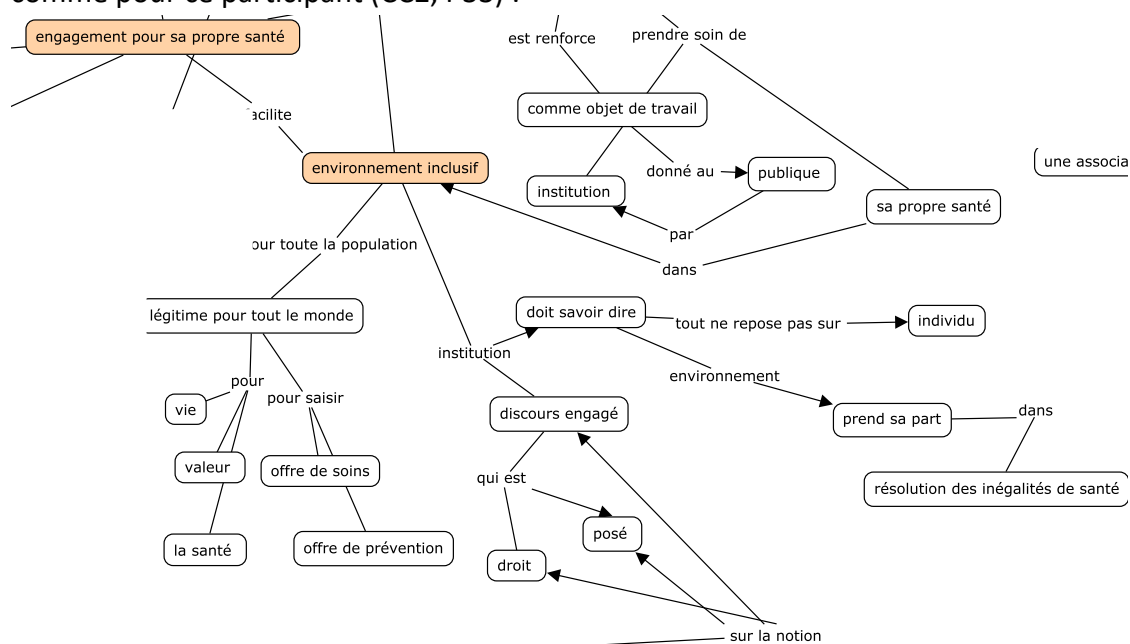
Dans une moindre mesure, certains participants définissent l'engagement en regard d'actions institutionnelles ou bénéficiant aux institutions comme dans l'exemple suivant (CC1, P32) :



Les freins sont exprimés en CC1 et sont attribués à des leviers individuels ou collectifs, comme par exemple la communication entre les différents acteurs agissant pour la santé, comme dans cet exemple (CC1, P9) :



Les leviers mentionnés sont principalement individuels ou en lien avec l'environnement, comme pour ce participant (CC2, P33) :



En résumé :

- **L'organisation des cartes évolue de la CC1 à la CC2** ce qui montre une meilleure compréhension du sujet.
- Les conceptions en CC2 sont davantage contextualisées à l'expérience, la pratique des ambassadeurs et les actions qu'ils mènent (n=5/18 en CC1 et n=6/11 en CC2).
- **Pour les participants, quelle que soit la carte (CC1 comme CC2), l'engagement peut être défini comme une action pour la santé.**
- L'engagement est surtout une action individuelle (dans une moindre mesure collective) à destination de soi ou des autres, ce qui n'évolue pas en fin de formation (CC2).
- L'engagement relève d'un changement d'attitude de la part des ambassadeurs, pouvant être perçu comme un devoir. Un lien avec la notion de « transformation personnelle » (2/11) apparaît en CC2.
- En CC1, l'engagement est mis en lien avec la notion de littératie en santé et de choix pour la santé des personnes et des populations (n=5/18). L'engagement est contributif d'un processus d'*empowerment* (n=4/18)
- En CC2, l'engagement est mis en lien avec les notions abordées dans la formation de littératie en santé (n=8/11) et de choix pour la santé des personnes et des populations, avec les inégalités sociales de santé (n=5/11).

III-4 Évaluer les compétences et le transfert des apprentissages (APS ONE et TWO)

III-4.1 Sentiment de Compétence

Sentiment de compétence pour l'APS ONE

En APS ONE, le sentiment de compétence global (moyenne obtenue à partir des sentiments de compétence pour chaque objectif par session) est « satisfaisant à très satisfaisant » (quotté 3 à 5 sur l'échelle de Likert à 6 degrés) pour plus de 89% des réponses recueillies à chaque session. A noter que les données sont manquantes pour les sessions de juin et de novembre.

Il n'y a pas de différence significative en termes de distribution entre les sessions (Test de Fisher : $p = 0.679$).

Tableau 18 : sentiment de compétence global lors des sessions de l'APS ONE

	N MOY	Fév.	Mars	Avr.	Mai	Sept.	Oct.	Déc.
Nombre de réponse	14	16	9	18	14	14	14	10
Taux de réponse	45%	53%	30%	60%	47%	47%	47%	33%
n 0 à 2 (%)	1 (7%)	3 (14%)	1 (11%)	1 (6%)	1 (7%)	1 (7%)	1 (7%)	0
n 3 à 5 (%)	13 (93%)	13 (93%)	8 (89%)	17 (94%)	13 (93%)	13 (93%)	13 (93%)	10 (100%)

Sentiment de compétence pour l'APS TWO

En APS TWO, le sentiment de compétence est mesuré pour chacune des deux compétences à savoir C1 : « Faciliter l'accès à l'environnement en santé » et C2 « Éduquer à la santé », ainsi qu'en lien avec chacun de leurs critères qualités, c'est-à-dire les composantes essentielles à la compétence.

Pour les deux compétences et chacune de leur composante, on observe une progression au cours des sessions. Elle est significative pour le sentiment de compétence global de la compétence « Éduquer à la santé » et pour 3 des composantes essentielles (tab. 19) (test de Fisher, $p < 0,05$).

Pour compétence « faciliter l'accès à l'environnement en santé », le sentiment de compétence « capable ou tout à fait capable » progresse à 100% dès la deuxième session. On peut noter une baisse significative en cours d'année pour la composante « Faciliter en mobilisant des techniques communicationnelles adaptées » (au cours des 4^e et 5^e session).

Pour la compétence « Éduquer à la santé » le sentiment de compétence « capable ou tout à fait capable » progresse significativement à 100% à partir de la 4^e session puis de la 6^e session. La progression est significative pour la composante « Éduquer en tenant compte des besoins pédagogiques des personnes ou groupes de personnes concernées » (100% « capable ou tout

à fait capable » à la 7^e session) et pour la composante « Éduquer en mobilisant les techniques pédagogiques adaptées (100% « capable ou tout à fait capable » à la 6^e session).

Tableau 19 : sentiment de compétence lors des sessions de l'APS TWO

Réponse « capable ou tout à fait capable »

	Mars	Avr.	Mai	Juin	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	p=
Nombre de réponse	26	14	18	19	19	12	14	14	
Taux de réponse	96%	93%	86%	95%	100%	92%	100%	93%	
Faciliter l'accès à l'environnement en santé	81%	100%	100%	95%	95%	100%	100%	100%	0.107
1. En tenant compte de l'environnement bio-psycho-social	81%	93%	89%	89%	84%	92%	100%	100%	0.577
2. En mobilisant efficacement les ressources internes et externes disponibles	77%	86%	78%	74%	95%	100%	100%	93%	0.129
3. En tenant compte des besoins en littératie	85%	93%	78%	84%	74%	83%	100%	100%	0.25
4. En mobilisant des techniques communicationnelles adaptées	96%	100%	94%	68%	79%	92%	100%	93%	0.027
Éduquer à la santé	69%	71%	78%	100%	89%	100%	100%	100%	0.0027
1. En tenant compte de l'environnement bio-psycho-social	81%	79%	83%	95%	84%	100%	100%	100%	0.18
2. En collaborant efficacement avec l'ensemble des acteurs concernés	88%	93%	78%	89%	89%	100%	100%	100%	0.398
3. En tenant compte des besoins pédagogiques des personnes ou groupes de personnes concernées	62%	86%	67%	89%	79%	83%	100%	100%	0.016
4. En adoptant une approche systémique	65%	57%	44%	74%	68%	75%	79%	93%	0.153
5. En mobilisant les techniques pédagogiques adaptées	73%	86%	78%	74%	68%	100%	100%	100%	0.030

III-4.2 Appréciation de l'auto-efficacité généralisée (APS TWO)

En APS ONE, n=27 participants ont répondu en pré-test au questionnaire du sentiment d'auto-efficacité généralisé (soit 90% des participants). En post-test, n=14 participants ont répondu (46%).

En pré-test, le score moyen est de $32,7 \pm 4,5$ avec n=20/27 répondants ayant un score « bon » (≥ 29). En post-test, le score moyen est de $35,8 \pm 4,0$ avec n=13/14 répondants ayant un score « bon » (≥ 29).

La distribution des scores ne suit pas la loi normale ($p < 0,05$). En termes d'homogénéité de l'échantillon, l'analyse statistique n'est pas significative si l'on compare (en pré-test) le niveau des répondants qui ont répondu uniquement au pré test avec celui ayant répondu par la suite au post-test : $p = 0,24$ (Mann-Whitney : comparaison des moyennes) et $p = 0,671$ (Test de Fisher, distribution selon les catégories « faible » et « bon »). L'échantillon de l'APS TWO semble donc homogène.

En termes de comparaison pré-post (tab. 20), le test de comparaison des moyennes est significatif (Mann-Whitney $p = 0,025$), mais pas le test de distribution (test de Fisher $p = 0,226$), ce qui signifie qu'il y a une différence significative en termes de moyenne mais pas en termes de répartition entre les catégories (qui est peu différente en pré et en post).

Tableau 20 : comparaison du sentiment d'auto-efficacité

Ensemble des répondants (APS TWO)

	Pré-test	Post-test	p=
n =	27	14	
% de la promotion	90%	46%	
Moyenne \pm écart type	$32,7 \pm 4,5$	$35,8 \pm 4,0$	0,025
< 29 (faible)	7	1	0,226
≥ 29 (bon)	20	13	

En tenant compte uniquement des participants qui ont répondu aux deux questionnaires (tab. 21), le test de comparaison des moyennes n'est plus significatif ($p = 0,173$), ce qui signifie que la moyenne observée pour cet échantillon est plus haute mais pas significativement différente.

Tableau 21 : comparaison du sentiment d'auto-efficacité

Échantillon ayant répondu au pré et au post-test (APS TWO)

	Pré-test	Post-test	p=
n =	14	14	
Moyenne	33,7	35,8	0,173
< 29 (faible)	3	1	0,595
≥ 29 (bon)	11	13	

III-4.3 Actions menées par les participants pendant la formation

Actions déclarées par les participants de l'APS ONE

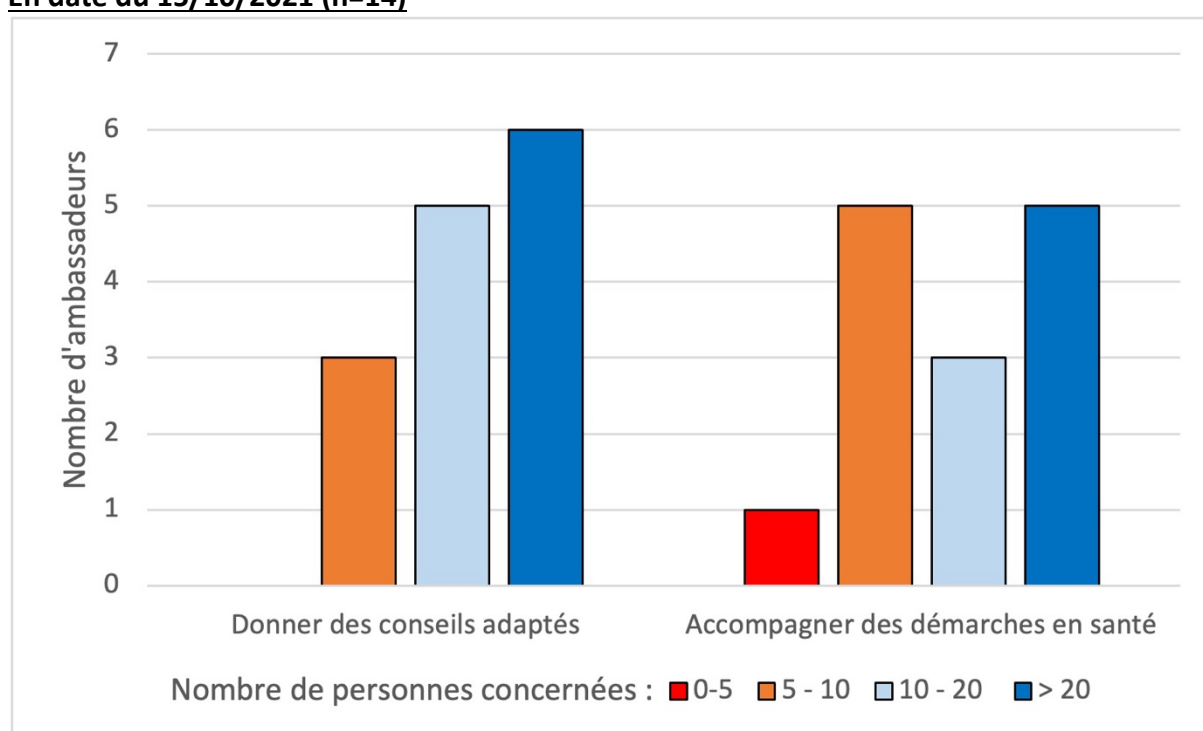
Au cours de l'APS ONE, 14 ambassadeurs ont été interrogés sur les actions qu'ils avaient réalisés à mi-année (session 7, du 15/10/2021) (fig. 4).

Par rapport aux actions de conseil déclarées par les ambassadeurs : 3 ont déclaré avoir prodigué des conseils de 5 à 10 personnes, 5 ont déclaré avoir prodigué des conseils de 10 à 20 personnes et 6 à plus de 20 personnes.

Par rapport aux actions d'accompagnement aux démarches en santé, 1 a déclaré avoir accompagné moins de 5 personnes, 5 ont déclaré avoir accompagné 5 à 10 personnes, 3 ont déclaré avoir accompagné 10 à 20 personnes, et 5 ont déclaré avoir accompagné plus de 20 personnes.

Figure 4 : actions déclarées par les ambassadeurs en cours de formation (APS ONE)

En date du 15/10/2021 (n=14)



Actions menées par les participants pendant la formation APS TWO

Lors de l'APS TWO certaines des actions menées par les participants ont été recueillies dans le cadre de leur portfolio pour discuter du développement de leurs compétences à partir de leurs actions. Il a ainsi été proposé à chaque ambassadeur individuellement de récolter des traces des actions qu'il avait mené au cours de l'année, à savoir :

- Une action de promotion de l'activité physique et découverte de la sophrologie
- Une action de promotion de la santé chez les seniors (Olympiade)
- Une action de sensibilisation et de dépistage du cancer du sein (octobre rose)
- Une action de sensibilisation au cancer du sein
- Des actions de prévention autour du cancer
- Une action de prévention en pied d'immeuble
- Une action de sensibilisation au bien être
- Une action de facilitation aux démarches des personnes en situation de vulnérabilité sociale
- Une action de sensibilisation à l'équilibre alimentaire et à l'activité physique
- Des actions de sensibilisation aux handicaps
- Une action de représentation de l'académie populaire
- Une action de sensibilisation à l'alimentation chez de jeunes sportifs

Elles ont ensuite été matérialisées sous la forme d'affiches. Ces affiches ont été exposées lors d'une session et de la cérémonie de remise des diplômes et figurent en annexe VII, page 100.

III-5 Évaluer les résultats de la formation (APS ONE)

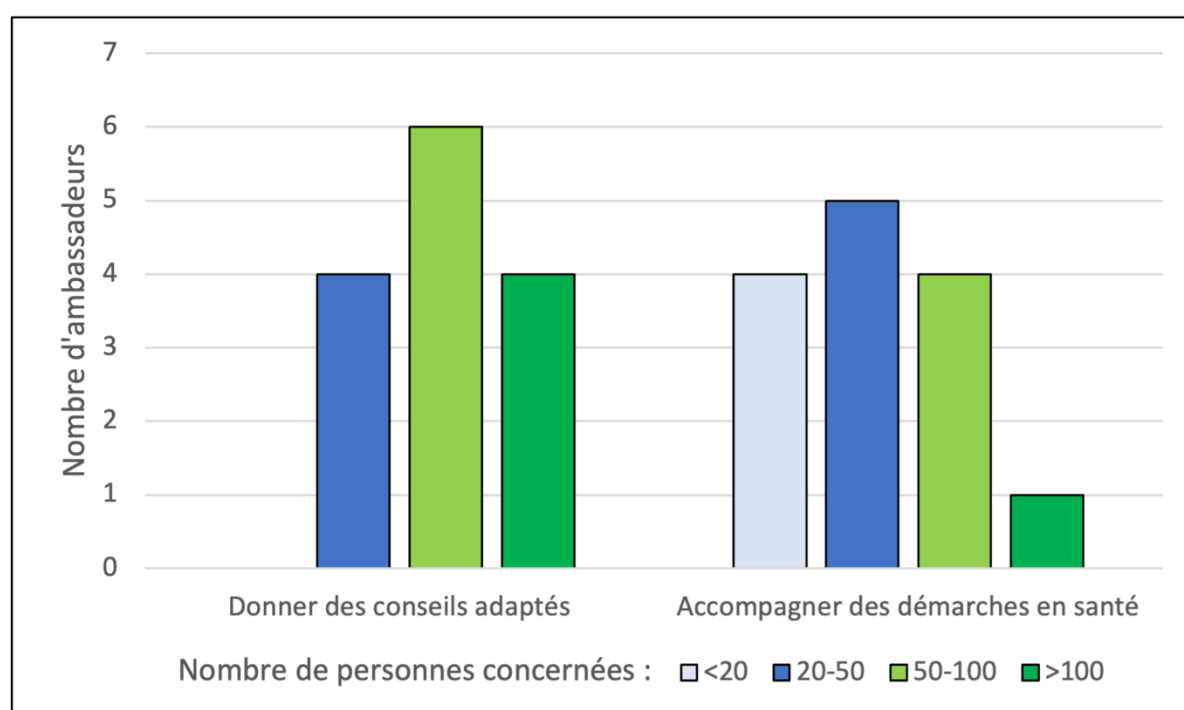
A l'issue de la formation, n =14 (47%) ambassadeurs ont répondu à un questionnaire en ligne intégrant la mesure du niveau de littératie (voir section III-3.2), des actions déclarées à distance de la formation et du maintien du sentiment de compétences dans le temps.

III-5.1 Actions déclarées à distance de la formation (n=14)

Par rapport aux actions de conseil déclarées par les ambassadeurs (fig. 5) : 4 ont déclaré avoir prodigué des conseils de 20 à 50 personnes, 6 ont déclaré avoir prodigué des conseils de 50 à 100 personnes et 4 à plus de 100 personnes.

Par rapport aux actions d'accompagnement aux démarches en santé, 4 ont déclaré avoir accompagné moins de 20 personnes, 5 ont déclaré avoir accompagné 20 à 50 personnes, 4 ont déclaré avoir accompagné 50 à 100 personnes, et 1 a déclaré avoir accompagné plus de 100 personnes.

Figure 5 : actions déclarées par les ambassadeurs à distance de la formation (APS ONE)
En date du 15/12/2022 (n=14)



III-5.2 Maintien du sentiment de compétence à distance de la formation (n=14) :

A distance de la formation, le sentiment de compétence des ambassadeurs observé est plus faible (59%) que le sentiment de compétence global moyen au cours de la formation (93%, différence non significative au test de Fisher avec $p = 0,11$) ou que le sentiment de compétence lors de la dernière formation (100%, différence significative au test de Fisher avec $p = 0,001$).

Tableau 22 : du sentiment de compétence à distance de la formation APS ONE (n=14)

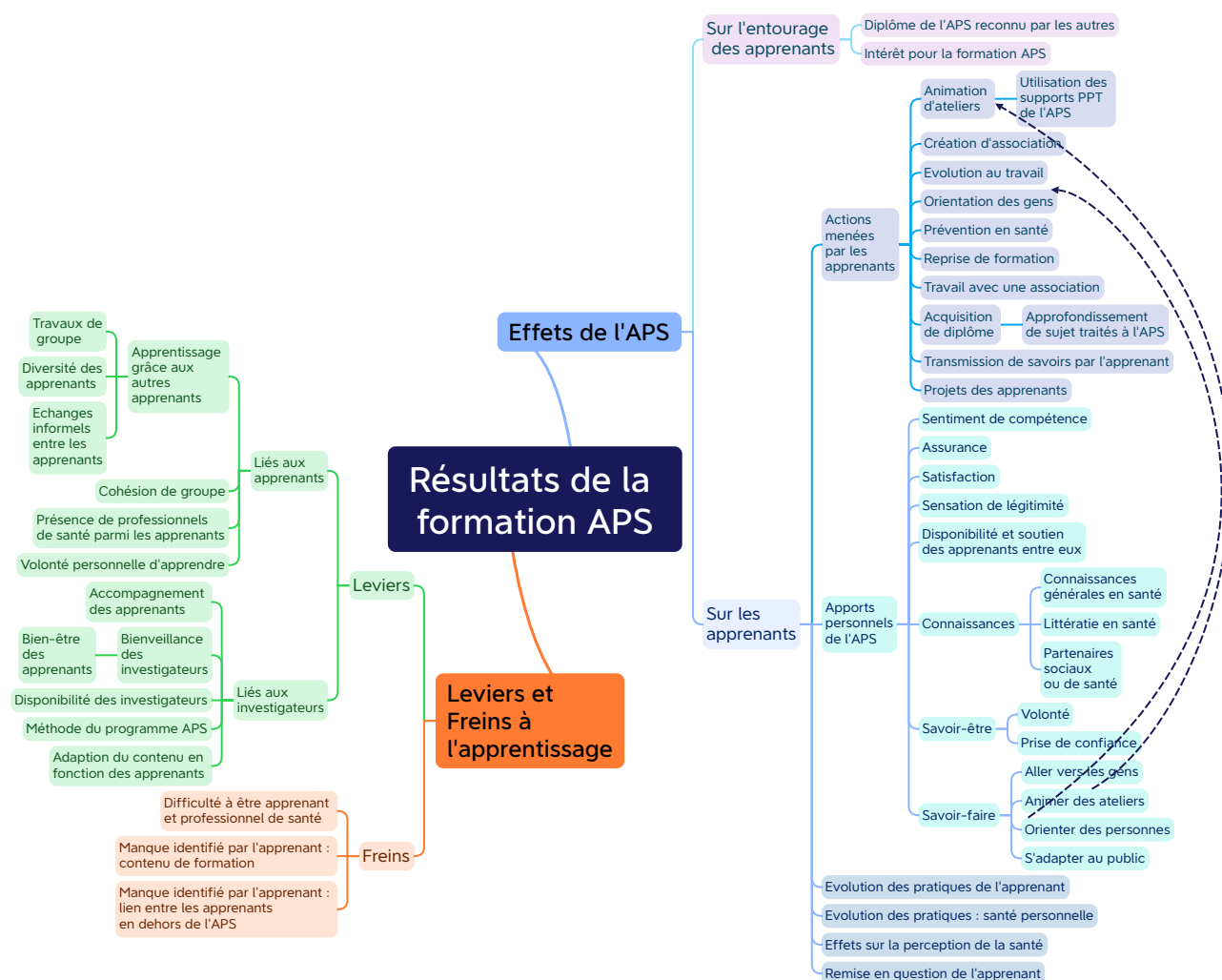
	Complètement capable et assez capable	Peu capable et pas du tout capable
Sentiment de compétence global (MOY)	8,2 (59%)	4,8 (41%)
Réaliser le diagnostic d'une situation	9 (64%)	5 (36%)
Identifier des objectifs	9 (64%)	5 (36%)
Faciliter l'accès à l'environnement en santé	9 (64%)	5 (36%)
Éduquer à la santé	8 (57%)	5 (43%)
Évaluer l'action	6 (43%)	5 (43%)

III-5.3 Apport des focus group : compréhension des apprentissages réalisés par les apprenants (APS ONE)

Six ambassadeurs ont participé, sur la base du volontariat, au focus group planifié en juillet 2022. Les sections ci-après détaillent l'analyse thématique de ce focus group, dont les résultats ont été représentés sous la forme d'une carte sémantique dans un souci de lisibilité (fig.5).

Deux thèmes émergent de l'analyse du focus group : les effets de la formation de l'Académie Populaire de Santé (APS) et les freins et leviers de cette formation identifiés par les apprenants. Parmi les effets de la formation, deux sous-thèmes ont été décrits : les effets de l'APS sur les apprenants et les effets de l'APS sur l'entourage des apprenants. Pour le 2^e thème, les sous-thèmes sont les leviers (éléments favorisant l'apprentissage) et les freins (éléments manquant ou limitant l'apprentissage) représentent les deux thèmes de cette section.

Figure 6 : thèmes et sous thèmes du focus group (n=6)



Effets de la formation de l'APS sur les apprenants

Parmi les apports personnels de l'Académie, les participants citent les connaissances, que ce soient des connaissances générales de santé, sur la littératie en santé ou sur la pédagogie :

« J'ai pris beaucoup de choses sur le sujet, j'ai pris beaucoup de renseignements » (P3)

« Depuis que j'ai commencé la formation j'ai écouté j'ai appris beaucoup de choses » (P6)

Les participants décrivent également avoir gagné en volonté et en confiance :

« Mais après cette formation, j'ai pris la confiance » (P2)

Concernant le savoir-faire, les participants mentionnent le fait d'aller vers les gens et d'animer des ateliers grâce à la formation :

« Je fais que d'aller vers » (P4)

« En terme notamment d'animations, d'aller vers » (P1)

Ils mentionnent également l'orientation des personnes et le fait de s'adapter au public. L'APS leur a également apporté sur le plan personnel : assurance, sentiment de compétence ou de légitimité :

« Et surtout je me sens comme tu disais beaucoup plus légitime » (P7)

Mais également une remise en question de soi :

« Ça fait une remise en question parce que la voisine ne pense pas la même chose » (P5)

Quatre participants soulignent leur satisfaction :

« Ça me fait vraiment un grand plaisir et c'est grâce à l'académie » (P6)

« J'étais vraiment contente parce que ça m'aide beaucoup pour avancer » (P3)

Parmi les autres effets de la formation de l'APS sur les apprenants, on note une évolution des pratiques en santé, qu'elles soient professionnelles ou personnelles :

« Maintenant je fais des visites à domicile » (P5)

« D'un coup je suis partie me vacciner » (P6)

« Moi je pense que j'ai moins hésité [à consulter et à se faire opérer suite à un problème de santé] » (P4)

Effets de la formation de l'APS sur l'entourage des apprenants

Concernant les effets sur l'entourage des apprenants, ces derniers mentionnent le partage d'informations sur l'APS et l'intérêt que cela a pu susciter chez leurs proches :

« J'ai tellement vanté l'académie que finalement elles ont postulé » (P7)

« Il y a beaucoup d'entre elles qui veulent participer à l'académie pour savoir tous ces renseignements » (P3)

Un autre participant mentionne la reconnaissance de la formation de l'APS par le public avec lequel il exerce :

« J'ai clairement l'impression que mon diplôme d'ambassadeur de la santé a vraiment un impact, c'est vraiment quelque chose en plus » (P5)

Leviers (éléments favorables à l'apprentissage)

Parmi les éléments favorables liés aux apprenants identifiés, le fait d'apprendre les uns des autres revient fréquemment :

« Au fur et à mesure qu'on avançait je me disais tiens elle m'apporte ça, puis je sentais que je lui apportais quelque chose » (P7)

« Chacun apporte sa connaissance » (P4)

« J'ai pu apprendre de mes camarades » (P5)

En lien avec cette notion, ils mentionnent d'autres éléments comme les travaux de groupe, ainsi que les échanges informels entre apprenants :

« Pour moi c'est le travail en groupe » (P3)

« On discutait beaucoup du coup voilà je pense qu'effectivement ça aidait à comprendre beaucoup de choses » (P6)

La diversité des apprenants est également mentionnée à plusieurs reprises :

« Cette différence de personnalité, cette différence culturelle faisait qu'en fait on prenait d'un tel, on prenait d'un tel » (P7)

« C'est un des aspects qui m'a beaucoup beaucoup apporté dans la façon dont j'ai envisagé l'académie c'est que en fait on se retrouvait tous là en tant qu'apprenti ambassadeur alors qu'on avait effectivement des profils très très divers » (P4)

La présence de professionnels de santé et du secteur médico-social est citée par une des participantes :

« J'ai beaucoup apprécié aussi le fait qu'il y ait des professionnels » (P7)

Tout comme la volonté d'apprendre citée une fois :

« Moi je suis tout le temps dans une lancée, j'ai envie d'apprendre » (P5)

D'autres leviers sont liés aux investigateurs du projet et à la formation en elle-même. Ainsi, des apprenants évoquent l'accompagnement :

« L'accompagnement qu'on a eu a franchement été génial » (P5)

Ainsi que la bienveillance des investigateurs et leur disponibilité :

« Et voilà, ta bienveillance, celle de tout le monde » (P7)

« Parce qu'on avait toujours quelqu'un derrière qui on pouvait, sur qui on pouvait s'appuyer pour nous donner un peu plus d'informations » (P5)

Une participante cite également la méthode pédagogique utilisée dans l'académie :

« C'est la méthodologie qui m'a beaucoup plus » (P2)

Et une autre aborde la réadaptation du contenu :

« Moi j'avais l'impression que vous, qu'il y avait une réadaptation qui se faisait pour être au plus juste avec le groupe » (P7)

Freins (éléments limitant l'apprentissage)

Deux freins sont mis en avant par un participant : tout d'abord la difficulté d'être simultanément apprenant à l'académie et professionnel de santé :

« Mais ce qui a été le plus compliqué pour les professionnels c'est qu'on avait un double travail, c'est soit je viens comme un professionnel et je donne ma science ou soit on se met en retrait et se mettre en retrait c'est compliqué d'arriver à faire le travail d'apprentissage et d'être en retrait en même temps » (P5)

Il évoque ensuite le manque de lien entre les apprenants en dehors de l'académie :

« C'est un peu particulier de se tenir au courant alors ça ce serait peut-être un truc à remédier, ce serait qu'on soit plus en lien » (P5)

Une autre apprenante, quant à elle, mentionne un manque vis-à-vis du contenu de la formation :

« J'aurais bien aimé avoir une séance de comment dire, d'art oratoire » (P7)

III-6 Devenir des ambassadeurs

A l'issue de l'APS1, n=21 ambassadeurs ont été diplômés. 5 se sont réengagés dans un cycle d'étude, à savoir : diplôme universitaire de médiateur en santé (n=1) de l'USPN, diplôme universitaire de Promotion de la santé (n=2) de l'USPN ou certificat d'étude professionnel gardien d'immeuble (n=1). 2 ambassadeurs ont changé de poste ou ont entamé une reconversion, ce qu'ils estiment être une conséquence de la formation.

A l'issue de l'APS2, n=21 ambassadeurs ont été diplômés. 1 s'est réengagé dans un cycle d'étude (diplôme universitaire de médiateur en santé) à l'USPN, 2 ambassadeurs ont changé de poste et 2 ont exprimé un souhait de reconversion, ce qu'ils estiment être une conséquence de la formation.

III-7 Synthèse des résultats

Dans les parties précédentes, les résultats de cette recherche évaluative ont été présentés de manière segmentée pour chacun des niveaux de l'évaluation de programme (Kirkpatrick, 1996). La présente section se propose d'en faire la synthèse en soulignant les éléments saillants.

Pour le niveau de « réaction des participants » :

- Pour l'APS ONE, 53% des participants étaient présents en moyenne (respectivement 63% pour l'APS TWO). On observe pour l'APS TWO une diminution significative avec environ 50% de présents sur les 4 dernières sessions.
- La satisfaction est globalement élevée pour l'APS ONE et l'APS TWO quels que soient les critères, à l'exception :
 - en APS ONE en lien avec la durée ou les conditions matérielles qui baisse ponctuellement au cours de l'année (avec 65% de satisfaits ou très satisfaits au minimum).
 - en APS TWO, en lien avec l'analyse de pratique qui augmente au cours de l'année et en lien avec la transférabilité des apprentissages qui baisse ponctuellement au cours de l'année (avec 67% de satisfaits ou très satisfaits au minimum).

Pour le niveau des « apprentissages des participants » :

- Pour l'APS ONE, le score moyen de littératie des participants progresse de la catégorie « problématique » à « suffisant » sans que la différence de moyenne ne soit statistiquement significative.
- Pour l'APS TWO, le score moyen de littératie des participants progresse de la catégorie « problématique » à « suffisant » avec une différence de moyenne statistiquement significative.
- Les conceptions des participants relatives à l'engagement des personnes en santé évoluent.
 - L'organisation des cartes conceptuelles évolue de CC1 à CC2 en termes d'organisation, ce qui montre une meilleure compréhension du sujet.
 - Les conceptions sont davantage contextualisées à l'expérience, la pratique des ambassadeurs et les actions qu'ils mènent (n=5/18 en CC1 et n=6/11 en CC2).
 - Néanmoins l'engagement est conçu comme un phénomène individuel (voire collectif) d'action pour la santé à destination de soi ou des autres, ce qui n'évolue pas en fin de formation (CC2).
 - L'engagement relève d'un changement d'attitude de la part des ambassadeurs, pouvant être perçu comme un devoir. Un lien avec la notion de « transformation personnelle » (2/11) apparaît en CC2.

- En CC1, l'engagement est mis en lien avec la notion de littératie en santé et de choix pour la santé des personnes et des populations (n=5/18). L'engagement est contributif d'un processus d'*empowerment* (n=4/18)
- En CC2, l'engagement est mis en lien avec les notions abordées dans la formation de littératie en santé (n=8/11) et de choix pour la santé des personnes et des populations, avec les inégalités sociales de santé (n=5/11).

Pour le niveau de « compétences et transfert des apprentissages :

- Pour l'APS ONE, le sentiment de compétence global est haut tout au long de la formation.
- Pour l'APS TWO, le sentiment de compétence progresse significativement au cours de la formation pour les 2 compétences. Le sentiment de compétence en lien avec leurs critères qualités, composantes essentielles à l'action est relativement haut en fin de formation, à noter :
 - pour « Faciliter en mobilisant efficacement les ressources internes et externes disponibles » une progression significative au long de la formation ;
 - pour « Faciliter en mobilisant des techniques communicationnelles adaptées » une baisse significative ponctuelle en cours d'année ;
 - pour « Éduquer en tenant compte des besoins pédagogiques des personnes ou groupes de personnes concernées » une progression significative au cours de la formation.
- Pour l'APS TWO, le sentiment d'auto-efficacité généralisé progresse de manière significative en moyenne mais pas en termes de distribution entre les catégories (il est majoritairement « bon » en début comme en fin de formation).
- En APS ONE comme en APS TWO ambassadeurs ont mené une variété d'actions individuelles ou collectives, comme en attestent les questionnaires et les portfolios (APS TWO).

Pour le niveau « résultats » (APS ONE) :

- A distance de la formation, les ambassadeurs ont mené une variété d'actions individuelles ou collectives.
- Concernant les effets de leurs actions sur leur entourage, les ambassadeurs décrivent principalement un partage d'informations sur l'APS et la reconnaissance de cette formation.
- Le sentiment de compétence à distance de la formation est plus faible qu'en fin de formation (différence significative) mais reste haut : les ambassadeurs se déclarent « capable ou tout à fait capable » :
 - (à 64%) de réaliser le diagnostic d'une situation, d'identifier des objectifs, de faciliter l'accès à l'environnement en santé ;
 - (à 57%) d'éduquer à la santé ;
 - (à 43%) d'évaluer leur action.

- Le focus group révèle également un sentiment de compétence haut avec des apprentissages rapportés comme significatifs pour les ambassadeurs, en termes de connaissances (générales en santé, sur la littératie en santé ou la pédagogie), de motivation, légitimité et de savoir-faire pratique.
 - les apprentissages mentionnés en lien avec un changement de pratique sont : aller vers les gens, animer des ateliers, orienter des personnes, s'adapter au public ;
 - ces apprentissages sont mis en lien avec les actions réalisées par les ambassadeurs : création d'une association, évolutions au travail, orientation des gens, prévention en santé, reprise de formation, travail avec une association, reprise d'étude ou projets personnels.

Les résultats des niveaux précédents éclairent certains aspects du processus d'apprentissage des ambassadeurs, ou des éléments qui semblent l'avoir favorisé :

- Les conceptions sur l'engagement (cartes conceptuelles) révèlent un processus d'apprentissage qui semble en lien, pour les ambassadeurs, avec un changement d'attitude, pouvant être perçu comme un devoir moral. L'engagement peut être contributif d'un processus d'*empowerment*. Cette « remise en question de soi » est également rapportée dans le focus group.
- De plus, le focus group révèle des éléments rapportés comme favorables à l'apprentissage :
 - le travail de groupe, les échanges entre les participant et leur diversité de profils ;
 - la présence d'intervenants en pluriprofessionnalité ;
 - l'accompagnement formel au cours de la formation APS (dont la méthode pédagogique et son adaptation permanente aux apprenants), ainsi que l'accompagnement informel (entendu comme l'ensemble des actions visant à offrir, aux côtés des temps de formation formalisés, l'appui et les ressources dont les apprenants ont besoin) et la qualité attribuée aux accompagnateurs par les participants.

IV. LIMITES ET DISCUSSION

La présente étude avait pour objectif de **comprendre et décrire les effets des 2 premières années de l'APS (APS ONE et APS TWO)**. Le présent chapitre expose les limites de la recherche, puis la discussion. Pour cela, les résultats sont discutés au regard des caractéristiques du dispositif pédagogique de l'APS. Cela permet d'aborder la fonction d'ambassadeur dans une perspective transformative. Enfin, la discussion porte sur le parcours de l'APS en tant que parcours de formation par et à la promotion de la santé mais également selon une approche de lutte contre les injustices épistémiques et promoteur de justice épistémique.

IV-1 Limites de la recherche

La première limite de la présente recherche peut être liée à un biais de sélection : la participation à la formation et aux activités de recherche a reposé sur le volontariat. Aussi, seules des personnes déjà engagées ont participé au dispositif. D'autre part, la différences des groupes pré-post (due à la non-participation) a pu entraîner un biais d'attrition. Nous avons tenté de limiter ce biais en analysant lorsque cela était possible l'homogénéité des réponses au sein des groupes.

La seconde limite de la présente recherche peut être attribuée à un biais de mesure dû au caractère déclaratif des données recueillies. **Les données des questionnaires** reposent sur une auto-évaluation. Cela peut engendrer un biais de réponse dès lors que le répondant ne comprend pas parfaitement l'intitulé ou s'il existe un écart entre le déclaré et le réalisé. La mise à disposition d'un accompagnement a visé à limiter le biais, ainsi que l'entraînement des participants (répétition des mesures). **Au cours du recueil de données qualitatives** (cartes conceptuelles et focus group), un biais de subjectivité ou de désirabilité sociale (Butori & Parguel, 2010) a pu intervenir. **Pour la technique du focus group** qui est une modalité collective, ne peut être exclu un effet de soumission au groupe, c'est-à-dire l'inter-influence des réponses entre les participants. **Toujours lors du recueil de ces données qualitatives**, les participants étaient sollicités sur des faits passés, pouvant induire un biais de rappel. Les chercheurs ont été systématiquement formés avant chaque mode de recueil afin de limiter ces biais dû à l'opérateur.

La troisième limite est en lien avec l'analyse des données de l'APS ONE. Plusieurs données ont été manquantes : données sur la satisfaction (relatives à la session de novembre), sur le sentiment de compétence (relatives aux sessions de juin et de novembre). De plus, les indicateurs utilisés n'étaient pas homogènes entre les questionnaires, ce qui a pu engendrer des difficultés lors de l'analyse et plusieurs données n'ont pas pu être exploitées. En conséquence, les questionnaires ont été révisés pour éviter ce biais lors de l'APS TWO. Une autre limite est le faible nombre de répondants qui limite la portée de l'analyse statistique.

Enfin, une limite en lien avec l'analyse peut être induite par la position du LEPS UR3412 en tant que promoteur et évaluateur du projet. Pour limiter les biais liés à l'analyse, les données ont été traitées par plusieurs chercheurs-évaluateurs. Pour les données quantitatives, cela a consisté en une relecture systématique des données et de leur traitement statistique. Pour les données qualitatives, cela a consisté en un co-codage systématique des données (cartes conceptuelles) et l'analyse par un chercheur du laboratoire extérieur à l'étude (focus group).

IV-2 Discussion : les effets de l'APS

Les résultats ont montré une bonne réaction des apprenants à la formation (assiduité et satisfaction), des phénomènes d'apprentissage chez les ambassadeurs (progression de la littératie, évolution des conceptions en faveur de la promotion de la santé), le développement de compétences (progression du sentiment de compétences) et le transfert des apprentissages pendant et à distance de la formation (actions menées par les ambassadeurs). Les résultats ont également permis d'explorer les éléments du dispositif de formation ayant participé à ces apprentissages.

Dans la mesure où cette recherche évaluative s'inscrit dans un paradigme compréhensif (Paillé et Mucchielli, 2005), des recherches ultérieures seront nécessaires pour déterminer plus finement les mécanismes d'apprentissage à l'œuvre. Néanmoins, la présente section se propose de discuter les conditions rendues favorables à la transformation des personnes formés par le présent dispositif de formation.

Créer un environnement favorable à l'expression des savoirs par la co-construction des rencontres

La co-construction a été mise en avant par les ambassadeurs dans le focus group comme élément favorisant leur apprentissage. Elle se matérialise par différentes modalités. Tout d'abord, lors de la planification de la formation, les ambassadeurs sont amenés à choisir en collectif les thématiques qui seront abordées durant l'année. En amont de chaque rencontre, les attentes des ambassadeurs sont précisées de manière à ajuster l'organisation et le contenu selon leurs attentes et leurs besoins (par exemple : le choix des experts, les questions sous-tendues par les thèmes). Enfin, lors de l'invitation des experts à participer aux séances, il leur est précisé le principe d'échanges en horizontalité (d'expert à expert) et les attendus participatifs. Ceci leur permet de se positionner comme une ressource au service de l'apprentissage des ambassadeurs.

Par ailleurs, ces éléments créent un environnement favorable à la communication et à la reconnaissance des expériences des ambassadeurs qui peuvent alors plus facilement s'extraire des discours dominants.

Reconnaître les connaissances antérieures pour favoriser la production de savoirs collectifs

Dans le focus group, les ambassadeurs soulignent également la méthode pédagogique de l'APS et l'adaptation du contenu permanente aux apprenants. Partant du principe que l'apprentissage se « construit » activement et de façon progressive à partir de ses connaissances actuelles sur un sujet donné (Tardif, 1997), chaque temps d'apprentissage est initié par une activité visant l'expression des connaissances individuelles des ambassadeurs, entendues comme « *produites dans des circonstances singulières et d'un point de vue particulier* » (Coulet, 2021). A partir de ces connaissances individuelles, il s'agit de viser la construction de savoirs collectifs (Engel, 2015), c'est-à-dire « *tels qu'ils sont formalisés (...)*

et/ou utilisés à titre de référence par des collectifs (...) ils renvoient à une dimension sociale forte où négociation et accord interindividuel, même tacites, s'avèrent incontournables » (Coulet, 2021). Pour cela, les techniques pédagogiques invitent à la réflexion individuelle, l'expression de chacun puis la mise en commun des connaissances (des ambassadeurs et des experts). Ces techniques, renforcées par le portfolio soutiennent la mise en récit par les ambassadeurs. Cela vise à accorder de l'importance au point de vue des ambassadeurs et à leur témoignage à propos de chacun des sujets.

La possibilité de se regrouper entre ambassadeurs permet d'échanger et de construire un savoir collectif, situé et fondé sur l'esprit critique comme ce qui a été décrit par Gross et Gagnayre (2017). C'est ainsi que l'APS crée un espace de parole permanent qui permet, comme cela a été décrit ailleurs (Godrie & Dos Santos, 2017), la validation du vécu par le groupe.

Mettre en avant l'intersectorialité pour diversifier les espaces d'expression

Dans le focus group, l'intersectorialité a été mise en avant par les ambassadeurs, qui correspond à la pluriprofessionnalité des acteurs et l'accompagnement au cours de l'APS. Cette intersectorialité renvoie aux « *actions entreprises par d'autres secteurs que celui de la santé, en collaboration ou pas avec le secteur de la santé, qui visent des résultats de santé ou d'équité en santé ou ciblent des déterminants de la santé ou de l'équité en santé* » ((Jobyn et al., 2017), d'après (Leppo et al., 2013)). Dans le cas de l'APS, l'intersectorialité est caractérisée par l'intervention et la collaboration d'acteurs de différents champs, à différents moments du parcours de formation. Chaque intervenant a ses spécificités. En cela, l'intersectorialité autorise la multiplicité des regards et des connaissances ainsi que leur expression. Elle permet aussi une interaction singulière entre les intervenants et les ambassadeurs. Nous avons ainsi pu constater que les ambassadeurs ne se livrent pas de la même manière en fonction du type d'intervenant (soignant, représentant d'une association d'utilisateurs...). L'intersectorialité aide à créer des espaces où chacun peut s'exprimer, être écouté et parler de ses expériences.

Favoriser le développement de ressources internes

Les résultats des questionnaires, des cartes conceptuelles et du focus group ont montré un apprentissage des ambassadeurs qui traduit un développement des ressources internes. Les ressources internes visées par l'APS sont tout d'abord des ressources cognitives en lien avec les connaissances et savoirs « *pour donner sens aux situations dans lesquelles ils se trouvent* » (Avenier, 2011). L'APS se situant dans une perspective constructiviste pragmatique, la formation est considérée comme le lieu permettant de solliciter les ressources internes existantes, et de les enrichir en faisant le lien avec de nouvelles ressources et connaissances. L'apport de ces ressources permet aux ambassadeurs d'acquérir le vocabulaire en lien avec les situations qu'ils vivent, les mots appropriés pour nommer les inégalités et injustices auxquels ils sont confrontés, au sein d'un espace dédié.

Par exemple, au cours des sessions de formation une attention particulière est portée à la littératie en santé (LS) des apprenants, c'est-à-dire « *l'ensemble des conditions individuelles et environnementales pour qu'une personne comprenne et traite des informations en santé* » (Margat et al., 2017). Cela pourrait expliquer l'augmentation du niveau de la LS des participants (en pré/post formation), qui est significative pour l'APS TWO. L'objectif est aussi de viser une meilleure prise en compte de la LS par les ambassadeurs eux-mêmes. Cela se retrouve dans les cartes conceptuelles et le focus group où les ambassadeurs s'approprient ce concept et déclarent le mettre en pratique. Une recherche ultérieure serait à conduire, dans une approche environnementale, pour identifier des clés de compréhension pour qu'ils mettent en place des environnements favorables à l'expression de la LS des personnes.

En outre, l'accompagnement des ambassadeurs tout au long du parcours de formation vise à soutenir les ressources conatives qui font partie, aux côtés des ressources cognitives et affectives, des ressources internes de l'individu qui le poussent à s'engager (Carré, 2005). Pour cela, une meilleure prise en compte des processus motivationnels dans l'apprentissage pourrait être une piste d'action visant à diminuer les injustices et inégalités de santé. En pratique, il s'agit au cours de l'apprentissage de travailler conjointement avec les ambassadeurs sur les éléments de formalisation d'un projet ou l'intention de s'engager, le sentiment d'auto-efficacité et l'estime de soi. C'est ce qui peut expliquer la progression des ambassadeurs en ce qui concerne le sentiment de compétence et du sentiment d'auto-efficacité généralisé. Ceux-ci progressent au cours de la formation (APS ONE et TWO). Ces éléments sont contributifs de l'expression des ambassadeurs et vecteurs de compétence. En ce sens, le recours à l'APC et à la pédagogie par projet est un levier d'expression des apprenants (Kolmos et al., 2009). La diminution du sentiment de compétence à distance de la formation questionne quels moyens l'APS pourrait mettre en place pour maintenir les compétences des ambassadeurs, comme le préconise l'ESF (Riquet et al., 2016).

Enfin, cet accompagnement et le format des sessions de formation ont été modulés selon la réaction des ambassadeurs, par exemple lorsqu'ils indiquaient un ajustement à réaliser concernant la durée ou les conditions matérielles d'une session de formation (ce qui s'est traduit par une baisse de la satisfaction par rapport aux autres sessions).

L'ensemble des apprentissages réalisés par les ambassadeurs contribuent au bien-connaître (Godrie & Dos Santos, 2017), c'est-à-dire qu'ils bénéficient aux ambassadeurs en santé en facilitant leur propre prise de conscience des rapports sociaux inégalitaires et pour les accompagner dans des actions de lutte contre les injustices épistémiques dans le département de la SSD. Par exemple, lors de la session thématisée comme « *vivre avec un handicap* », les ambassadeurs ont cherché à répondre questions suivantes : « *Qu'entendons-nous par handicap ? Et ses différentes catégories ? Comment est considéré le handicap dans notre société ? Quelles sont les ressources qui existent sur le territoire ? Comment agir ?* » Ces questions ont fait office de trame pour élaborer les connaissances.

Favoriser la mobilisation de ressources externes

En tant que collectif, les ambassadeurs sont amenés à solliciter l'environnement et le transformer afin d'atteindre les objectifs visés. L'expression du savoir, comme la mise en œuvre de la compétence, appelle à la mobilisation d'autres ressources organisationnelles et collectives : techniques, réseaux d'acteurs, approches organisationnelles qui la composent. Il s'agit de renforcer le pouvoir d'agir des personnes via leur connaissance des procédures et de donner accès à des experts pluridisciplinaires, en tant que personnes-ressources. Dans l'exemple précédent (session thématisée comme « *vivre avec un handicap* »), la question du « *Comment agir ?* » est aussi l'occasion de discuter comment les ambassadeurs pourraient s'emparer des ressources et les mobiliser. Ceci concourt à la reconnaissance et la mise en valeur des actions portées par les ambassadeurs, comme dans une démarche d'« *aller-vers* » ou lors de la création de lieux de rencontre inclusifs. Ces éléments se retrouvent d'un point de vue déclaratif dans les cartes conceptuelles et focus group et dans les actions menées par les ambassadeurs, ce qui indique leur réappropriation.

IV-3 Former des ambassadeurs promoteurs de santé

La démarche éducative, inspirée par l'ESF, en tant que modèle pédagogique directeur de l'APS incite les ambassadeurs à être dans une approche promotrice de santé (Jabot et al., 2011; OMS, 1986) réaliste et ancrée dans la réalité quotidienne des personnes. L'APS reconnaît et s'appuie sur la capacité d'agir individuelle mais également collective des ambassadeurs. Elle se retrouve par la variété des projets et actions menées par les ambassadeurs, seuls ou à plusieurs (présentées précédemment dans les sections relatives aux niveaux « compétence et transfert » et niveau « résultat »). Certaines actions des ambassadeurs, en lien avec l'aller-vers et le fait de faciliter l'accès des personnes à leur environnement, peuvent soutenir les procédures alternatives au parcours de soin « classique » (Bogaert, 2021), ce qui répond au manque d'accès aux soins et aux soins préventifs dans le territoire (Dubost et al., 2020). De fait, ces actions vont permettre de réduire les ISTS, à l'instar de ce qui a été décrit pour les actions qui visent à lutter contre la vulnérabilité et l'éloignement du système de santé (Géry et al., 2022; Haschar-Noé & Bérault, 2019). Elles aident par ce biais à lutter contre les injustices testimoniales en conférant aux personnes des ressources pour naviguer dans leur environnement et agir à leur tour pour leur santé.

L'accent mis sur le transfert des apprentissages (Le Boterf, 2001), et l'accompagnement des ambassadeurs leur permet de mener leurs actions en étant gagnant en autonomie et en assurance. Au cours des temps réflexifs sur leurs apprentissages (portfolio), les ambassadeurs sont aidés à analyser la qualité de leurs actions au moyen des critères formulés dans les compétences (par exemple, pour la compétence de facilitation, il s'agit d'explicitier en quoi l'action a été réalisée ...en tenant compte de l'environnement bio-psycho-social ...en mobilisant efficacement les ressources internes et externes disponibles ...en tenant compte des besoins en littératie). Les ambassadeurs, par le biais de cette pratique réflexive, se mettent à distance de leurs actions et préjugés, ce qui contribue à ce que eux-mêmes mettent en lumière leurs propres injustices (Bogaert, 2021).

IV-4 De la formation à la transformation des ambassadeurs

Comme le suggèrent les résultats de cette étude (en particulier ceux des cartes conceptuelles et du focus group), les apprentissages réalisés au cours de l'APS s'inscrivent dans une dimension véritablement transformative pour les ambassadeurs, dans leur posture voire dans leur manière de se présenter à autrui. Cela pourrait être rapproché d'un phénomène de professionnalisation où s'opère le développement de l'identité professionnelle (Bélisle, 2011).

Les leviers individuel et collectif que l'APS se propose d'activer en formant des individus mérite d'être examiné au regard de sa portée éthique. Comme nous l'avons démontré, la visée promotrice véhiculée par l'APS tente d'échapper à la vision classique des actions de prévention pouvant conduire à « *responsabilisation, voire de culpabilisation de la population, en imposant des comportements qui seraient plus ou moins « bons » pour la santé* » (Persiani, 2018). Néanmoins, miser sur l'agir d'individus questionne nécessairement leur pouvoir d'agir dans un environnement contraint et, dans le cas du département de la Seine-Saint-Denis, peu capacitant (Fernagu Oudet, 2012). Une critique similaire avait déjà été formulée à l'encontre du cadre des injustices épistémiques (Anderson, 2012), dès lors qu'il se limite à des seuls éléments de justice transactionnelle, ou reposant sur le seul engagement des individus.

Se pose alors la question de la finalité transformatrice de la formation : l'APS permet-elle « simplement » de former des ambassadeurs qui vont à agir localement, en lien avec leurs perspectives et engagements initiaux (au risque de se heurter à la réalité des inégalités conduisant, à terme, à un désengagement des acteurs) ? Ou au contraire, l'APS vise-t-elle à former des ambassadeurs adoptant une posture opportuniste de modification sociale à travers la promotion (de santé et de justice épistémique) ? Nous faisons l'hypothèse que c'est dans cette deuxième perspective que s'inscrit l'APS. Au-delà de la production de connaissances et savoirs, l'APS entraîne une modification des rôles et fonctions des ambassadeurs, qui vont à leur tour questionner les modes de gouvernance (Maesschalck, 2008). Spécifiquement, la réflexivité travaillée de manière continue lors de la formation questionne la tercéisation (Lenoble & Maesschalck, 2010) que réalisent les ambassadeurs, c'est-à-dire une opération de « *déplacement par rapport à leur propre positionnement identitaire et par rapport aux identités, intérêts et enjeux qu'ils prêtent a priori à leurs partenaires. (...) Ce processus identitaire constitue une condition nécessaire de dépassement des routines permettant de faire émerger et de pérenniser une nouvelle institution* » (Xhaufclair & Pichault, 2012, p. 55). Ceci questionne également comment l'action individuelle et collective des ambassadeurs peut être mise en perspective d'actions plus structurelles à l'échelle du système (Anderson, 2012). Une des pistes peut être l'implication, matérialisée dans l'APS par l'intersectorialité, d'acteurs institutionnels pour soutenir l'action des ambassadeurs. De plus, le CD 93 occupe une posture active et capacitante dans l'accompagnement quotidien des ambassadeurs et dans la mise à disposition de ressources. La participation de l'Université est également notable, dans la coordination de la formation, par la conduite d'une recherche intervention, la mise à disposition de locaux pour la formation des ambassadeurs. De plus, la

reconnaissance du statut d'ambassadeur, par une diplomation et une équivalence universitaire, permet de valoriser les actions des ambassadeurs et favoriser leur crédibilité (Gross & Gagnayre, 2021). Un an et demi après la diplomation de la première promotion, les ambassadeurs se sont constitués en association, qui est sollicitée sur le territoire pour intervenir sur des actions de promotion de la santé.

Le soutien de l'Université est à mettre en perspective du concept de responsabilité sociale (RS) entendu comme « *l'obligation pour les facultés de médecine d'orienter la formation qu'elles donnent, les recherches qu'elles poursuivent et les services qu'elles dispensent vers les principaux problèmes de santé de la communauté, région et/ou nation qu'elles ont comme mandat de servir.* » (Boelen & Heck, 1995).

IV-5 Un dispositif de formation par et pour la promotion de la santé

Les éléments du dispositif de formation de l'APS soulignés comme significatifs par les ambassadeurs (focus group) rejoignent les principes de promotion de la santé tels que définis par la Charte d'Ottawa (OMS, 1986) à savoir :

- Augmenter les compétences individuelles ;
- Créer un environnement favorable dans une approche coconstruite en intersectorialité ;
- Renforcer l'action communautaire ;
- Réorienter les services de santé ;
- Élaborer une politique publique saine.

Augmenter les compétences individuelles

L'APS soutient le développement des aptitudes individuelles et sociales en proposant une formation qui vise le développement de compétences chez les ambassadeurs qui, à leur tour, pourront déployer une démarche d'éducation pour la santé, en accompagnant les développements des aptitudes indispensables à la vie au sein de leurs communautés. Ce faisant, l'APS permet en courage les personnes et les populations à exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et de faire des choix favorables à celle-ci.

Dans des recherches ultérieures, il s'agira de mieux comprendre l'effet de l'APS sur la littératie des ambassadeurs mais aussi celle des bénéficiaires des actions des ambassadeurs et de leur proches (par effet de halo (Albano et al. 2021))

Création un environnement favorable

La santé des personnes ne dépend pas uniquement de leurs comportements : des facteurs extérieurs l'influencent également, de manière positive ou négative. En cela, il convenait dans le cadre de l'APS d'être soucieux de créer un environnement favorable à l'apprentissage des ambassadeurs qui à leur tour seront sensibilisés à la démarche.

En cela, les ambassadeurs sont en capacité de prendre en compte les effets du milieu sur la santé dans leurs actions : conditions de vie, aménagement du territoire, système éducatif, système de santé, contexte socio-culturel, contexte économique, conditions de travail, lien social, etc.

Renforcer l'action communautaire

Comme recommandé par la Charte d'Ottawa (OMS, 1986), l'APS encourage à « *la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé* ».

Réorienter les services de santé

Par son approche interprofessionnelle et multisectorielle, l'APS soutient que la promotion de la santé est partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les institutions offrant les services, et les gouvernements.

En formant les usagers d'un territoire, elle abonde dans le sens de la promotion de la santé, au-delà des soins médicaux. L'APS contribue au plaidoyer pour une politique sanitaire multisectorielle, ainsi que le soutien des individus et des groupes dans l'expression de leurs besoins de santé et dans l'adoption de modes de vie sains.

Élaborer une politique publique saine

En inscrivant l'APS à l'ordre du jour de politiques territoriales qui ont mobilisé divers secteurs, ceci confirme que la promotion de la santé va bien au-delà des soins.

IV-6 Un dispositif pour pallier les injustices épistémiques et promouvoir la justice épistémique

Un autre cadre peut être convoqué pour comprendre les effets de l'APS, à savoir celui des injustices épistémiques. Ce cadre analytique permet d'apporter de nouveaux éléments de compréhension des inégalités (Godrie & Dos Santos, 2017; Godrie & Rivet, 2020) « *qui se manifeste[nt] dans l'accès, la reconnaissance et la production des savoirs* » (Godrie & Dos Santos, 2017). Elles apparaissent « *en tant que reflets de rapports de pouvoir structurels entre groupes sociaux et non simplement en tant que résultat d'interactions individuelles* » (Godrie, B. & Rivet, C. 2020). M. Fricker (2007) distingue les injustices épistémiques testimoniales des injustices herméneutiques. Appliquées à la santé, les personnes ayant une position sociale moins favorable seront plus à même d'être déconsidérées, de voir leurs paroles discréditées comme cela a été décrit dans le cadre de consultations médicales (Dubin et al., 2017). Il s'agit ainsi d'injustices dites testimoniales (Fricker, 2007), renvoyant à la valeur attribuée aux témoignages et à la connaissance des personnes. De même, les personnes ayant un faible niveau socio-économique sont plus à risque de vivre des injustices d'ordre herméneutique, qui se traduisent par un véritable manque de ressources individuelles, comme dans le cas de

faible de niveau de littératie (Gross & Gagnayre, 2021) ou collectives, lorsque les situations d'injustice ne sont pas reconnues ou renvoient à une ignorance de la situation d'inégalité (Godrie & Dos Santos, 2017). Dans le cas de problèmes de santé, ce type d'injustice épistémique se traduit « *par des manques d'information (puisque le patient ne les comprendra pas) ou a minima par des informations délivrées sans vrai souci pour leur intelligibilité* » (Gross & Gagnayre, 2021). Répondre à ces injustices est un véritable enjeu, contributif de la lutte contre l'aggravation des ISS.

Ainsi, au-delà de l'aspect promoteur de santé de la formation APS, celle-ci vise à lutter contre les injustices épistémiques au niveau d'un territoire, la Seine-Saint-Denis, et dans le même temps à mettre en place en son sein des stratégies pour promouvoir la justice épistémique.

L'APS concourt à lutter contre les injustices dites testimoniales (Fricker, 2007), en incarnant un espace qui favorise la co-construction des séances (en amont des rencontres), la reconnaissance des connaissances antérieures des ambassadeurs (pendant les séances) et l'intersectorialité.

De plus, les éléments pédagogiques de la formation mentionnés précédemment promeuvent les mécaniques sociales et intellectuelles des ambassadeurs pour qu'ils reconnaissent leurs expériences comme réelles et significatives. Cette étape est contributive du développement d'un apprentissage en profondeur, lui-même libérateur. En outre, l'APS soutient l'accès des ambassadeurs aux ressources nécessaires à l'apprentissage et prévient ainsi les injustices herméneutiques. Pour cela, il s'agit de favoriser l'acquisition de ressources internes et externes dont la mobilisation et la combinaison se retrouve dans le principe même de l'approche par compétences (Tardif, 2006).

V. CONCLUSION ET PERSPECTIVES DE RECHERCHE

Lutter contre les inégalités sociales de santé et les injustices épistémiques est une nécessité, en particulier dans un territoire où celles-ci se cumulent et touchent les populations les plus vulnérables. Les éducations en santé apparaissent comme un moyen d’agir avec et en se centrant sur les personnes et leurs besoins. Le programme de l’Académie Populaire de la Santé s’inscrit dans cette perspective promotrice de santé (Jabot et al., 2011; OMS, 1986) en formant des ambassadeurs à devenir à leur tour acteurs de promotion en santé et de justice épistémique. Par leur actions d’aller-vers et de faciliter l’accès des personnes à leur environnement, ils peuvent soutenir les procédures alternatives au parcours de soin « *classique* » (Bogaert, 2021), ce qui répond au manque d’accès aux soins et aux soins préventifs dans le territoire (Dubost et al., 2020).

A l’aune de ces premiers constats, se dégagent des éléments d’un modèle pédagogique, entendu comme une représentation agencant des repères pragmatiques (Avenier, 2011). Ce modèle pédagogique peut être considéré comme promoteur de santé et contribuant à une justice épistémique, et repose sur :

- Le choix d’approches pédagogiques cohérentes avec la démarche envisagée ;
- L’ancrage dans une visée pragmatique de la formation souligné par la mise en projet et le transfert des connaissances ;
- La co-construction du parcours avec les apprenants à toutes les étapes de ce dernier ;
- La reconnaissance des connaissances, savoirs et expériences des apprenants pour favoriser la construction d’un savoir collectif, par le recours aux techniques de pédagogie active et la facilitation d’échanges horizontaux avec des experts ;
- Le développement d’une posture réflexive et critique chez les apprenants par et sur l’action afin de questionner ses propres limites ; cette nouvelle posture témoigne du caractère transformatif de leurs apprentissages (Mezirow & Marsick, 1978) ;
- La mise en place d’un accompagnement permanent et selon les besoins *via* l’intersectorialité des acteurs ;
- L’évaluation constante à toutes les étapes du projet, permettant son réajustement.

C’est la pérennisation de l’académie populaire de la santé (qui entame sa troisième année d’existence) qui fera l’objet de recherches ultérieures. Il s’agira de questionner la reconnaissance des savoirs produits par les ambassadeurs à distance de la formation. Enfin seront interrogées les conditions de transférabilité d’un tel modèle.

Références

- Albano, M. G., d'Ivernois, J. F., Langlume, L., Ahouah, M., & Tribonnière, X. de la. (2021). L'effet de Halo : Quand les patients éduqués éduquent à leur tour leurs aidants. *Éducation Thérapeutique du Patient - Therapeutic Patient Education*, 13(1), Article 1. <https://doi.org/10.1051/tpe/2021010>
- Anderson, E. (2012). Epistemic Justice as a Virtue of Social Institutions. *Social Epistemology*, 26(2), 163-173. <https://doi.org/10.1080/02691728.2011.652211>
- Ausubel, D. (1978). *Educational psychology: A cognitive view*. Holt. Rinehart and Winston.
- Avenier, M.-J. (2011). Les paradigmes épistémologiques constructivistes : Post-modernisme ou pragmatisme ? *Management & Avenir*, 43(3), 372-391.
- Bardin, L. (2013). *L'analyse de contenu*. Presses Universitaires de France.
- Bélisle, M. (2011). *Perceptions de diplômés universitaires quant aux effets d'un programme professionnalisant et innovant sur leur professionnalisation en contexte de formation initiale*.
- Berthou, B., & Marchand, C. (2010). Les cartes cognitives : Quelles utilisations en soins infirmiers ? *Recherche en soins infirmiers*, N° 101(2), 29-41.
- Boelen, C., & Heck, J. (1995). *Définir et mesurer la responsabilité sociale des facultés de médecine*. Organisation mondiale de la santé.
- Bogaert, B. (2021). L'application du concept d'injustice épistémique dans le soin : Conceptualisation, limites, et perspectives. *Éthique & Santé*. <https://doi.org/10.1016/j.etiqe.2021.03.007>
- Brien, R. (1990). *Science cognitive et formation* (Presses Universitaires du Québec).
- Britten, N. (1995). Qualitative interviews in medical research. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 311(6999), 251-253. <https://doi.org/10.1136/bmj.311.6999.251>
- Butori, R., & Parguel, B. (2010). *Les biais de réponse—Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur*. 26^{ème} Congrès International de l'AFM, Le Mans-Angers.
- Carré, P. (2005). *L'apprenance*. Dunod.
- Case, B. J., Jorgensen, M. A., & Zucker, D. S. (2004). *Alignment in Educational Assessment* (Assessment Report). Pearson.
- Coulet, J.-C. (2021). Processus de genèse des connaissances et des savoirs : Implications pour le management des compétences individuelles et collectives. In L. Gastaldi, C. Krohmer, & C. Paraponaris (Éds.), *Activités et collectifs : Approches cognitives et organisationnelles* (p. 23-46). Presses universitaires de Provence. <https://doi.org/10.4000/books.pup.31145>
- Creswell, J. W. (2011). *Educational Research: Planning, Conducting, and Evaluating Quantitative and Qualitative Research*. Pearson.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2007). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. SAGE.
- Daley, B. J. (2004). Using concept maps in qualitative research. *Concept Maps: Theory, Methodology, Technology*, 7.
- d'Ivernois, J.-F., Gagnayre, R., Rodary, E., & Brun, N. (2010). Éducation des familles à « Porter Soins et Secours » : Un nouveau concept dans le champ de l'éducation en santé. *Education thérapeutique du patient - Therapeutic patient education*, 2(1), Article 1. <https://doi.org/10.1051/tpe/2010001>

- Dubin, R. E., Kaplan, A., Graves, L., & Ng, V. K. (2017). Reconnaître la stigmatisation. *Canadian Family Physician Medecin De Famille Canadien*, 63(12), 913-915.
- Dubost, C.-L., Pollak, C., & Rey, S. (2020). *Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19. État des lieux et perspectives* (N° 62; Les dossiers de la DREES, p. 40). DREES.
- Engel, P. (2015). Peut-il y avoir des savoirs collectifs ? *Cahiers philosophiques*, 142(3), 93-106.
- Fernagu Oudet, S. (2012). Chapitre 14. Favoriser un environnement « capacitant » dans les organisations. In *Apprendre au travail* (p. 201-213). Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.bourg.2012.01.0201>
- Fricker, M. (2007). *Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing* (Repr). Oxford University Press.
- Géry, Y., Hamel, E., Soleymani, D., & Bouchaud, O. (2022). Médiateur en santé : Un nouveau métier pour réduire les inégalités. *La Santé en action*, 460.
- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16(3), 354-361. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01660.x>
- Giordan, A. (1998). *Apprendre !* (Belin).
- Giordan, A., Girault, Y., & Clément, P. (1994). *Conceptions et connaissances*. Peter Lang.
- Godet, M., Marchand, C., Andrade, V. D., d'Ivernois, J.-J.-F., & Gagnayre, R. (2015). The use of concept maps in the therapeutic patient education field: Preliminary study with an analysis of the litterature. *Education Thérapeutique Du Patient - Therapeutic Patient Education*, 7(2), 20103. <https://doi.org/10.1051/tpe/2015014>
- Godrie, B., & Dos Santos, M. (2017). Présentation : Inégalités sociales, production des savoirs et de l'ignorance. *Sociologie et sociétés*, 49(1), 7-31. <https://doi.org/10.7202/1042804ar>
- Godrie, B., & Rivet, C. (2020). Inégalités épistémiques et réduction identitaire : Ce que l'entraide en santé mentale fait aux récits de la maladie. *Corps*, 18(1), 129-140. <https://doi.org/10.3917/corp1.018.0129>
- Gross, O., & Gagnayre, R. (2017). Caractéristiques des savoirs des patients et liens avec leurs pouvoirs d'action : Implication pour la formation médicale. *Revue française de pédagogie*, 201(4), 71-82.
- Gross, O., & Gagnayre, R. (2021). Diminuer les injustices épistémiques au moyen d'enseignements par et avec les patients : L'expérience pragmatiste de la faculté de médecine de Bobigny. *Canadian Journal of Bioethics / Revue canadienne de bioéthique*, 4(1), 70-78. <https://doi.org/10.7202/1077628ar>
- HAS. (2020). *Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire*. Glossaire (p. 37).
- Haschar-Noé, N., & Bérault, F. (2019). La médiation en santé : Une innovation sociale ? Obstacles, formations et besoins. *Santé Publique*, 31(1), 31-42. <https://doi.org/10.3917/spub.191.0031>
- Jabot, F., Gerhart, C., & Auclair, A. (2011). Des progrès en promotion de la santé en France ? In *Agir pour la promotion de la santé* (p. 29-50). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.cheru.2011.01.0029>
- Jobyn, L., Simard, J., & Pigeon, M. (2017). *Le soutien à l'action intersectorielle favorable à la santé : Stratégie ministérielle* (p. 36). Ministère de la santé et des services sociaux.

- Kinchin, I., Hay, D., & Adams, A. (2000). How a qualitative approach to concept map analysis can be used to aid learning by illustrating patterns of conceptual development. *Educational Research*, 1(42), 43-57.
- Kirkpatrick, D. (1996). Great Ideas Revisited : Revisiting Kirkpatrick's Four-Level Model. *Training & Development*, 50, 54-57.
- Kolmos, A., Holgaard, J., & Du, X. (2009). Chapitre 9. Transformation du curriculum : Vers un apprentissage par problèmes et par projets. In D. Bédard & J.-P. Béchar, *Innover dans l'enseignement supérieur* (p. 151). Presses Universitaires de France.
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2000). *Focus Groups : A Practical Guide for Applied Research*. SAGE.
- Le Boterf, G. (2001). *Construire les compétences individuelles et collectives* (2e éd.). Éditions d'Organisation.
- Le Moigne, J.-L. (1995). *Les épistémologies constructivistes* (1ere éd.). Que Sais-Je ?
- Leclercq, D., & Denis, B. (2005). *Méthodes de Formation et Théories de l'Apprentissage*.
- Legendre, R. (2017). *Dictionnaire actuel de l'éducation—3e édition*. Guérin, éditeur Itée.
- Lenoble, J., & Maesschalck, M. (2010). *Democracy, law and governance*. Ashgate.
- Leppo, K., Ollila, E., Peña, S., Wismar, M., & Cook, S. (2013). *Health in All Policies—Seizing opportunities, implementing policies*. Ministry of Social Affairs and Health, Finland.
- Maesschalck, M. (2008). Normes de gouvernance et enrôlement des acteurs sociaux. *Multitudes*, n° 34(3), 182-194.
- Mangeney, C., Bouscaren, N., Telle-Lamberton, M., Saunal, A., & Féron, V. (2020). *La surmortalité durant l'épidémie de covid-19 dans les départements franciliens* (p. 32). ORS Île-de-France.
- Marchand, C. (2000). *Les connaissances antérieures des patients sur leur maladie dans le contexte de leur éducation : Analyse de leur rôle, de leur nature, de leur configuration cognitive et de leur évolution, par l'utilisation de cartes conceptuelles* [Thèse de doctorat, Paris 5].
- Marchand, C., Amory-Rébérot, B., Van der Schueren Etévé, M., Proust, N., Ruelle, L., Taupin, J.-M., & Gagnayre, R. (2012). Utilité de la carte conceptuelle dans le suivi éducatif de patients au sein d'un pôle de prévention et d'éducation du patient. *Éducation Thérapeutique du Patient - Therapeutic Patient Education*, 4(1), 31-40. <https://doi.org/10.1051/tpe/2012002>
- Marchand, C., D'Ivernois, J. F., Assal, J. P., Slama, G., & Hivon, R. (2002). An analysis, using concept mapping, of diabetic patients' knowledge, before and after patient education. *Medical Teacher*, 24(1), 90-99. <https://doi.org/10.1080/01421590120091087>
- Marchand, C., & d'Ivernois, J.-F. (2004). Les cartes conceptuelles dans les formations en santé. *Pédagogie Médicale*, 5(4), 230-240. <https://doi.org/10.1051/pmed:2004031>
- Marchand, C., & Gagnayre, R. (2004). Utilisation de la carte conceptuelle auprès de formateurs en santé pour l'apprentissage de concepts pédagogiques. *Pédagogie médicale*, 5(1), 13-23. <https://doi.org/10.1051/pmed:2004002>
- Marchand, C., Poitou, C., Pinoso, C., Harry, I., Basdevant, A., & d'Ivernois, J.-F. (2009a). Using concept maps to describe the evolution in obese patients' knowledge and expectations following bariatric surgery. *Éducation Thérapeutique Du Patient - Therapeutic Patient Education*, 1(1), 49-55. <https://doi.org/10.1051/tpe/2009009>

- Marchand, C., Poitou, C., Pinosa, C., Harry, I., Basdevant, A., & d'Ivernois, J.-F. (2009b). Using concept maps to describe the evolution in obese patients' knowledge and expectations following bariatric surgery. *Éducation thérapeutique du patient - Therapeutic patient education*, 1(1), 49-55. <https://doi.org/10.1051/tpe/2009009>
- Marchand, C., Salhi, L., Le Rhun, A., Ravilly, S., Danner-Boucher, I., Gagnayre, R., & David, V. (2014). Motivations et freins à la greffe chez patients, aidants et médecins dans la mucoviscidose. *Revue des Maladies Respiratoires*, 31(3), 237-247. <https://doi.org/10.1016/j.rmr.2013.06.004>
- Margat, A., Gagnayre, R., Lombrail, P., De Andrade, V., & Azogui-Lévy, S. (2017). Interventions en littératie en santé et éducation thérapeutique : Une revue de la littérature. *Santé Publique*.
- Margat, A., Pétré, B., d'Ivernois, J.-F., Lombrail, P., Cailhol, J., & Gagnayre, R. (2020). COVID-19 : Proposition d'un modèle d'éducation d'urgence. *Éducation Thérapeutique du Patient - Therapeutic Patient Education*, 12(1), Article 1. <https://doi.org/10.1051/tpe/2020003>
- Mezirow, J., & Marsick, V. (1978). *Education for Perspective Transformation. Women's Re-entry Programs in Community Colleges*.
- Novak, J. D., Gowin, D. B., & Kahle, J. B. (1984). *Learning How to Learn* (1^{re} éd.). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139173469>
- Novak, J., & Gowin, D. (1989). *Learning how to learn* (4e ed). Cambridge University Press.
- OMS. (1948). *Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé*.
- OMS. (1986). *Promotion de la santé : Charte d'Ottawa* (WHO/EURO:1986-4044-43803-61666). Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin; Cairn.info.
- Persiani, M. (2018). Développer les aptitudes individuelles. *ADSP*, 103, 40-44.
- Potvin, L., Moquet, M.-J., & Jones, C. M. (2010). *Réduire les inégalités sociales en santé* (p. 380). INPES.
- Poumay, M., Tardif, J., & Georges, F. (2017). *Organiser la formation à partir des compétences—Un pari gagnant pour l'apprentissage dans le supérieur*. De Boeck supérieur.
- Quesnay, P., Poumay, M., & Gagnayre, R. (2022). Accompagner la mise en œuvre de l'approche par compétences dans les formations en santé : Perspectives d'une stratégie de changement pragmatique portée par un individu tercésateur dans un institut de formation en ostéopathie. *Pédagogie Médicale*, 23(1), Article 1. <https://doi.org/10.1051/pmed/2022001>
- Riquet, S., Brun, N., Frete, F., Ammirati, C., Gagnayre, R., & d'Ivernois, J.-F. (2016). L'éducation à la santé familiale, modélisation et expérimentation de nouvelles interventions éducatives à porter soins et secours : L'éducation à la santé familiale auprès d'adolescents. *Éducation Thérapeutique du Patient - Therapeutic Patient Education*, 8(2), 20107. <https://doi.org/10.1051/tpe/2016014>
- Rogers, C. (1973). Les phénomènes de groupe. In J. F. T. Bugental, *Psychologie et libération de l'homme* (p. 333-356). A. Gérard.
- Rouquette, A., Nadot, T., Labitrie, P., Van den Broucke, S., Mancini, J., Rigal, L., & Ringa, V. (2018). Validity and measurement invariance across sex, age, and education level of the French short versions of the European Health Literacy Survey Questionnaire. *PLOS ONE*, 13(12), e0208091. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208091>

- Saleh, D., Romo, L., & Camart, N. (2016). *Validation de l'échelle du sentiment d'auto-efficacité « GSE » chez des étudiants universitaires français*. 44ème Congrès annuel de TCC. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.21879.62885>
- Santé Publique France. (2020). *COVID-19 Point épidémiologique hebdomadaire du 13 août 2020* (p. 34).
- Santé Publique France. (2021a). « Aller-vers » pour promouvoir la santé des populations. *La Santé en action*, 458, 48p.
- Santé Publique France. (2021b). *Les inégalités sociales et territoriales de santé* (Dossier Thématique). Santé Publique France.
- Santé publique France. (2021). Les inégalités sociales et territoriales de santé. *Santé Publique*.
- Sørensen, K., Broucke, S. V. den, Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. [bmcpublichealth.biomedcentral.com. https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80](https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80)
- Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement*. (Montréal (QC) : Chenelière Éducation).
- Vermersch, P. (2019). *L'entretien d'explicitation* (8e éd.). ESF.
- Wheeldon, J. (2011). *Is a Picture Worth a Thousand Words? Using Mind Maps to Facilitate Participant Recall in Qualitative Research*. 14.
- Xhaufclair, V., & Pichault, F. (2012). Du Tiers à la Tercéisation : Modalités d'une fonction essentielle pour l'émergence d'une régulation à l'échelon inter-organisationnel. *Négociations*, 18(2), 43-59.
- Yvon-Divaré, A., Leclercq, D., & Marchand, C. (2017). La carte conceptuelle en séance collective d'éducation thérapeutique du patient : Quelles conditions d'utilisation et quels effets ? *Éducation Thérapeutique du Patient - Therapeutic Patient Education*, 9(1), 10103. <https://doi.org/10.1051/tpe/2017004>

Annexes

Annexe I : présentation orale au colloque « Pair-aidance : entre engagement et professionnalisation » le 25 janvier 2023

seine saint denis
LE DÉPARTEMENT

L'académie populaire de santé :
une action de promotion de la santé pour
répondre aux enjeux des ISS sur le territoire de
la Seine-Saint-Denis
avec et pour les personnes concernées

Paul Quesnay¹, Cécile Aronde¹, Anne Levasseur², Muriel Londres¹, Jean-Marie
Blanchoz², Aurore Margat¹

¹Laboratoire Educations et Promotion de la santé (UR 3412) - Bobigny (France)
²Département de la Seine-Saint-Denis - Bobigny (France)

UNIVERSITÉ PARIS NORD
LEPS Laboratoire Educations et Promotion de la santé UR 3412
UTP SMBH

1

seine saint denis
LE DÉPARTEMENT

Des difficultés sociales persistantes

- Niveau de vie le plus faible de France métropolitaine
- 32% de ménages locataires du parc social
- Taux de pauvreté le plus élevé de France métropolitaine
- Part population couverte par le RSA : 11% (5% France métropolitaine)
- 31% d'allocataires dont 50% des revenus sont des prestations CAF (22% France métropolitaine)

UNIVERSITÉ PARIS NORD
LEPS Laboratoire Educations et Promotion de la santé UR 3412
UTP SMBH

5

seine saint denis
LE DÉPARTEMENT

En préambule

Pédagogie

UNIVERSITÉ PARIS NORD
LEPS Laboratoire Educations et Promotion de la santé UR 3412
UTP SMBH

2

seine saint denis
LE DÉPARTEMENT

Une offre de soins inégale

Densité d'omnipraticiens libéraux pour 10 000 habitants en 2018

- Médecins libéraux : taux le plus faible d'IDF (6,7 praticiens pour 10 000 habitants contre 12,1 à Paris)
- Médecins spécialistes libéraux : 4 fois moins en Seine-Saint-Denis qu'à Paris.

UNIVERSITÉ PARIS NORD
LEPS Laboratoire Educations et Promotion de la santé UR 3412
UTP SMBH

6

seine saint denis
LE DÉPARTEMENT

En préambule

Quelques données en Santé de la Seine-Saint-Denis

UNIVERSITÉ PARIS NORD
LEPS Laboratoire Educations et Promotion de la santé UR 3412
UTP SMBH

3

seine saint denis
LE DÉPARTEMENT

Un état de santé globalement favorable en Île-de-France...

Figure 73. Espérance de vie à la naissance en 2014

78,2 ans Île-de-France
78,5 ans France métropolitaine
78,7 ans France métropolitaine

Source : Insee, État Civil, Estimations de population

UNIVERSITÉ PARIS NORD
LEPS Laboratoire Educations et Promotion de la santé UR 3412
UTP SMBH

7

seine saint denis
LE DÉPARTEMENT

La Seine-Saint-Denis, 1,7 million d'habitants répartis dans 40 communes

- Population en pleine croissance
- Taux de natalité le plus élevé de France
- Population jeune : 29% moins de 20 ans
- Population immigrée : 35% vs 19% en IDF

UNIVERSITÉ PARIS NORD
LEPS Laboratoire Educations et Promotion de la santé UR 3412
UTP SMBH

4

seine saint denis
LE DÉPARTEMENT

... mais avec d'importantes inégalités territoriales très marquées en SSD

- Des indicateurs sanitaires défavorables à tous les âges pour les cancers, maladies cardiovasculaires, diabète, maladies de l'appareil respiratoire, troubles mentaux, pathologies liées à l'alcool ou tabac
- Plus forte concentration des pathologies saturnisme, tuberculose, SIDA
- Taux de recours à l'IVG plus élevé
- Mortalité prématurée supérieure à la moyenne nationale et mortalité infantile élevée
- 14,7% obésité et surpoids chez les adolescents (10% IDF)
- Problèmes de santé plus fréquents chez les personnes âgées

UNIVERSITÉ PARIS NORD
LEPS Laboratoire Educations et Promotion de la santé UR 3412
UTP SMBH

8

Un territoire exposé aux nuisances et pollutions environnementales

SEINE-SAINT-DENIS
LE DÉPARTEMENT

- Des sites potentiellement pollués sont identifiés à au nord-est de la SSD
- La moitié de la population est exposée à la pollution atmosphérique
- 10 à 15% de la population exposée à des nuisances sonores d'origine routière

→ Globalement, un quart de la population de la SSD est potentiellement exposée à un cumul d'au moins trois nuisances et pollutions environnementales.

SEINE-SAINT-DENIS
LEPS Laboratoire Éducatif et Promotion de la Santé
UR 3412

UTP SMBH
Unité de Travail Pédagogique
Santé, Bien-être, Handicap

9

Construction du dispositif

APS One

Module	Contenus	Compétences
Module 1	Le territoire aux nuisances et à la pollution	Mettre en œuvre une stratégie d'information (C)
Module 2	Le handicap	Mettre en œuvre une stratégie d'information (C)
Module 3	La nutrition	Construire un guide d'entretien éducatif (C)
Module 4	Le diabète	Choisir et mettre en œuvre des techniques de médiation (C)
Module 5	Méthodologie de projet	Réaliser un diagnostic éducatif (C)
Module 6	Le diabète	Construire une action éducative (C)
Module 7	La santé sexuelle et affective	Construire une action éducative (C)
Module 8	La santé sexuelle et affective	Construire une action éducative (C)
Module 9	La santé sexuelle et affective	Construire une action éducative (C)
Module 10	La santé sexuelle et affective	Construire une action éducative (C)

Connaissances santé **Compétences pédagogiques**

SEINE-SAINT-DENIS
LEPS Laboratoire Éducatif et Promotion de la Santé
UR 3412

UTP SMBH
Unité de Travail Pédagogique
Santé, Bien-être, Handicap

13

Contexte

LEPS Laboratoire Éducatif et Promotion de la Santé
UR 3412

- Contexte territorial : la Seine-Saint-Denis (SSD)
- De fortes inégalités sociales et territoriales de santé
- Accentuées dans le contexte de la Pandémie Covid 19 (Mariette et Pitti, 2020)
- Création de l'Académie Populaire de la Santé en janvier 2021
- Un dispositif dédié à la promotion de la santé (aller vers)
- Afin d'amener une des habitant.e.s à devenir des « ambassadeur.ice.s » de santé au sein du département

Parties prenantes du projet :

Portée et organisée par : **SEINE-SAINT-DENIS** LE DÉPARTEMENT

Ingenierie pédagogique et recherche : **LEPS** Laboratoire Éducatif et Promotion de la Santé
UR 3412

Financée par : **SEINE-SAINT-DENIS** LE DÉPARTEMENT

Accompagnement à l'ingénierie de projet : **codes**

10

10

Construction du dispositif

APS two

Module	Contenus	Compétences
Module 1	Personne de santé	Mettre en œuvre une stratégie d'information (C)
Module 2	Méthodologie de projet	Mettre en œuvre une stratégie d'information (C)
Module 3	Santé et posture de projet	Structurer les différents niveaux d'ajustement (C)
Module 4	Adaptation et personnalisation	Identifier le terrain et définir un diagnostic éducatif (C)
Module 5	Méthodologie de projet	Structurer un matériel pédagogique (C)
Module 6	Santé et nutrition	Choisir des techniques et outils pour appuyer une action (C)
Module 7	Santé et nutrition	Construire un guide d'entretien pour un diagnostic éducatif (C)
Module 8	Vivre avec son handicap	Mettre en œuvre une stratégie d'information (C)
Module 9	Vivre avec son handicap	Mettre en œuvre une stratégie d'information (C)
Module 10	Vivre avec son handicap	Mettre en œuvre une stratégie d'information (C)
Module 11	Personnalité et posture enfance	Construire et évaluer une stratégie d'action à la santé (C)
Module 12	Méthodologie de projet	Construire une action éducative (C)
Module 13	Vie sexuelle et affective	Mettre en œuvre une stratégie d'information (C)
Module 14	Vie sexuelle et affective	Mettre en œuvre une stratégie d'information (C)

SEINE-SAINT-DENIS
LEPS Laboratoire Éducatif et Promotion de la Santé
UR 3412

UTP SMBH
Unité de Travail Pédagogique
Santé, Bien-être, Handicap

14

Construction du dispositif

LEPS Laboratoire Éducatif et Promotion de la Santé
UR 3412

- L'approche pédagogique choisie repose sur le socioconstructivisme (Vygotski, 1978)
- Approche promotrice de santé qui vise l'autonomie des personnes
- Renforcée par deux modèles pour la 2^{ème} session (22-23)

(Tardif 2006 ; Poumay et al, 2017)

Approche par compétences

Éducation à la santé familiale (d'Ivernois et al. 2010)

- Faciliter l'accès à l'environnement en santé
- Mettre en œuvre une éducation en santé
- Vivre avec un handicap
- Vie sexuelle et affective ...

11

11

Objectifs de la recherche conduite par le LEPS

LEPS Laboratoire Éducatif et Promotion de la Santé
UR 3412

Comprendre et décrire les effets du dispositif de l'APS pour les participants des 2 promotions

Dans le cadre de cette étude, il s'agit de comprendre et décrire les effets du dispositif sur :

- la réaction des participants
- les apprentissages des apprenants
- les compétences développées
- les résultats de la formation

15

15

Construction du dispositif

LEPS Laboratoire Éducatif et Promotion de la Santé
UR 3412

Compétences cibles : « Faciliter l'accès à l'environnement en santé » et « Éduquer à la santé »

Accompagnement CD 93

Services de formation : 4 / 20 semaines

Accompagnement : 12 / 20 semaines

Co-construction : 2 / 20 semaines

SEINE-SAINT-DENIS
LEPS Laboratoire Éducatif et Promotion de la Santé
UR 3412

UTP SMBH
Unité de Travail Pédagogique
Santé, Bien-être, Handicap

12

Méthode (1/3)

LEPS Laboratoire Éducatif et Promotion de la Santé
UR 3412

- Une évaluation de programme pré/post formation
- Approche naturaliste dont le but est d'avoir la perception la plus complète et plus fidèle d'un programme, cerner les forces et les faiblesses d'un programme de formation.
- L'évaluation est orientée vers la vérification et la découverte.

Selon le modèle Kirkpatrick (1994)

Level 1 Reaction

Level 2 Learning

Level 3 Impact

Level 4 Results

Effet de halo et actions menées à distance

Sentiment de compétence et actions menées pendant la formation

Littératie en santé et conception de l'engagement et santé

Assiduité et satisfaction

16

16

Méthode (2/3)

Population
Recrutement sur la base du volontariat des ambassadeurs et personnes impliquées dans le comité de pilotage du projet

Outils de recueils

Level 4: Results
Entretien collectif (Focus group)
Questionnaire

Level 3: Impact
Questionnaire de sentiment de compétence et auto-efficacité généralisée
Questionnaire actions mises pendant la formation
Analyse des documents

Level 2: Learning
Questionnaires HLS-EU-Q-16
Entretiens • Cartes conceptuelles : conception de l'engagement et santé

Level 1: Reaction
Questionnaires de satisfaction, Mesure de l'assiduité

17

Résultats : satisfaction des participants

• APS 1

- n=14 en moyenne
- Entre 80% et 100% des participants satisfaits et très satisfaits sur : animation, durée, échanges et conditions matérielles

• APS 2

- n=17 en moyenne
- Entre 84% et 100% des participants satisfaits et très satisfaits sur : animation, contenu, échanges et conditions matérielles, poursuite et applicabilité

21

Méthode (3/3)

Analyse des données

- Traitement par statistiques descriptives des données / questionnaires
- CC traitées conformément à la littérature (Godet et al., 2015; Marchand et al., 2009; Novak & Gowin, 1989) : écoute des enregistrements d'entretiens par un autre chercheur + co-codage des CC; analyse de l'organisation et de la nature des conceptions dont une analyse thématique (Pailié & Mucchielli, 2012) + comparaison pré/post
- Analyse thématique des entretiens (Pailié & Mucchielli, 2012)

18

Résultats : effets sur la littératie en santé des participants (OMS, 2013)

• APS 1 non significatif

• Niveaux de départ APS 1 et APS 2 comparables

• APS 2 :

HLS-EU-Q 16 Items	O1	O2	p
Moyenne	12,2	14,5	0,0054
HL insuffisant (0-9)	1	0	
HL problématique (9-12)	7	0	
HL suffisant (13-16)	6	14	0,0036

22

Résultats : caractéristiques des répondants

• APS 1

30 participants n.s.
20 habitants n.s.
10 professionnels n.s.
de la santé et du social

• APS 2

35 participants n.s.
25 habitants n.s.
10 professionnels n.s.
de la santé et du social

21 villes de départ n.s.
12 langues n.s.
17 villes de destination n.s.

21 villes de destination n.s.
12 langues n.s.
17 villes de départ n.s.

21 personnes ont un emploi, 2 personnes ne recherchent d'emploi, 2 personnes n'ont pas de réponse

21 personnes ont un emploi, 2 personnes ne recherchent d'emploi, 2 personnes n'ont pas de réponse

19

Résultats : effets sur la conception de l'engagement en santé

• APS 1

Analyse structurelle CC1

- Des niveaux de structuration variables, majoritairement en étoile et en chaîne (n=12/17)
- Des conceptions peu organisées, et une 544 faible compréhension du sujet (Kinchin et al, 2000)

Analyse structurelle CC2

- Des niveaux de structuration en réseau
- Complexification des ramifications entre les concepts : conceptualisation

23

Résultats : assiduité des participants

• APS 1

- N initial = 30
- Moyenne = 16 [5 ; 22]
- Médiane 17

• APS 2

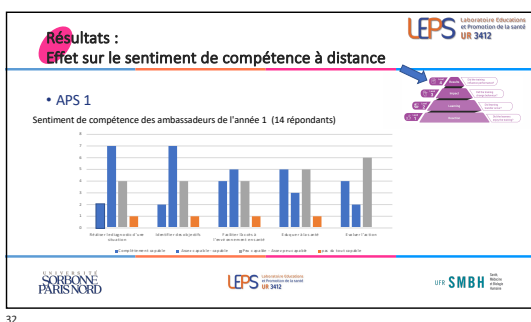
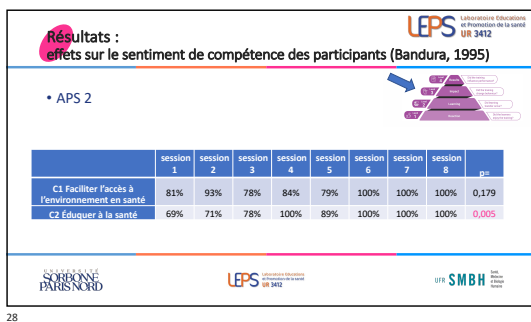
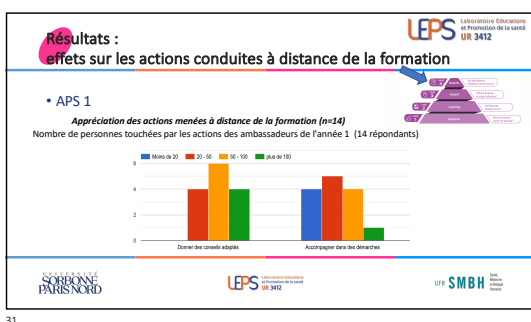
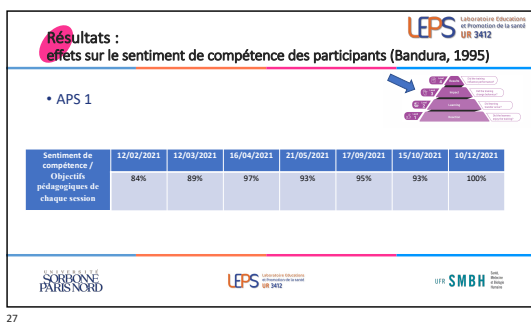
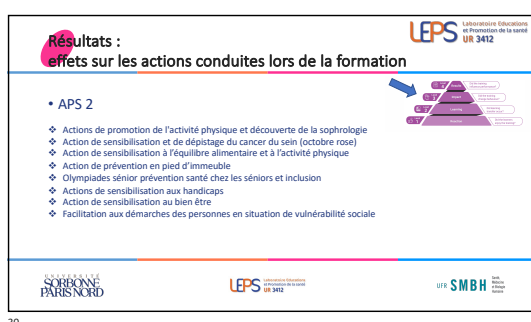
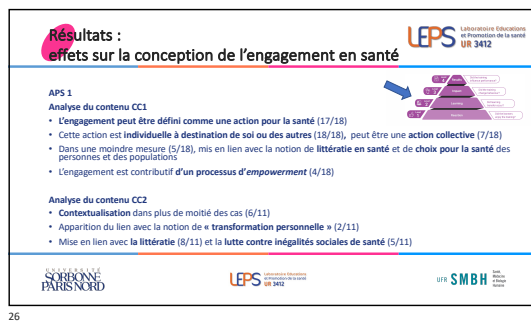
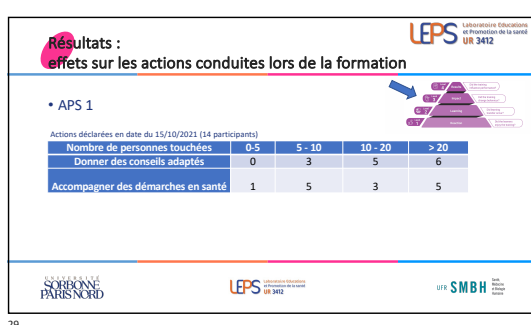
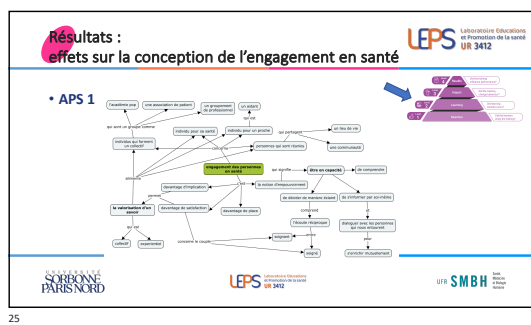
- N initial = 35
- Moyenne = 19 [13 ; 30]
- Médiane 19

20

Résultats : effets sur la conception de l'engagement en santé

• APS 1


24





Discussion de proximité

- Création d'environnements favorables dans une approche co-construite en intersectorialité
- Augmenter les compétences individuelles
- Promouvoir l'engagement

→ Charte d'Ottawa (OMS, 1986)








Effet de halo et actions menées à distance

Sentiment de compétence et actions menées contre la formation

Littératie en santé et conception de l'engagement et santé


Assiduité et satisfaction




Conclusions et perspectives

La recherche se poursuit avec 3 grands thèmes


- **Exposition au plus grand nombre :**
L'effet de halo (Albano et al. 2021)
L'enseignabilité du projet (Avenir, 2011) : quelles sont les ressources favorables au développement et à la mise en œuvre des compétences d'ambassadeur.drice.s ?
- **Effet de l'engagement sur la professionnalisation des acteurs**
- **L'académie populaire de la santé comme un possible levier des injustices épistémiques**



UNIVERSITÉ
SORBONNE
PARIS NORD



LEPS laboratoire d'éducation
et promotion de la santé
UR 3412



STF **SMBH**
Santé
Métiers
Bordeaux
Haute

34

Références (1/2)

Albano, M. G., d'Yvernois, J.-F., Langume, L., Ahouah, M., & Tribommier, X. de la (2021). L'effet de Halo : Quand les patients éduqués échouent à leur tour des études. *Education Thérapeutique du Patient - Therapeutic Patient Education*, 13(1), 10204.

Avenier, M.-J. (2011). Les paradigmes épistémologiques constructivistes : Post-modernisme ou pragmatisme ? *Management & Avenir*, 43(3), 372-391.

Bendura A. (1995) *Exercise of personal and collective efficacy in changing societies*. In A. Bandura (Ed.), *Self-efficacy in changing societies*. New York: Cambridge University Press.

Ferragu Odette, S. (2012). Conçover des environnements de travail capables / l'exemple d'un réseau réceptique d'échanges des savoirs. Formation emploi, Revue française de sciences sociales, 115 7-27. <https://doi.org/10.4000/formationsociologie.13684>

d'Yvernois, J.-F., Gagnayre, R., Rodary, E., & Brun, N. (2010). *Education des familles à Porter Soins et Secours* : Un nouveau concept dans le champ de l'éducation en santé. *Education thérapeutique du patient - Therapeutic patient education*, 2(1), 1-6. <https://doi.org/10.1051/tep/2010001>

Gross O. (2020) *L'empowerment, accroissement du pouvoir d'agir, et/ou d'éthique ? La Santé en action*. 45(3), 20-32

Goedt, M., Marchand, C., Andrade, V.-D., d'Yvernois, J.-F., & Gagnayre, R. (2015). The use of concept maps in the therapeutic patient education field: Preliminary study with an analysis of the literature. *Educational Therapeutic Du Patient - Therapeutic Patient Education*, 7(2), 10193.

<https://doi.org/10.1051/tep/2015014>

Kinchin I, Hay D, Adams A. Now a qualitative approach to concept map analysis can be used to aid learning by illustrating patterns of conceptual development. *Educ Res* 2000;1:43-57.

LEPS LEP EN PARIS SAINT-DENIS

UFR SMH UNIVERSITÉ PARIS SAINT-DENIS

36

Références (2/2)

Le Moigne, J.-L. (1995). Les épistémologies constructivistes (Ier ed). Quai Sain-J

Mariette A. (2008). Covid-19 en Seine-Saint-Denis : l'épidémie aggrave les inégalités sociales de santé. Métrapoliques (En ligne)

Marchand, C., Potluc, C., Pinsoas, C., Harry, B., Baudouant, A., & d'Armeville, J. (2009). Using concept maps to describe the evolution in these patients' knowledge and expectations following bariatric surgery. *Educational thérapeutique du patient - Therapeutic patient education*, 11(4), 49-56. <https://doi.org/10.1051/etp/200904>

Margat, A. (2019). La littératie en santé en éducation thérapeutique : la mesure d'un écart entre l'intelligibilité du système de santé et les compétences des patients. *Educational thérapeutique du patient - Therapeutic Patient Education*, 11(2), 205-209.

Nicolas, W.A. Empowerment et intervention: développement de la capacité d'agir et de la solidarité Québec: Les Presses de l'Université

Novak, J., & Gowin, D. (1989). Learning how to learn (4e éd). Cambridge University Press.

Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). Analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Armand Colin.

Poiry, M., & Tardif, J. (2017, Janv. pub). <https://doi.org/10.3917/jarso.pub.2012.01>

Poimay, M., Tardif, J., & Georges, F. (2017). L'organisation la formation à partir des compétences – Un pari gagnant pour l'apprentissage dans le supérieur. De Boeck supérieur.

Schoormans, M.-M. (2006). Expliquer, interpréter, comprendre. Le paysage épistémologique des sciences sociales. Genre : Carnets des sciences de l'éducation.

Wheelodon, L. (2013). Is a Picture Worth a Thousand Words? Using Mind Maps to Facilitate Participant Recall in Qualitative Research. *The Qualitative Report*, 16(2), 509-522. <https://doi.org/10.4678/2710-3715/2011.1068>

Annexe II : formulaire d'inscription (APS ONE)

Vous vous êtes inscrits dans le projet APS comme :

- ☐ Usager
- ☐ Professionnel du médico-social

Quelle est votre tranche d'âge ?

- ☐ 18-25 ans
- ☐ 26-35 ans
- ☐ 36-45 ans
- ☐ 46-55 ans
- ☐ 56-65 ans
- ☐ 66-75 ans

Quel est votre genre ?

- ☐ Masculin
- ☐ Féminin
- ☐ Autre ou je ne me définis pas selon un genre

Lieu d'habitation :

- ☐ Seine-Saint-Denis
- ☐ Autre

Quel est votre niveau d'étude ?

- ☐ Pas d'école /école primaire
- ☐ 3ème ou lycée
- ☐ baccalauréat
- ☐ supérieur au baccalauréat

Indiquez votre catégorie socio-professionnelle :

- ☐ Agriculteurs exploitants
- ☐ Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- ☐ Cadres et professions intellectuelles supérieures
- ☐ Professions Intermédiaires
- ☐ Employés
- ☐ Ouvriers
- ☐ Retraités
- ☐ Autres personnes sans activité professionnelle

Avez-vous ou êtes-vous engagé dans un projet associatif ou un projet communautaire (peu importe le domaine) ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, le(s)quel(s) ?

Annexe III : questionnaires de satisfaction

Questionnaire de satisfaction APS ONE (exemple du 15/10/2021)

Académie Populaire de la Santé en Seine-Saint-Denis
Fiche d'auto-évaluation – journée 15 octobre 2021



AUTO-EVALUATION DE LE JOURNEE DE FORMATION DU 15 OCTOBRE 2021

THEMES = SANTE MENTALE - ADDICTIONS

Questionnaire de satisfaction et d'acquisition perçue

▪ Nom-Prénom :

Votre degré de satisfaction

Quel est votre degré de satisfaction :

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
▪ Des apprentissages ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ De l'animation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ De la durée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Merci d'expliquer en quelques phrases vos réponses :

.....

.....

.....

.....

Questionnaire de satisfaction APS TWO :

Questionnaire de satisfaction

Date :

Le contenu en santé de la formation est applicable à ma fonction d'ambassadeur

Le temps consacré aux activités de groupe a été suffisant

L'animateur a utilisé des techniques pédagogiques favorisant mon apprentissage

L'animation de cette journée m'a incitée à poursuivre la formation

Le contenu pédagogique de la formation est applicable à ma fonction d'ambassadeur

La formation m'a permis d'analyser ma pratique d'ambassadeur

Lors des séances plénières, le temps consacré aux explications sur être ambassadeur en santé a été suffisant

Annexe IV : questionnaire Health Literacy Survey European Questionnaire (HLS-EU Q.)



Questionnaire 1

Numéro :

Date :

Merci de cocher sur une des cellules à droite la réponse que correspond à votre situation

Indiquez, sur l'échelle suivante dans quelle mesure il est très facile à très difficile pour vous de...	Très facile	Facile	Difficile	Très difficile
... trouver des informations sur les traitements des maladies qui vous concernent ?				
... savoir où obtenir l'aide d'un professionnel quand vous êtes malade ?				
... comprendre ce que vous dit votre médecin ?				
... comprendre les consignes de votre médecin ou de votre pharmacien sur la manière de prendre vos médicaments ?				
... savoir quand il serait utile d'avoir l'avis d'un autre médecin ?				
... utiliser les informations que le médecin vous donne pour prendre des décisions concernant votre maladie ?				
... suivre les consignes de votre médecin ou de votre pharmacien ?				
... trouver des informations sur comment faire en cas de problèmes psychologiques comme le stress ou la dépression ?				
... comprendre les mises en gardes concernant l'impact sur la santé de certains comportements comme fumer, ne pas faire assez d'exercices et boire trop ?				
... comprendre l'intérêt des dépistages ?				
... évaluer la fiabilité des informations disponibles dans les médias sur ce qui est dangereux pour la santé ?				
... savoir comment vous préserver des maladies à partir des informations disponibles dans les médias ?				
... vous renseigner sur les activités bénéfiques pour votre bien être psychologique ?				
... comprendre les conseils de votre famille ou de vos amis en matière de santé ?				
... comprendre les informations disponibles dans les médias pour être en meilleure santé ?				
... identifier quels sont les comportements de votre vie de tous les jours qui ont un impact sur votre santé ?				

Annexe V : questionnaires de sentiment de compétence

APS ONE : appréciation du sentiment de compétence en lien avec les objectifs de chaque session, exemple du 15/10/2021

Académie Populaire de la Santé en Seine-Saint-Denis
Fiche d'auto-évaluation – journée 15 octobre 2021



Votre niveau perçu d'acquisition en lien avec les objectifs pédagogiques de cette journée de formation

Cocher sur l'échelle votre réponse entre :

0 = pas du tout capable

5 = complètement capable

A l'issue de cette journée de formation, vous sentez-vous capable de :	0 « pas du tout capable »	1	2	3	4	5 « Complètement capable »
▪ Mener une action de prévention sur la santé mentale						
▪ Mener une action de prévention sur les addictions						
▪ Accompagner une personne ayant des problématiques de santé mentale						
▪ Accompagner une personne ayant des problématiques d'addictions						
▪ Construire et animer une session d'apprentissage						
▪ Intégrer une séquence d'évaluation dans la session d'apprentissage						

L'évaluation de votre impact sur le terrain

Depuis que vous avez rejoint l'Académie populaire de la santé, vous estimez avoir agi auprès de combien de personnes pour :

Nombre de personnes	0 – 5	5 – 10	10 – 20	+ de 20
▪ Donner des conseils adaptés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Accompagner dans des démarches de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

APS ONE : appréciation du sentiment de compétence en lien avec les objectifs de chaque session, vue d'ensemble

Session	Objectifs	impact
12/02/2021	<p>Identifier les savoirs et savoir-faires que vous possédez en lien avec le thème de l'accès aux droits / aux soins</p> <p>Identifier vos besoins en tant qu'ambassadeur en lien avec l'accès aux droits / aux soins</p> <p>Élaborer des réponses à des problématiques de terrain dans votre rôle d'ambassadeur</p> <p>Contribuer à la production d'un outil vidéo support à vos interventions de terrain</p> <p>Expliquer la « feuille de route »</p>	
12/03/2021	<p>Expliquer la définition de l'aller vers (définition, finalité, objectifs, principes, méthode)</p> <p>Concevoir les bases de l'action d'aller-vers</p> <p>Expliquer la phase de diagnostic dans la conception d'une action</p> <p>Identifier les connaissances que vous possédez en lien avec le développement de l'enfant, la santé du jeune enfant, l'aide à la parentalité</p> <p>Contribuer à la production d'un outil vidéo support à vos interventions de terrain en lien avec le développement de l'enfant, la santé du jeune enfant, l'aide à la parentalité</p> <p>Concevoir le début de votre propre action d'ambassadeur en santé</p>	
16/04/2021	<p>mettre en place des stratégies d'action lors de situations mettant en jeu la question du handicap</p> <p>distinguer une action d'information et d'éducation en santé</p> <p>identifier les temps d'une démarche éducative applicable à une situation mettant en jeu la question du handicap</p> <p>mettre en œuvre un guide d'entretien pour conduire un entretien éducatif avec une personne vivant avec un handicap</p>	
21/05/2021	<p>Echanger autour de situations rencontrées en lien avec la nutrition (alimentation et activité physique)</p> <p>Echanger avec des invités spécialistes de la nutrition pour obtenir des réponses aux questions élaborées</p> <p>Expliquer la nutrition (alimentation, activité physique, ntriscore, recommandations nutritionnelles)</p>	

	<p>Contribuer à la production d'un outil vidéo support aux interventions auprès des populations, sur le thème de la nutrition</p> <p>Rechercher et choisir les techniques et outils pédagogiques</p>	
11/06/2021	<p>Comprendre et évaluer les informations en lien avec la covid</p> <p>Mettre en place une stratégie d'action au sujet des mesures barrières et de la vaccination covid 19</p> <p>Aller vers une personne et réaliser un diagnostic éducatif au sujet du covid 19</p>	
17/09/2021	<p>Définir la maladie chronique</p> <p>Identifier les facteurs agissant sur la prévention des maladies chroniques</p> <p>Construire et mettre en place une action pour une personne atteinte d'une maladie chronique</p> <p>Définir des critères d'évaluation d'action</p>	
15/10/2021	<p>Mener une action de prévention sur la santé mentale</p> <p>Mener une action de prévention sur les addictions</p> <p>Accompagner une personne ayant des problématiques de santé mentale</p> <p>Accompagner une personne ayant des problématiques d'addiction</p> <p>Construire et animer une session d'apprentissage</p> <p>Intégrer une séquence d'évaluation dans la session d'apprentissage</p>	<p>Donner des conseils adaptés</p> <p>Accompagner dans des démarches de santé</p>
10/12/2021	<p>Identifier les facteurs de risques liés à l'environnement</p> <p>Informers tous les publics et inciter à l'adoption de comportements favorables à la santé</p> <p>Construire et animer une action de prévention sur la santé environnementale</p>	

APS TWO : questionnaires de sentiment de compétence



Numéro :

Date :

Évaluation de son sentiment de compétence

Je me sens capable de ...

Faciliter l'accès à l'environnement en santé	Pas capable	Peu capable	Capable	Tout à fait capable
1. En tenant compte de l'environnement bio-psycho-social				
2. En mobilisant efficacement les ressources internes et externes disponibles				
3. En tenant compte des besoins en littératie				
4. En mobilisant des techniques communicationnelles adaptées				

Éduquer à la santé	Pas capable	Peu capable	Capable	Tout à fait capable
1. En tenant compte de l'environnement bio-psycho-social				
2. En collaborant efficacement avec l'ensemble des acteurs concernés				
3. En tenant compte des besoins pédagogiques des personnes ou groupes de personnes concernées				
4. En adoptant une approche systémique				
5. En mobilisant les techniques pédagogiques adaptées				

Annexe VI : questionnaire de sentiment d'auto-efficacité généralisé (APS TWO)



Numéro :

Date :

Évaluation de son Auto-efficacité Généralisée

Lisez attentivement chaque phrase et encerclez le chiffre qui vous décrit le mieux.

		Pas du tout vrai	A peine vrai	Moyennement vrai	Totalement vrai
1	Je peux arriver toujours à résoudre mes difficultés si j'essaie assez fort.	1	2	3	4
2	Si quelqu'un s'oppose à moi, je peux trouver une façon pour obtenir ce que je veux.	1	2	3	4
3	C'est facile pour moi de maintenir mon attention sur mes objectifs et accomplir mes buts.	1	2	3	4
4	J'ai confiance que je peux faire face efficacement aux événements inattendus.	1	2	3	4
5	Grâce à ma débrouillardise, je sais comment faire face aux situations imprévues.	1	2	3	4
6	Je peux résoudre la plupart de mes problèmes si j'investis les efforts nécessaires.	1	2	3	4
7	Je peux rester calme lorsque je suis confronté à des difficultés car je peux me fier à mes habiletés pour faire face aux problèmes.	1	2	3	4
8	Lorsque je suis confronté à un problème, je peux habituellement trouver plusieurs solutions.	1	2	3	4
9	Si je suis "coincé", je peux habituellement penser à ce que je pourrais faire.	1	2	3	4
10	Peu importe ce qui arrive, je suis capable d'y faire face généralement.	1	2	3	4

Annexe VII : affiches réalisées avec les ambassadeurs

Alexandre – ACTIONS DE PROMOTION DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET DÉCOUVERTE DE LA SOPHROLOGIE.

"Les petites traversées"

Samedi 17 septembre
à partir de 13h45

Balade à vélo avec des pauses d'initiation à la sophrologie :



Est Ensemble
Grand Paris

Rendez-vous au jardin des méditations et des plantes médicinales pour un premier temps de rencontre, de respiration et d'ouverture à la nature.
Embarquez pour une promenade de santé digne de ce nom !
Pour la suite de la promenade, c'est à vélo que ça se passe ! Vous découvrirez les parcs haut perchés de l'Est parisien, comme le parc des Beaumont et les Vergers de l'Ilot.
Une parfaite occasion de s'activer tout en détente !

1. Traversée Vélo & Sophro (Sept. 2022)

PETITE TRAVERSEE RANDO - SOPHRO

D'un PARC à l'AUTRE

Parcours de 7kms environ à la découverte de 2 parcs urbains
Départ : 14H Bagnole, quartier Centre Sud-métro Gallieni
Parc Jean Moulin, les Guilands : entrée rue Robespierre, la Grande Traversée, la Maison du Parc, point de vue sur Paris, longer les espaces naturels. Sortie mail des chênes
Zone urbaine : quartiers de La Noue, du Centre ville, Jean Moulin Beaumont
Parc des Beaumonts : entrée rue Paul Doumer, allée de Bellevue, observatoire des Pâtres, sortie rue des Châmes
Arrivée : quartier centre ville, métro Mairie de Montreuil



Les AUXILIAIRES des AVEUGLES - section rando
<https://www.lesauxiliairesdesaveugles.asso.fr/>

La CLEF des CHAMPS - 01 48 44 92 34
1901.la.clef.des.champs@gmail.com

organisée par les Associations

2 pauses d'initiation à la sophrologie :
Reflexe détente, pour éviter les tensions inutiles et mieux respirer.
Marche en conscience, une manière de se recentrer dans l'instant présent en mettant ses cinq sens en éveil, permet de mieux se connecter à la nature environnante.



2. Traversée Rando & Sophro (Oct. 2022)

Avec trois associations : la Clef des Champs à Pantin, la Staarp à Montreuil, l'association des Auxiliaires des Aveugles à Paris, nous avons proposé deux petites traversées pour faire découvrir le parc des hauteurs au sein du territoire de Seine Saint Denis.

Le but était d'associer la pratique d'une activité physique (vélo ou la marche) et la découverte de la Sophrologie.

En tant qu'Ambassadeur de la santé, j'ai encadré les deux traversées.

A chaque fois, j'ai animé **différents temps de sensibilisation** qui ont permis d'aborder les bienfaits de l'activité physique au quotidien (les types d'usages, la fréquence, la durée, l'intensité et les bienfaits pour la santé).

Cela m'a permis **d'initier les participants à la sophrologie** par la découverte de techniques de respiration et relaxation.

Enfin, j'ai **animé des échanges** pour permettre aux participants de partager leurs retours d'expériences.



3. Participants à la traversée en randonnée

Adama - OLYMPIADES SÉNIOR PRÉVENTION SANTÉ CHEZ LES SÉNIORS ET INCLUSION



1. Voyage d'intégration en Espagne

En Seine Saint Denis, les seniors représentent environ 15 % de la population. La prévention en santé chez les seniors est un enjeu de santé publique. Je suis Adama chargé de sport santé, et ambassadeur en santé.

La crise sanitaire de la COVID 19 a touché une grande partie de notre public sénior situé sur le quartier de la rose des vents. Cela a entraîné chez nos habitant(e)s un repli sur soi avec des conséquences en lien avec l'isolement telles que : défaut de soin, déprime ou encore accroissement du besoin en accompagnement face à la perte d'autonomie.

Pour agir, le centre social via son équipe d'animateurs a décidé d'aller au contact des habitant(e)s afin de leur proposer un parcours santé constitué d'une activité marche et santé, d'un bilan personnalisé pour chacun(e). Pour rompre avec l'isolement et favoriser la pratique de l'activité physique, le centre social du quartier de la rose des vent a mis en place un ESPACE SPORT SANTÉ SÉNIORS.

Les objectifs de l'espace santé seniors sont :

- Occuper un espace dédié aux activités physiques adaptés pour le public seniors sur le territoire de la rose des vents.
- Rompre l'isolement vécu par certains habitant(e)s du quartier de la rose des vents.
- Transmettre par le sport des valeurs positives et citoyennes favorisant le vivre ensemble.
- Faire un bilan de forme individualisé pour tous les participant(e)s.



2. Jeux de mémorisation



4. Jeux d'adresse



3. Jeux d'orientation

Béatrice et Pauline - ACTION DE SENSIBILISATION ET DE DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN



1. Sensibilisation au cancer du sein à Stains



2. L'autopalpation, un moyen de dépistage

Dans cette action, nous avons **facilité l'accès à l'environnement en santé**. Les bénéficiaires du Secours Populaires Français (SPF) du Comité de Stains sont confrontés à de **grandes difficultés sociales et financières pour subvenir à leurs propres besoins primaires (santé, logement, alimentation)**.

Avec l'équipe référente de santé du SPF nous sommes allées vers une population en situation de précarité tel que le public du « Secours populaire Français » afin de les **informer sur les dépistages précoces et de la prise en charge remboursée à 100 % pour tous les soins liés au cancer du sein**. Selon la Ligue contre le Cancer, une femme sur 8 développe un cancer du sein au cours de sa vie.

Nous initiions le contact avec la population par **une approche bienveillante et ouverte**. Des **mots simples** sont utilisés afin de susciter chez eux l'intérêt du sujet et amener à un échange. Sont ensuite présenté, **un manuel sur le déroulement d'une mammographie**.

Les actions de prévention santé se sont tenues de 14H00 à 16H00 les mardi 18 et jeudi 20 octobre 2022 à Stains dans le cadre de la campagne nationale de sensibilisation au dépistage du cancer du sein appelée « **Octobre ROSE** ». Un stand matérialisé par une tonnelle et une table était installée sur le trottoir à proximité des distributions des colis alimentaires du Secours Populaire Français. Des affiches et un buste féminin ont permis d'expliquer l'autopalpation.



3. Alimentation et cancer au sein du Secours populaire



Nadia - ACTIONS DE PRÉVENTION AUTOUR DU CANCER



1. Octobre Rose avec la ligue contre le cancer

En tant qu'ambassadrice, j'ai participé à plusieurs actions :
 - Pendant le **mois d'octobre** qui est dédié à la **sensibilisation au cancer du sein**, j'ai tenu un stand avec la ligue contre le cancer dans des hôpitaux et marchés de Seine Saint Denis. Le stand était libre d'accès à tous et toutes et comportait un médecin qui sensibilisait sur l'importance du dépistage et la prise en charge précoce du cancer. Mon action était d'aller vers les personnes et de faciliter l'accès aux ressources du stand pour que les personnes puissent s'informer, comprendre leurs droits, s'orienter en fonction de leur besoin de santé. Par exemple : une femme qui reconnaît une anomalie dans la poitrine doit se faire dépister rapidement.

- La **ligue contre le cancer** et la **ville d'Aubervilliers** ont initié une journée de fête des fruits et légumes au sein d'un parc d'Aubervilliers. J'ai aidé à animer des ateliers de découverte des fruits et légumes. Les passants, enfants et adultes pouvaient toucher, goûter les fruits et les légumes. Le but était de les sensibiliser au goût et à la saisonnalité des fruits et légumes et de faire découvrir aux enfants différentes façons de cuisiner, manger les fruits et légumes.

- J'ai participé à une **séance de sensibilisation sur le cancer du côlon et colorectal** à la salle d'honneur à Bobigny avec la ligue contre le cancer. Pour informer et sensibiliser sur l'importance du dépistage de ce cancer, une vidéo permettait de visualiser les polypes à l'intérieur du côlon et leur évolution dans le temps. Si ce problème n'est pas pris en charge à temps cela peut avoir un impact négatif sur la santé des personnes. Mon rôle était de faciliter l'accès aux informations.



2. Sensibilisation au dépistage contre les cancers



3. La fête des fruits et légumes



4. Prévention sur le cancer colorectal



Siregbe, Zawadi et Lila - ACTION DE SENSIBILISATION AU CANCER DU SEIN



1. Les ambassadrices en santé



2. Technique d'auto-palpation

Le cancer du sein est le plus fréquent en France et représente la première cause de décès par cancer chez la femme. C'est pourquoi nous, en tant qu'Ambassadrices en Santé, avons jugé nécessaire d'organiser une action de sensibilisation sur le cancer du sein en mettant l'accent sur comment adopter les bons réflexes comme le dépistage, qui peut sauver des vies et surtout ne pas avoir peur d'en parler.

Pour animer les échanges nous avons utilisé le tour de table pour faire participer toutes les femmes. Les participantes traduisaient entre elles pour faciliter la compréhension.

D'abord, nous avons demandé ce qu'elles pensaient du cancer et à tour de rôle chacune a donné son avis.

Ensuite nous avons fait. Les apports suivi d'échange :

- Siregbe en charge la technique d'auto-palpation
- Zawadi la prévention du cancer
- Lila les ressources disponibles pour l'orientation à qui s'adresser (hôpitaux, associations)

Nous avons évalué notre action par le ressenti des participantes sur comment se faire dépister, s'adapter avec quelqu'un qui a un cancer, l'application des démarches à suivre. A la fin, nous avons posé une question de reformulation : à tour de rôle chacune a fait un résumé de ce qu'elle avait retenu.



3. Support de communication



4. Affiche d'invitation

Maimouna - ACTION DE PRÉVENTION EN PIED D'IMMEUBLE



1. Informer les habitants en fonction de leur besoin



2. Aller vers au pied de l'immeuble



3. Accueil santé à la Courneuve



4. Aller vers à la Courneuve

J'ai réalisé plusieurs **actions de facilitation** en tant qu'ambassadrice en santé.

L'été dernier, avec mon association Acart, j'ai réalisé des actions d'aller vers et des actions d'informations à destinations de tout public.

Par exemple les actions que j'ai réalisé sont:

- **Pieds d'immeuble** : la mairie de la Courneuve nous a contacté pour faire une action pour informer, orienter les habitants sur les activités qu'elle a mis en place tout au long de l'été. Il y avait des activités destinées aux enfants (jeux d'eau, piscine) et aux personnes qui ne partent pas en vacances pour qu'ils puissent profiter autrement de l'été.
- **Accueil santé** avec le Conseil Départemental de Seine Saint Denis dans un quartier de la Courneuve. Pour cette action, j'étais en binôme avec une médiatrice en santé pour parler de santé avec les habitants. Nous avons abordé des questions comme le médecin traitant, l'accès aux droits, le dépistage aux cancer du sein.

J'ai développé des compétences d'écoute active et d'identification des besoins des personnes.



Ounissa - ACTION DE SENSIBILISATION AU BIEN ÊTRE



1. Courneuve plage

L'association F & H a organisé une initiative intitulée « Mon bien-être au fur et à mesure des saisons malgré mon handicap ».

La promotion pour une alimentation saine est un combat mené par l'association depuis plusieurs années. En 2021, l'action a été menée deux fois à la Courneuve plage pendant l'été. L'objectif du projet est de sensibiliser aux bénéfices d'une alimentation saine. L'atelier étant ouvert à tous, l'action permet l'intégration des personnes en situation de handicap.

L'alimentation saine peut être une réponse globale à la situation de fragilité sociale, économique et sanitaire qui peut survenir dans le cadre du handicap. En effet, se préoccuper de l'alimentation peut permettre de prendre soin de la santé, de faire des économies en confectionnant soi-même les repas et enfin d'aller à la rencontre d'autres personnes dans le cadre des ateliers.

En tant qu'ambassadrice, j'ai animé l'atelier de cuisine mêlant personnes valides et non valides. Les personnes confectionnaient un plat et un dessert à partir de restes et de produits de saison et raisonnés. La dégustation était l'occasion d'échanges portant sur le goût, le temps et la facilité de préparation de ces repas par rapport à des plats préparés issus de la distribution. Les participants repartaient avec des brochures, des recettes.

Cette action est répétée depuis 6 ans ce qui permet de garder un lien et une continuité avec les personnes qui reviennent chaque année.



2. Affiche d'invitation



Zawadi - FACILITATION AUX DÉMARCHES DES PERSONNES EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ SOCIALE



1. Accueil d'une personne à la marmite

L'association **la Marmite** à Bondy est un lieu d'accueil de jour (de 10 heures à 17h30). Elle accompagne les personnes en grande vulnérabilité sociale et sanitaire en leur offrant une écoute et un soutien.

En arrivant dans cette structure, la personne est reçue à l'accueil et se fait inscrire, avant d'être dirigée vers un médiateur.

En avril 2022, j'ai **participé plusieurs reprises à l'accueil**. Par exemple, j'ai accueilli des personnes qui se sont présentées pour la permanence migration santé. Après leur inscription, je vérifie les documents (les pièces justificatives pour le dossier A.M.E selon le cas) et que les dossiers soient complets. Ensuite, je les oriente vers la médiatrice. Dans le cas où les dossiers sont incomplets, j'indique ce qui manque et je leur donne rendez-vous pour la prochaine permanence. Seulement cinq personnes sont venues avec leurs documents complets et s'il manquait une ou deux copies, je prenais un petit moment pour faire la copie.

Par la suite, j'ai **assisté aux échanges avec une médiatrice**. A chaque début d'entretien la médiatrice m'a laissé expliquer la raison de ma présence et demander si ma présence lors de ces entretiens ne dérange pas la personne.

L'échange suit plusieurs étapes :

La médiatrice pose une série de questions administratives : identité (nom, prénom), âge, situation matrimoniale, etc. Ensuite, la médiatrice demande à la personne ce qui l'amène à La Marmite, pourquoi elle est venue ici et par qui elle a été orientée.

Puis la médiatrice tente de l'aider dans ses démarches.

Par exemple, nous avons reçu une femme qui vit en France depuis 10 ans et qui a déjà bénéficié de la CMU. Depuis 2019, elle se trouve sans couverture médicale pour cause de refus de renouvellement de titre de séjour. Elle vit seule avec son fils. Je lui ai expliqué ce qu'est l'A.M.E, attribuée aux personnes en situation irrégulière qui lui permettra de bénéficier des soins médicaux pour une durée d'un an. L'importance dans cette démarche est de pouvoir démontrer une présence effective d'au moins trois mois sur le territoire.

La suite de l'entretien est poursuivi par la médiatrice, qui l'a orienté vers une autre médiatrice s'occupant de la domiciliation, et lui a communiqué les documents à fournir.

A la fin de l'entretien elle a remis la carte de la marmite à cette personne, sur laquelle figure son prénom, son numéro de bénéficiaire et celui de ses enfants s'ils sont mineurs.



Nora - ACTIONS DE SENSIBILISATION AUX HANDICAPS



1. Accueil et échanges sur le thème des handicaps



2. Arrivée au dîner

Cette action a eu lieu en décembre 2022, en partenariat avec une coordinatrice des AESH et l'association « Deux mondes et un même droit à la culture ».

Le but était de sensibiliser les adultes et enfants aux différents types de handicap.

En tant qu'ambassadrice, j'ai coordonné le diné et animé les différents temps d'animation.

Le dîner était organisé en plusieurs temps.

- Un premier temps d'échange a exploré les représentations du handicap des participants au moyen de la technique de photolangage.
- Puis j'ai expliqué le déroulé de la soirée.
- L'arrivée au dîner était masquée pour que les participants vivent le handicap visuel.
- A table, ils étaient assis par code couleur permettant la répartition en groupe pour la suite des ateliers : atelier handicap moteur (chaise roulante, paralysie d'un bras), handicap visuel (parcours d'obstacle les yeux bandés), handicap auditif (casque), dégustation à l'aveugle et sensibilisation à l'autisme.
- A la fin j'ai recueilli le ressenti des participants;

La présence de collègues pour co-animer m'a permis d'assurer le bon déroulement de l'animation, et de surmonter plusieurs difficultés (organisation, temps).



3. Dîner sensoriel

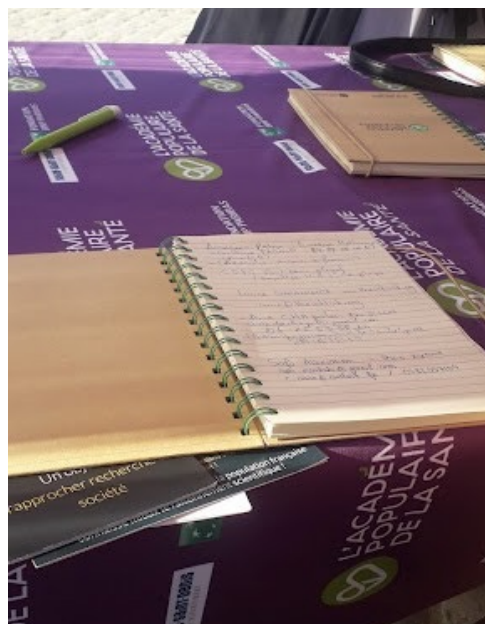


4. Atelier de sensibilisation au handicap moteur

Mohamed – AMBASSADEUR DE L'ACADEMIE POPULAIRE



1. Echanges au stand de l'académie populaire



2. Contacts d'associations recueillis

Cette action s'est déroulée au salon des associations organisé à la cité fertile le 3 septembre 2022 à la ville de Pantin. L'académie populaire de la santé a prit part à cet événement dont j'en faisais partie. L'objectif était de faire découvrir aux pantinois et pantinoises « l'académie populaire de la santé ».

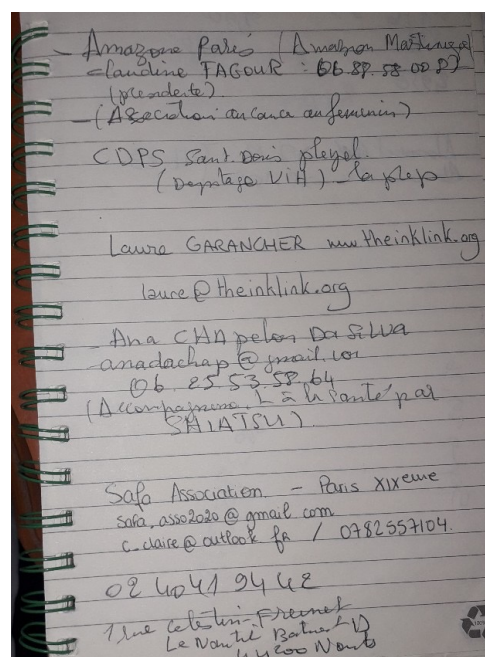
Actions réalisées :

- Présenter l'académie populaire de la santé : expliquer aux visiteurs le contexte de création de l'académie et ses objectifs
- Parler des ambassadeurs et ambassadrices, leurs rôles et leurs projets dans le département de la Seine-Saint-Denis
- Mettre en avant la promotion de la santé

Mon rôle :

Dans le stand de l'académie populaire de la santé, j'accueillais les visiteurs et visiteuses. J'expliquais l'histoire de l'académie, ses ambitions et ses projets. En tant qu'ambassadeur en formation, j'ai profité cette occasion pour mettre en action mes compétences théoriques et pratiques au profit de cette organisation départementale.

Pendant la présentation, j'ai collecté des informations et pris contact avec d'autres associations qui mènent des actions continues pour la promotion de la santé.



3. Contacts d'associations recueillis



Lila - ACTION DE SENSIBILISATION À L'ÉQUILIBRE ALIMENTAIRE ET À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE



1. Echanges autour des brochures



2. Ressources de la CPAM 93

En Mai 2022, j'ai organisé deux ateliers de sensibilisation à l'équilibre alimentaire et à l'activité physique. Le premier était destiné à des enfants de mon entourage, âgés de 7 à 9 ans, le deuxième à des adolescentes de 10 à 15 ans. J'ai choisi ces ateliers suite à une conférence (7e journée régionale sur l'obésité 2021) qui m'a fait réaliser l'importance de la sédentarité et du manque d'activité physique chez les enfants et les adolescents, aggravés par l'isolement pendant le COVID. La sédentarité peut être associée à une alimentation déséquilibrée (grignotage...).

Ces ateliers se sont déroulés en plusieurs temps :

- 1) Des Questions pour explorer leurs connaissances et idées
Exemples : C'est quoi une assiette équilibrée ? que prenez-vous aux repas ? Quels fruits, légumes, féculents connaissez-vous ?
- 2) Un échange, guidé par les différents documents de la CPAM 93 (photo 1, 2 et 3).
- 3) Des ateliers d'activité physique modérés (exercice de respiration, échauffement, jeux ludiques) ainsi que l'utilisation des appareils de remise en forme, disponibles au Parc de Dugny – la Courneuve (photo 4).
- 4) Une dégustation de fruits (pomme / banane)

L'évaluation de l'action a été réalisée au moyen questionnaire sur les activités physiques qu'elles souhaiteraient mettre en œuvre dans leur quotidien. Après l'action, une des adolescentes a changé ses pratiques car elle a demandé l'accord de ses parents pour s'inscrire à la salle de sport.



3. Prise de connaissance des brochures



4. Ateliers d'activité physique modérée



Fleurine - ACTION DE SENSIBILISATION A L'ALIMENTATION CHEZ DE JEUNES ADULTES SPORTIFS



1. Atelier cuisine

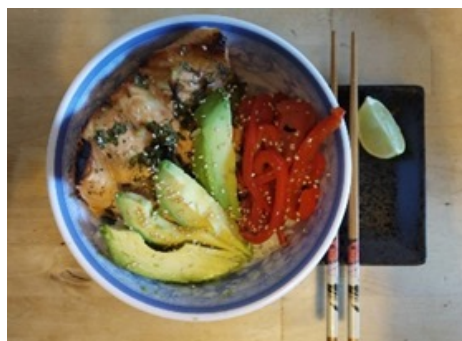
En tant d'ambassadrice, j'ai mené une action de sensibilisation sur l'alimentation auprès des jeunes adultes, concernés par la Junk Food. Il s'agissait de sportifs de plus ou moins haut niveau : foot, hand et natation. L'action s'est déroulée sur une journée, en plusieurs étapes :

- **Pour partir de leurs connaissances et habitudes** un tour de table a permis d'exprimer leurs ressentis (fatigue, crampes, performances et contre-performances, temps de récupération) lors de leurs épreuves sportives respectives et fait le lien avec ce qu'ils avaient l'habitude de mettre dans leurs assiettes avant et après leurs séances. Les échanges ont permis de conclure que la composition de leur repas jouait pour 50 % de leur performance. Il était donc primordial de savoir réunir les aliments permettant les apports nécessaires.
- **Un échange** a permis de faire des apports sur les différents groupes d'aliments et leurs intérêts (protéines, féculents, légumes, fruits et hydratation). Ensuite, ils ont pu exprimer collectivement ce que serait un « bon » repas type.
- **Cela s'est poursuivi par un atelier de cuisine** pour découvrir qu'il était possible de composer une assiette qualitative, même sans avoir des talents de chef cuisinier.

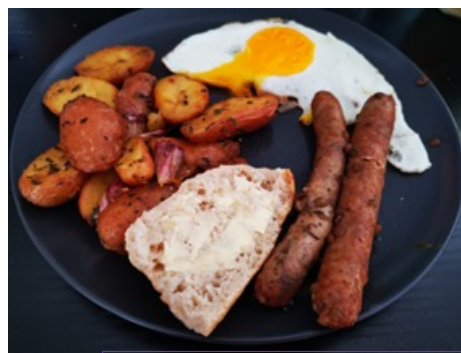
Ils ont composé un repas à partir d'une liste d'aliments et je les ai guidé dans la réalisation technique (cuisson, assaisonnement). Cela a conduit à des échanges sur la présentation de l'assiette pour motiver à cuisiner.

- **A la fin de l'atelier**, nous avons terminé par un engagement de leur part à s'impliquer dans la composition des repas pré et post épreuves. Ils semblaient constater les bienfaits de cette sensibilisation car ils m'ont demandé des menus à appliquer au quotidien. Je leur ai proposé de suivre certains profils sur Instagram et de solliciter leurs coachs respectifs.

- **Aujourd'hui**, j'ai pu constater une évolution de leurs habitudes par les photos de leurs gamelles que m'envoient régulièrement ces jeunes. Parmi eux, mon fils compose ses repas et ceux de son frère pré et post match.



2. Repas préparé lors de l'atelier



3. Repas envoyé par les jeunes



4. Composition en autonomie

Pour citer ce rapport : Quesnay P, Margat A. (2023) Effets de l'Académie Populaire de la Santé en Seine-Saint-Denis : une recherche évaluative sur la période 2021-2023 (Promotions APS ONE et APS TWO). Rapport final. Bobigny, France