Appel à projets de recherche de l'Institut de Recherche en Santé Publique
Appel à Projets Général 2017 – Volet Prévention

Rapport final

Pièces à envoyer pour le rapport final

- Le document scientifique (ce document) qui comporte les résultats de recherche ;
- Le document financier au format Excel.

Il est demandé au coordonnateur du projet, en cumulant les éléments des éventuelles équipes participantes, d'établir un rapport sur le modèle ci-dessous et de le communiquer à l'IReSP.

I. Renseignements administratifs

A. Identification du projet

Appel concerné	Appel à Projets Général 2017 – Volet Prévention
Titre du projet	DE L'EXPLORATION DU CONCEPT D'AGENTIVITE A SA PRISE EN COMPTE DANS LE DEVELOPPEMENT DES INTERVENTIONS EDUCATIVES – EXPAND
Coordonnateur du projet (organisme - laboratoire ou entité de rattachement)	Joëlle Kivits APEMAC EA 4360 Université de Lorraine

Autres équipes participantes[1] (organisme - laboratoire ou entité de rattachement)	- LEPS EA 3412, Université Sorbonne Paris Nord – Aurélie Maurice - École de Santé Publique, Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal – Katherine Frohlich
Référence convention/décision	
Période du projet (date début – date fin)	1/03/2019 au 31/12/2020 (incluant deux périodes de prolongation)
Rédacteur de ce rapport :	Joëlle Kivits / Louise Virole
téléphone	06 73 07 29 21
adresse électronique	joelle.kivits@univ-lorraine.fr
Date de rédaction du rapport	Février 2021

[1] En cas de projet multi-équipes

B. Le cas échéant, indiquer la liste des personnels recrutés dans le cadre du projet

Nom	Prénom	Niveau de recrutement / fonction	Date de recrutement	Durée du contrat (en mois)	Type de contrat (CDD, vacation …)
VIROLE	Louise	Post-doctorante	01/09/2020	16 mois	CDD

C. Donner la liste des autres personnes impliquées dans le projet

Nom	Prénom	Fonction	% de son temps consacré au projet pendant la période décrite par le rapport
MAURICE	Aurélie	Maîtresse de conférences en sciences de l'éducation	5%
MINARY	Laetitia	Chercheure en épidémiologie	5%
FROHLICH	Katherine	Professeur en promotion de la santé	<5% - comité scientifique
BOHME	Philip	Praticien Hospitalier CHU Nancy	<5% - partenaire professionnel
DEUTSCHER CAPELLA	Jean-Louis Gladys	Directeur médical MSA Chargée de prévention MSA	<5% - partenaires professionnels
LEGRAND	Pascale	Médecin – Rectorat de Strasbourg	<5% - partenaire professionnel

D. Donner la répartition des/de la discipline mobilisé.s sur le projet

Le projet proposait une démarche interdisciplinaire. Il a été conduit par deux sociologues (Joëlle Kivits et Louise Virole) et incluait des chercheurs en sciences de l'éducation, en santé publique et en promotion de la santé.
La discipline principale était donc la sociologie mais l'orientation était d'emblée inscrite dans une perspective de santé publique, incluant les sciences de l'éducation, l'épidémiologie et la promotion de la santé.

E. Donner brièvement une justification des dépenses réalisées au cours de la période décrite par le rapport

Le budget a essentiellement été alloué à la rémunération salariale de Louise Virole, postdoctorante recrutée pour le projet (37 020,05€). Les dépenses restantes ont ensuite concerné l'organisation du 1er séminaire (déplacement de la partenaire scientifique extérieure à l'établissement et frais de bouche) et le déplacement de la post-doctorante pour une journée d'étude, représentant un total de 304€. Les frais de gestion se sont élevés à 4739,40€.

F. *Le cas échéant*, indiquer les différents types d'aides complémentaires obtenues grâce à ce projet.

(*Il peut s'agir de ressources financières, ressources humaines, allocations de recherche,…)*

II. Synthèse publiable du rapport final

Contexte et objectifs du projet

Le contrat de définition EXPAND proposait une réflexion scientifique portant sur les interventions éducatives en santé, contribuant à la prévention de l'apparition des maladies chroniques. Parmi les modèles contemporains d'éducation en santé (ES), figurent entre autres l'éducation thérapeutique du patient (ETP), l'éducation pour la santé (EPS), et l'éducation à la santé familiale (ESF). Ces modèles proposent des réponses éducatives à différents moments préventifs (en amont ou en aval de la maladie), auprès de différentes populations, et dans des contextes variés. Ils ont en commun de faire du changement de comportement, l'objectif principal de leurs interventions. Les comportements à changer sont eux aussi variés : adoption d'habitudes de vie saines, acquisition de gestes d'auto-soin, recours aux soins… Cependant, qu'elles qu'en soient les formes, les stratégies éducatives restent centrées sur les dimensions individuelles du comportement et de son changement. Or, les caractéristiques culturelles, sociales, économiques des personnes et leurs milieux de vie, jouent un rôle déterminant dans les choix que peuvent faire les individus en matière de santé et de ce fait, dans la création (et le renforcement) des inégalités sociales de santé.

Une dimension essentielle à décrire dans le cas des éducations en santé est notamment le sujet bénéficiaire de l'action. Or, à notre connaissance, le vécu de l'intervention par le bénéficiaire et l'impact que l'intervention peut avoir dans son cadre de vie quotidien, ont été jusqu'alors peu explorés. Suivant la littérature récente sur les interventions complexes en santé invitant à expliciter ce qui ancre théoriquement les interventions d'une part, et à décrire et dévoiler les mécanismes d'action de telles interventions d'autres part, le projet EXPAND proposait de mieux comprendre et d'approfondir les mécanismes d'action relevant du sujet bénéficiaire de l'action éducative.

Le cadre théorique choisi était celui des théories de l'agentivité. Concept particulièrement intéressant à mobiliser dans cette perspective, l'agentivité renvoie à la possibilité pour l'individu de faire des choix et d'agir de manière plus ou moins autonome. En santé publique, le concept est mobilisé depuis une quinzaine d'années. Dans les éducations en santé, l'agentivité renvoie à la possibilité dont disposent les sujets pour agir, par exemple s'approprier, négocier, ou résister à un message éducatif ; modifier ou garder le comportement visé ; participer ou ignorer l'intervention…

L'objectif du projet EXPAND était, à partir des connaissances actuelles en sciences sociales, en santé publique, en promotion de la santé et en sciences de l'éducation, d'explorer l'agentivité dans les interventions éducatives en santé et d'en identifier les manifestations concrètes.

Le projet était porté au sein d'APEMAC par Joëlle Kivits, sociologue, en collaboration avec Laetitia Minary, épidémiologiste. Il a impliqué une postdoctorante en sociologie, Louise Virole. EXPAND s'est également réalisé grâce à la collaboration d'une part de deux partenaires scientifiques – Aurélie Maurice (LEPS EA 3412, Université Sorbonne Paris Nord) et Katherine Frohlich (École de Santé Publique, Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal) – et d'autre part deux partenaires professionnels – Philip Böhme (CHRU Nancy) et Jean-Louis Deutscher (MSA Lorraine).

Méthodologie utilisée

EXPAND se voulait un projet exploratoire, interdisciplinaire et collaboratif. Ainsi, il a rassemblé des chercheur·es de diverses disciplines scientifiques (sociologie, sciences de l'éducation, épidémiologie, promotion de la santé) et des professionnel·les investi·es dans des interventions éducatives en santé.

Trois types de recueil de données ont été organisés :

- deux séminaires de travail avec l'équipe pluridisciplinaire en juillet 2019 et en janvier 2020 afin de présenter et d'échanger sur l'avancement des travaux ;
- deux revues de littérature : narrative et systématique
- observations participantes de 13 séances d'éducation en santé (9 séances d'ETP et 4 séances d'ESF).

Principaux résultats obtenus

Résumé des résultats issus des revues de la littérature

Le premier résultat de la recherche EXPAND était de mettre en lumière les multiples acceptions du concept d'agentivité dans la littérature. Qu'entend-t-on par agentivité ? Cette notion est définie différemment selon les disciplines qui s'y intéressent. Sociologie, philosophie, psychologie cognitive, économie ou les sciences de l'éducation n'ont pas le même regard sur cette question d'agentivité. A partir de la revue narrative de la littérature, nous avons fait le choix de retenir notre propre définition de l'agentivité : ***la possibilité pour l'individu de faire des choix et d'agir de manière plus ou moins autonome, libre et critique, mais toujours en résonance avec son monde social de référence***. Dans notre définition, l'agentivité est conceptualisée au niveau de l'individu. Elle renvoie à la capacité du sujet à agir d'une manière autonome, tout en soulignant que l'agentivité et les occasions de l'exercer sont régies et construites par les structures sociales. Une fois le concept d'agentivité défini, nous nous sommes interrogées sur les critères d'évaluation de l'agentivité en situation éducative. Afin de pouvoir répondre à notre question de recherche « L'éducation à la santé favorise-t-elle l'agentivité individuelle ? », nous avons créé une grille d'indicateurs permettant de déterminer si un le choix des bénéficiaires est fait de manière « autonome, libre et critique ». Cinq indicateurs ont été retenus :

1. La capacité de choix
2. La liberté de choix
3. La conscience du choix
4. Le type de choix
5. L'impact du choix

En appliquant ces cinq indicateurs à nos observations de séances éducatives, nous avons pu mettre en lumière les formes d'agentivité des bénéficiaires en situation éducative. Nous avons comparé nos résultats entre les deux types de dispositifs d'éducation en santé observés : l'éducation thérapeutique (ETP) et l'éducation en santé familiale (ESF).

Les résultats de notre double revue de littérature nous ont permis de mettre en lumière un paradoxe autour du concept d'agentivité dans la littérature sur l'éducation en santé. Nous avons pu montrer que l'ES repose sur une injonction paradoxale : elle a pour finalité d'accompagner les individus dans le développement de leur libre arbitre, tout en les accompagnant pour qu'ils réalisent « des bons choix » pour une vie « en santé ». Or, en développant le libre arbitre des bénéficiaires, l'ES risque d'augmenter la possibilité pour les bénéficiaires de faire des choix autres que ceux promus par les éducateur·trices, et ainsi échouer dans son objectif d'amener les individus à réaliser les choix attendus par les professionnel·les. Les résultats de notre revue de littérature systématique nous ont permis de constater en effet que toutes les interventions éducatives en santé avaient pour objectif de changer les comportements des usagers, en mobilisant les théories pour construire des interventions. Elles évaluent leur efficacité en termes de changement d'attitudes, d'intentions et de comportements, même si un certain nombre d'interventions échouent à modifier les comportements des usagers. Seulement un article sur les 110 analysés soulève le paradoxe présenté plus haut : du fait de l'élévation des connaissances des bénéficiaires, ces derniers augmentent leur capacité critique et peuvent aller à l'encontre de l'adhésion aux normes diffusées par les professionnel·les de santé. Par ailleurs, nous avons pu constater que les interventions éducatives prennent très peu en compte les déterminants sociaux : comme elles se basent sur des théories béhavioristes ou psycho cognitives centrées sur l'individu, la plupart des travaux contrôlent les variables socio-démographiques mais les excluent de l'intervention et de l'analyse. Or, en mettant de côté les déterminants sociaux, ces interventions ne permettent pas de lutter contre les ISS. Au final, notre revue de littérature systématique démontre que l'agentivité des bénéficiaires est peu prise en compte au cours des interventions. Que ce soit en amont de l'intervention – pas de bénéficiaires

dans la construction des dispositif –, pendant l'intervention – discours des bénéficiaires non mentionnés –, et après l'intervention – évaluation presque exclusivement quantitative : pas de retours sur les expériences vécues des individus pendant l'intervention et depuis lors. Par ailleurs, l'évaluation est centrée sur l'autonomisation des bénéficiaires, dans sa définition « médicale » de l'autonomie. Le changement d'attitudes et de comportement est analysé comme « négatif » si la personne ne change pas de comportement : la non-adhésion aux normes médicales (par ex. la norme d'autonomie) n'est pas envisageable en tant que capacité de résistance critique (par ex. contre la responsabilisation individuelle).

Résumé des résultats issus des observations participantes

Nos résultats d'enquête tendent à démontrer que les interventions éducatives favorisent l'agentivité individuelle. Les dispositifs d'ES donnent en effet la possibilité de faire des choix parmi des alternatives structurellement disponibles dans une situation donnée. Ils ne défendent pas un choix unique mais plusieurs alternatives adaptées au contexte de vie de la personne. Les professionnel·les de l'ES aident les bénéficiaires à conscientiser leurs choix, d'en expliciter les raisons, à développer une démarche réflexive. La liberté de choix des individus est respectée, les choix ne sont pas contraints directement par les professionnel·les et on peut constater l'existence de discours critiques de la part de bénéficiaires.

Les formes d'agentivité observées lors de ces séances d'ES nécessitent cependant d'être davantage caractérisées.

Premièrement, la considération du contexte et de l'environnement de vie des personnes recevant l'intervention éducative ne répond pas entièrement à la liberté de choix. Cette liberté de choisir est limitée par le statut même du bénéficiaire – malade dans un cas, en bonne santé dans l'autre. En séances d'ETP, la gravité de la maladie limite les capacités de choix des bénéficiaires dont les marges de manœuvres sont réduites. L'observance devient l'unique possibilité offerte à ces malades pour vivre avec leur maladie. L'intervention éducative renforce la conscientisation des malades de pas avoir le choix ; ces patient·es se forcent alors à adhérer aux recommandations médicales et aux normes d'autonomie défendues par les professionnel·les. Ils consentent à la perte de la liberté et accentuent leur auto-contrôle. Dans les séances d'ESF, les individus « *en bonne santé* » sont davantage mis dans des situations théoriques de choix (face à l'urgence ou aux « *petits maux du quotidien* »), et emmenés vers des choix conformes en termes de recours aux soins.

Deuxièmement, on constate une diversité de postures éducatives selon les professionnel·les animant les interventions. Ces postures éducatives sont plus ou moins favorables à l'expression de l'agentivité individuelle des bénéficiaires. La mise en avant de choix alternatifs diffère selon les dispositifs éducatifs et les postures éducatives des professionnel·les : dans le cas de l'ESF et de l'ETP au sein du Réseau de santé, les éducateur·trice·s mettent en avant une diversité de choix alternatifs, alors que l'ETP en milieu hospitalier observée, un seul choix responsable était mis en avant, celui d'utiliser un nouveau lecteur de contrôle de la glycémie. Dans les séances d'ESF, la posture éducative est favorable à l'agentivité individuelle dans la mesure où les bénéficiaires ont à s'exprimer sur des choix qu'ils feraient face à tel ou tel événement de santé, et inviter à expliciter leurs choix. La posture éducative dans l'ESF ne contrevient pas à cette expression mais se contente de mettre en avant, parmi les choix discutés, ceux conformes aux recommandations de recours aux soins.

Enfin, notre enquête a permis de révéler l'existence d'une forme distincte d'agentivité individuelle en contexte éducatif : l'agentivité transgressive. Dans le contexte de l'ES, les bénéficiaires font preuve d'agentivité transgressive quand, tout en s'appuyant sur la démarche réflexive encouragée par l'ES, ils·elles adoptent des attitudes ou expriment des choix non conformes, transgressifs, mettant à l'épreuve la norme enseignée et la posture éducative des professionnel·les. L'agentivité transgressive ne se situe pas nécessairement en opposition à l'offre éducative ; selon le dispositif éducatif et les professionnel·les, elle peut au contraire y trouver toute sa place et même une certaine légitimité. La possibilité de cette expression, non attendue par les professionnel·les et susceptible de déstabiliser le message éducatif, garantit précisément la qualification des dispositifs éducationnels en santé comme espaces de liberté d'action.

Impacts potentiels du projet

En tant que contrat de définition, EXPAND se présentait comme un projet exploratoire. Le travail effectué en 2019 et 2020 a permis premièrement de générer une meilleure compréhension de l'agentivité dans des contextes d'éducation en santé. Deuxièmement, les résultats d'EXPAND alimentent les travaux actuels autour de l'évaluation des interventions complexes en santé en apportant un éclairage sur les mécanismes sociaux constitutifs des interventions et en proposant une approche compréhensive et fouillée des pratiques et usages des professionnel·les et des bénéficiaires. Nos résultats soulignent plus spécifiquement l'importance de prendre en compte la question de l'agentivité des bénéficiaires dans l'évaluation des interventions éducatives. En troisième lieu, les résultats d'EXPAND ont permis de construire un programme de recherche ambitieux autour de l'agentivité – le projet EXPANDISS, en cours d'évaluation – reposant sur un collaboration partenariale amorcée dans le cadre d'EXPAND.

III. Renseignements scientifiques : description générale des travaux menés au cours du projet

Donner une description détaillée des travaux réalisés dans le cadre du projet et des résultats obtenus **(30-40 pages A4, Arial 11).** Tout livrable (rapport, thèse ou mémoire de Master…) réalisé au cours du projet devront être également transmis à l'IReSP.

Décrire les interactions entre les différentes équipes, les efforts particuliers en matière d'interdisciplinarité, l'ouverture internationale, etc.
Indiquer également ici les informations (événements positifs ou négatifs rencontrés au cours de la mise en œuvre du projet) dont vous pensez qu'elles peuvent être utiles à d'autres équipes.

Pour chaque tâche prévue initialement ou mise en place en cours de projet :

- Rappel des objectifs
- Les méthodes mises en œuvre
- Les résultats significatifs (les graphiques ou tableaux doivent avoir une légende détaillée)
- Les difficultés rencontrées et les solutions mises en œuvre
- Eventuellement, justification des écarts par rapport aux prévisions initiales

Résultats scientifiques
Expliquer dans quelle mesure les objectifs initiaux de recherche ont été atteints et souligner les principaux résultats des travaux, leur apport dans le domaine, leur positionnement par rapport à l'état de l'art.

Tableau de suivi de réalisation des tâches et d'utilisation des ressources
Pour chaque tâche initialement prévue ou décidée en cours de projet, préciser l'état d'avancement de la tâche : réalisée, retardée, révisée, abandonnée.

Table des matières

TABLE DES MATIERES 8
I. OBJECTIFS 9
II. METHODOLOGIE ET MISE EN ŒUVRE 9
II.1. Séminaires de travail *10*
Séminaire n°1 10
Séminaire n°2 10
II.2. Une double revue de littérature *10*
Revue de littérature autour du concept d'agentivité 10
Revue systématique de littérature 11
II.3. Observations participantes *12*
Observations de 9 séances d'éducation thérapeutique du patient 12
Observation de 4 séances d'éducation à la santé familiale 12
III. RESULTATS SCIENTIFIQUES 13
III.1. Agentivité et éducation en santé dans la littérature *13*
III.1.1 Agentivité : des définitions multiples 13
III.1.2 Agentivité des bénéficiaires dans l'éducation en santé : des objectifs paradoxaux ? 16
III.2. L'agentivité en situation éducative : de la littérature à la pratique *17*
III.2.1. L'agentivité du bénéficiaire : le choix de participer à une intervention 18
III.2.2 Amener les bénéficiaires à faire des « bons choix » : le rôle des professionnels 18
III.2.3 Les bénéficiaires face aux « bons choix » promus par les professionnels 20
III.2.4. Conclusion des résultats 23
III.3. Apports des résultats dans le domaine *24*
IV. DIFFICULTES RENCONTREES ET SOLUTIONS MISES EN ŒUVRE 25
IV.1. Démarrage tardif et report de tâches *25*
IV.2 Difficultés d'accès aux terrains *25*
IV.3 Les effets de la crise sanitaire *26*
V. RECAPITULATIF DES TACHES ET DE LEUR REALISATION 26
VI. BIBLIOGRAPHIE 27
VII. ANNEXES 28
VII.1. Séminaires scientifiques *29*
VII.1.1. Compte-rendu du séminaire du 5 juillet 2019 29
VII.1.2. Diaporama du séminaire du 17 janvier 2020 37
VII.2. Observations : Lieux et dates des séances observées *39*
VII.3. Lettre d'intention EXPANDISS *40*

I. Objectifs

Le projet EXPAND s'est inscrit dans une réflexion scientifique portant sur les interventions éducatives en santé, contribuant à la prévention de l'apparition des maladies chroniques. Les démarches éducatives sont cependant variées. Parmi les modèles contemporains, figurent entre autres l'éducation thérapeutique du patient, l'éducation pour la santé, et l'éducation à la santé familiale. Ces modèles proposent des réponses éducatives à différents moments préventifs (en amont ou en aval de la maladie), auprès de différentes populations, et dans des contextes variés. Ils ont néanmoins en commun de faire du changement de comportement, l'objectif principal de leurs interventions. Les comportements à changer sont eux aussi variés : adoption d'habitudes de vie saines, acquisition de gestes d'auto-soin, recours aux soins… Cependant, qu'elles qu'en soient les formes, les stratégies éducatives restent centrées sur les dimensions individuelles du comportement et de son changement. Or, les caractéristiques culturelles, sociales, économiques des personnes et leurs milieux de vie, jouent un rôle déterminant dans les choix que peuvent faire les individus en matière de santé et de ce fait, dans la création (et le renforcement) des inégalités sociales de santé.

Une dimension essentielle à décrire dans le cas des éducations en santé est notamment le sujet bénéficiaire de l'action. Or, à notre connaissance, le vécu de l'intervention par le bénéficiaire et l'impact que l'intervention peut avoir dans son cadre de vie quotidien, ont été jusqu'alors peu explorés. Suivant la littérature récente sur les interventions complexes en santé invitant à expliciter ce qui ancre théoriquement les interventions d'une part, et à décrire et dévoiler les mécanismes d'action de telles interventions d'autres part, le projet EXPAND proposait de mieux comprendre et d'approfondir les mécanismes d'action relevant du sujet bénéficiaire de l'action éducative.

Le cadre théorique choisi était celui des théories de l'agentivité. Concept particulièrement intéressant à mobiliser dans cette perspective, l'agentivité renvoie à la possibilité pour l'individu de faire des choix et d'agir de manière plus ou moins autonome, libre et critique, mais toujours en résonance avec son monde social de référence. En santé publique, le concept est mobilisé depuis une quinzaine d'années. Dans les éducations en santé, l'agentivité renvoie à la possibilité dont disposent les sujets pour agir, par exemple s'approprier, négocier, ou résister à un message éducatif ; modifier ou garder le comportement visé ; participer ou ignorer l'intervention…

L'objectif du projet EXPAND était, à partir des connaissances actuelles en sciences sociales, en santé publique, en promotion de la santé et en sciences de l'éducation, d'explorer l'agentivité dans les interventions éducatives en santé et d'en identifier les manifestations concrètes.

La modalité choisie pour ce projet était le **contrat de définition**. ***Considérant le peu de travaux empiriques autour de l'agentivité en santé, et le fait que l'agentivité est un concept tantôt peu connu tantôt pourvu de sens spécifiques aux chercheur·es et professionnel·les des différentes disciplines, il semblait nécessaire de conduire une réflexion en amont de la proposition d'un projet de recherche plus complet.***

II. Méthodologie et mise en œuvre

EXPAND se voulait un projet exploratoire, interdisciplinaire et collaboratif. Ainsi, il a rassemblé des chercheur·es de diverses disciplines scientifiques (sociologie, sciences de l'éducation, épidémiologie, promotion de la santé) et des professionnel·les investi·es dans des interventions éducatives en santé. Des ajustements ont été apportés par rapport à la proposition initiale (*cf. IV. Difficultés rencontrées et solutions mises en œuvre*). Les partenaires sont présentés en point C. de la partie administrative du présent rapport.

EXPAND a reposé sur une méthodologie qualitative. Trois types de recueil de données ont été organisés : des séminaires de travail avec l'équipe pluridisciplinaire, deux revues de littérature et des observations participantes de deux types de séances d'éducation en santé (ETP et ESF).

II.1. Séminaires de travail

Sur les 4 séminaires initialement prévus, deux ont été organisés (*cf. IV. Difficultés rencontrées et solutions mises en œuvre*) les 5 juillet 2019 et 17 janvier 2020. Les échanges durant les deux séminaires ont fait l'objet de compte rendus (*cf. VII.1. Comptes-rendus des séminaires scientifiques*). L'ensemble des documents du projet EXPAND ont été mis à disposition de l'ensemble des partenaires du projet via la plateforme collaborative et sécurisée de l'Université de Lorraine.

Séminaire n°1

Le premier séminaire a eu lieu le 5 juillet 2019. Au cours du séminaire, l'équipe porteuse du projet (Joëlle Kivits et Louise Virole) a d'abord présenté le projet EXPAND, les éléments théoriques autour du concept d'agentivité, ainsi que les premiers résultats de la revue de littérature systématique. Les partenaires ont ensuite échangé autour de ces notions. L'expertise d'Aurélie Maurice (LEPS) autour de la question de l'agentivité a permis d'enrichir la réflexion théorique autour de cette notion. Après une pause déjeuner, les participant·es ont passé l'après-midi à échanger autour de la méthodologie à employer lors de l'enquête ethnographique. Les différents dispositifs éducatifs à observer ont été présentés, et les participant·es ont délimité le périmètre des observations, une grille d'observation a été co-construite et un calendrier créé. Les professionnel·les présent·es dans la réunion ont pu partager leur expérience, permettant d'affiner les questions de recherche et d'adapter la grille d'observation.

Séminaire n°2

Le second séminaire a eu lieu le 17 janvier 2020. Au cours du séminaire, l'équipe porteuse du projet (Joëlle Kivits et Louise Virole) a présenté l'avancée des résultats de la revue de littérature systématique. Puis, elle a fait un retour sur les observations de neuf séances éducatives en ETP et en ESF (*cf. II.3. Observations participantes*). Puis, les échanges ont porté sur la poursuite du terrain : les observations de séances éducatives dans des établissements scolaires à Strasbourg et l'organisation de focus groupes avec les éducateur·trices sur Nancy. Les partenaires strasbourgeois présents lors du séminaire ont permis de faciliter l'organisation de nouvelles observations. Le partenaire professionnel de santé (Philip Böhme) s'est engagé à diffuser la proposition de focus groupes auprès des professionnels du CHU Brabois. Enfin, les membres se sont mis d'accord pour l'organisation d'un troisième séminaire de travail en juin 2020.

II.2. Une double revue de littérature

Deux revues de littérature ont été menées de manière successive. Une première revue de littérature, narrative, autour du concept d'agentivité et une seconde revue de littérature, systématique, portant sur la place des déterminants sociaux dans les interventions éducatives en santé.

Revue de littérature autour du concept d'agentivité

En amont du premier séminaire de travail du 5 juillet 2019, une revue de littérature, de type narratif, autour du concept d'agentivité a été menée. En menant des recherches sur des bases de données multiples – Web of Science, Medline, Psycinfo, Cairn… – et en s'appuyant sur une démarche de recherche de références par « boule de neige » , nous avons pu réunir de nombreux articles et

livres interrogeant et/ou mobilisant cette notion dans des domaines d'étude variés (santé, genre, éducation, écologie…) mais aussi dans de nombreux champs disciplinaires : sociologie, santé publique, philosophie, économie, sciences de l'éducation, psychologie, etc. Chaque référence a fait l'objet d'un compte rendu.

A partir de l'ensemble de ces résultats, nous avons construit un tableau récapitulatif de l'ensemble des définitions du concept d'agentivité en fonction de la discipline théorique. Nous avons fait de même pour d'autres concepts annexes : autonomie, choix, liberté.

Ces résultats ont été présentés lors du premier séminaire du 5 juillet, et les échanges avec les chercheurs ont permis d'enrichir cette revue de littérature.

Revue systématique de littérature

Cette première revue de littérature a permis de constater que le concept d'« agentivité » était peu utilisé dans la littérature portant sur les interventions éducatives en santé. Nous avons donc décidé de mener une revue de littérature systématique portant spécifiquement sur les interventions éducatives en santé avec pour objectif de comprendre la place donnée à l'agentivité du sujet lors de la mise en œuvre d'interventions éducatives en santé en France et à l'international. Notre souhait était d'analyser des interventions éducatives pour lesquelles des protocoles d'intervention ou d'évaluation existent, la valorisation via la publication permettant précisément d'y avoir accès. Dans le cadre d'une publication scientifique, l'évaluation d'une intervention suppose en effet la description fine de l'intervention, au-delà de son cadre théorique pour englober des aspects de déploiement. Notre hypothèse principale était que cette description contienne des indications qui nous mettent sur la piste de l'agentivité. Notre hypothèse secondaire était que même si les éléments relatifs au contexte social ne sont pas mobilisés en tant que tels dans le cadre de l'intervention, ceux-ci soient abordés en contexte ou en discussion des études. Ces études se situant dans le champ de la santé, il semblait en effet sensé d'anticiper que le modèle conceptuel sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS serve comme repère aux interventions.

La première difficulté a été d'interroger ce corpus d'articles à partir d'une entrée par mots-clés. L'agentivité renvoie aux capacités d'un individu d'adopter une attitude réflexive vis-à-vis de ses ressources à disposition, des plus intimes ou plus structurelles, et de les mobiliser pour réaliser un choix, ici celui d'adopter ou non le comportement visé par l'ES. Nous avons ainsi fait le choix de démarrer avec la notion de déterminant social de santé. Les déterminants sociaux entrent en effet en jeu dans l'intervention éducative et ce de deux manières : soit les concepteurs et évaluateurs des interventions eux-mêmes s'expriment sur les aspects sociaux qui composent leurs interventions ; soit ces aspects ne sont pas pris en compte mais ressurgissent de fait lors de l'intervention.

Nous avons ainsi formulé la question principale guidant cette revue systématique de la littérature de la manière suivante : « Comment s'expriment les déterminants sociaux du comportement et son changement en santé visé par les interventions éducatives en santé ? » Deux questions secondaires précisaient la question principale :

- ✓ Quels sont les facteurs sociaux opérant dans les interventions éducatives, qu'ils soient liés aux acteurs (traits individuels), à des impératifs sociaux et structuraux, ou au contexte ?
- ✓ Quels sont les déterminants dits « intermédiaires » de l'action éducative en santé, à savoir ceux liés aux sphères de socialisation (famille, école, médias...) et à la construction du lien social (communauté d'appartenance, réseau social, interaction entre acteurs et relations aux intervenants) ?

Ces questions se distancient clairement de la notion d'agentivité mais il nous fallait trouver une porte d'entrée : ces questions nous semblaient susceptibles de l'interroger indirectement. Les bases

de données consultées et les mots clés retenus et les équations de recherche qui ont permis d'interroger les bases de données bibliographiques sont présentées en annexe xx.

La sélection des articles s'est faite de la manière suivante. Les articles devaient

- ✓ être accessibles en anglais ou en français,
- ✓ s'inscrire dans le champ de la santé,
- ✓ présenter un dispositif éducationnel
  - dans sa phase de conception, d'implantation ou d'évaluation,
  - quel que soit son niveau de dispensation : action individuelle ou collective, programme, politique…
- ✓ présenter
  - soit une démarche innovante ou des résultats originaux (article de recherche, protocole, revue de la littérature et méta-analyses),
  - soit un cadre conceptuel ou méthodologique de développement, d'implantation ou d'évaluation de l'intervention.

Une grille d'analyse a été réalisée en vue de décrire les articles retenus (types d'étude, types de dispositifs éducationnels), de caractériser l'intervention éducative (niveau d'intervention, théories de l'intervention, techniques d'intervention, thématique de santé, comportement visé/attendu, bénéficiaires de l'intervention), d'identifier les déterminants sociaux mobilisés dans l'intervention et la manière dont ils sont mobilisés (en amont, pendant la réalisation ou en aval de l'intervention).

La revue de La recherche a généré 918 articles dont 739 ont été exclus après lecture des titres et résumés : 717 ne présentaient pas d'intervention éducative, 4 n'étaient pas des articles de recherche (commentaires ou lettres) et 18 ne relevaient pas du champ de la santé. Sur les 179 articles retenus, 69 ont été exclus lors d'une seconde lecture : 3 articles étaient en langue allemande, 5 articles étaient des abstracts longs de congrès et pour 61 d'entre eux, l'accès au texte intégral n'a pas été possible. Au total 110 articles ont été retenus pour l'analyse et 90 ont été analysés. L'analyse des résultats est en cours de finalisation avec perspective de soumission d'articles en 2021. Les résultats préliminaires sont présentés ci-après.

II.3. Observations participantes

Dans le cadre de cette étude, ont été réalisées des observations de neuf séances d'éducation thérapeutique (ETP) et de quatre séances d'éducation à la santé familiale (ESF) (*cf. VII.2. Observations : Lieux et dates des séances observées*).

Observations de 9 séances d'éducation thérapeutique du patient

En ETP, nous avons observé neuf séances, sur deux sites différents. Les six premières séances ont été observées au sein d'un réseau de santé organisant des programmes d'ETP à destination des patient·es diabétiques : trois séances ont regroupé à chaque fois cinq participant·es et étaient animées par la même diététicienne. Les trois autres séances étaient animées par une psychologue avec cinq autres participant·es. D'autre part, trois autres séances d'ETP ont été observées, organisées par un service de diabétologie et s'adressant aux patient·es diabétiques ayant à réaliser plus de trois injections d'insuline par jour. Ces trois séances étaient animées par une infirmière hospitalière et ont regroupé à chaque fois sept participant·es.

Observation de 4 séances d'éducation à la santé familiale

En ESF, nous avons observé quatre séances, sur deux sites différents. Deux séances ont été observées dans le cadre de deux cycles d'ESF organisés au sein d'une Communauté Professionnelle Territoriales de Santé (CPTS). La première séance observée faisait partie d'un cycle d'ESF à destination de parents, organisé en partenariat avec l'association Familles rurales

très active sur le territoire. Cette première séance a ainsi rassemblé cinq femmes, sollicitées et invitées par l'association Familles rurales et participant de manière volontaire. La seconde séance d'ESF observée faisait partie d'un cycle d'ESF à destination des personnes âgées et a rassemblé 12 participant·es. Ces deux séances étaient animées par un binôme de professionnel·les : une pharmacienne présente à toutes les séances et deux ergothérapeutes, alternant leur présence. Un pompier est également intervenu lors de la séance à destination des personnes âgées. D'autre part, deux séances ont été observées organisées dans un même cycle d'ESF à destination des adolescents. Le site accueillant l'ESF était un lycée agricole de Moselle. Une même classe était bénéficiaire de cette éducation : 12 lycéen·nes de classe de seconde en sciences et technologies de l'agronomie et du vivant (STAV). Les deux séances étaient animées par deux infirmières, en présence de l'infirmière scolaire du lycée.

III. Résultats scientifiques

Les objectifs initiaux du projet EXPAND ont été atteints. L'objectif du projet EXPAND était, à partir des connaissances actuelles en sciences sociales, en santé publique, en promotion de la santé et en sciences de l'éducation, d'explorer l'agentivité dans les interventions éducatives en santé et d'en identifier les manifestations concrètes. A partir de ses résultats, le contrat de définition du projet EXPAND prévoyait de proposer un nouveau projet de recherche, ce qui a été réalisé au travers du projet EXPANDISS soumis à l'IRESP en septembre 2020 et dont la lettre d'intention a été acceptée en novembre 2020 (*cf. VII.3. Lettre d'intention EXPANDISS – Septembre 2020*) et le projet complet soumis en janvier 2021.

Ainsi, les principaux résultats de la recherche EXPAND sont : 1. De mettre en lumière de l'acception du concept d'agentivité dans la littérature ; 2. De révéler les manifestations concrètes de l'agentivité dans les situations d'éducation en santé ; 3. De proposer un nouveau projet de recherche.

III.1. Agentivité et éducation en santé dans la littérature

Le premier résultat de la recherche EXPAND est de mettre en lumière les multiples acceptions du concept d'agentivité dans la littérature. A partir des résultats de la double revue de la littérature menée par l'équipe de chercheurs (cf. II.2), nous avons pu opérer une synthèse des définitions du concept d'agentivité en général et plus particulièrement dans la littérature sur les interventions éducatives en santé.

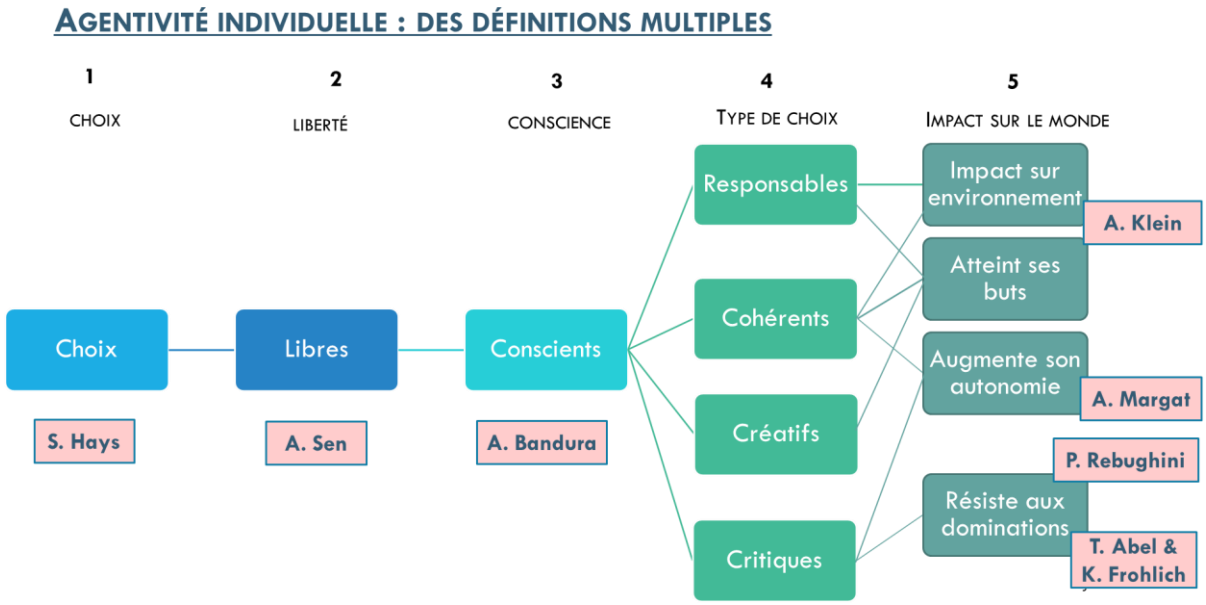
III.1.1 Agentivité : des définitions multiples

Qu'entend-t-on par agentivité ? Cette notion est définie différemment selon les disciplines qui s'y intéressent. Sociologie, philosophie, psychologie cognitive, économie ou les sciences de l'éducation n'ont pas le même regard sur cette question d'agentivité. En revanche ce qui est commun à toutes ses définitions, c'est la question du choix. L'agentivité, c'est faire des choix.

Dans sa définition la plus restrictive, l'agentivité est définie par la possibilité de faire un choix parmi des alternatives dans une situation donnée. C'est la définition que donne la sociologue Hays. La psychologie cognitive, au travers de Bandura, va plus loin : l'agentivité demanderait d'être conscient du choix que l'on fait, c'est-à-dire d'avoir une réflexivité et une intentionnalité dans le choix (Bandura 2006). En économie, perspective qui a eu un écho important en santé, Sen définit l'agentivité en lien avec la liberté de choix : on est agent quand on est libre de faire son choix, quand on fait un choix de manière indépendante (liberté positive/liberté négative : sans que l'on nous ai contraint à le faire) (Sen 2008). Pour d'autres auteurs, l'agentivité se trouve dans le type de choix qui est fait : est-ce un choix responsable (Smette, Stefansen et Mossige 2009) ? un choix cohérent (Gangas 2016) ? un choix créatif (Joas 1996) ? un choix critique ? Enfin, certains auteurs soulignent que l'agentivité dépend par ailleurs de l'impact du choix qui est fait : quel impact sur l'environnement de la personne ? sur ses objectifs ? sur sa capacité d'agir (Sen 2008) ? sur son autonomie (Klein 2010 ; Descarpentries 2016 ; Margat et al. 2017) ? En philosophie et en sociologie foucaldienne,

l'agentivité renvoie à la capacité de faire des choix qui vont à l'encontre des rapports de domination (Rebughini 2018).

Schéma 1 : Agentivité individuelle : des définitions multiples



En santé publique, Abel et Frohlich soutiennent par ailleurs qu'un choix est « agentique » quand il contribue à lutter contre les inégalités sociales de santé, c'est-à-dire à lutter contre les rapports de domination (Abel and Frohlich 2012),voir le schéma synthétique ci-dessous :

L'hétérogénéité des définitions du concept d'agentivité rend dès lors la tâche difficile pour le chercheur voulant opérationnaliser ce concept. Quelle définition choisir ? Comment choisir les critères qui ont d'un choix « agentique » alors qu'un autre ne l'est pas ?

A partir de l'ensemble de ces définitions, nous avons fait le choix dans notre recherche de retenir notre propre définition de l'agentivité : la possibilité pour l'individu de faire des choix et d'agir de manière plus ou moins autonome, libre et critique, mais toujours en résonance avec son monde social de référence. Dans notre définition, l'agentivité est conceptualisée au niveau de l'individu. Elle renvoie à la capacité du sujet à agir d'une manière autonome, tout en soulignant que l'agentivité et les occasions de l'exercer sont régies et construites par les structures sociales (White et Wyn 1998). Une fois le concept d'agentivité défini, nous nous sommes interrogées sur les critères d'évaluation de l'agentivité en situation éducative. Afin de pouvoir répondre à notre question de recherche « L'éducation à la santé favorise-t-elle l'agentivité individuelle ? », nous avons créé une grille d'indicateurs permettant de déterminer si un le choix des bénéficiaires est fait de manière « autonome, libre et critique ». Cinq indicateurs ont été retenus :

1. La capacité de choix

- Est-ce que le sujet a la possibilité de faire des choix alternatifs à ceux proposés par les professionnels de santé ?
- Les professionnels donnent-ils des choix alternatifs ?
- Comment permettent-ils aux individus de faire des choix alternatifs ?

2. La liberté de choix

- Quelles contraintes pèsent sur les choix des bénéficiaires ?
- Dans quelle mesure les choix sont-ils déterminés par des déterminants sociaux ?
- Dans quelle mesure le choix se fait-il de manière autonome ?
- Les professionnels favorisent-ils la liberté de choix ?
- Les professionnels respectent-ils les choix des usagers ?
- Quel moyens/techniques sont mobilisés pour favoriser l'autonomie du choix?

3. La conscience du choix

- Les choix des bénéficiaires sont-ils conscients ou inconscients ?
- Si les choix sont conscients, est ce qu'ils sont réflexifs ? intentionnels ? prévus ?
- Dans quelle mesure le groupe favorise-t-il la conscientisation du choix ? la réflexivité des individus ?

4. Le type de choix

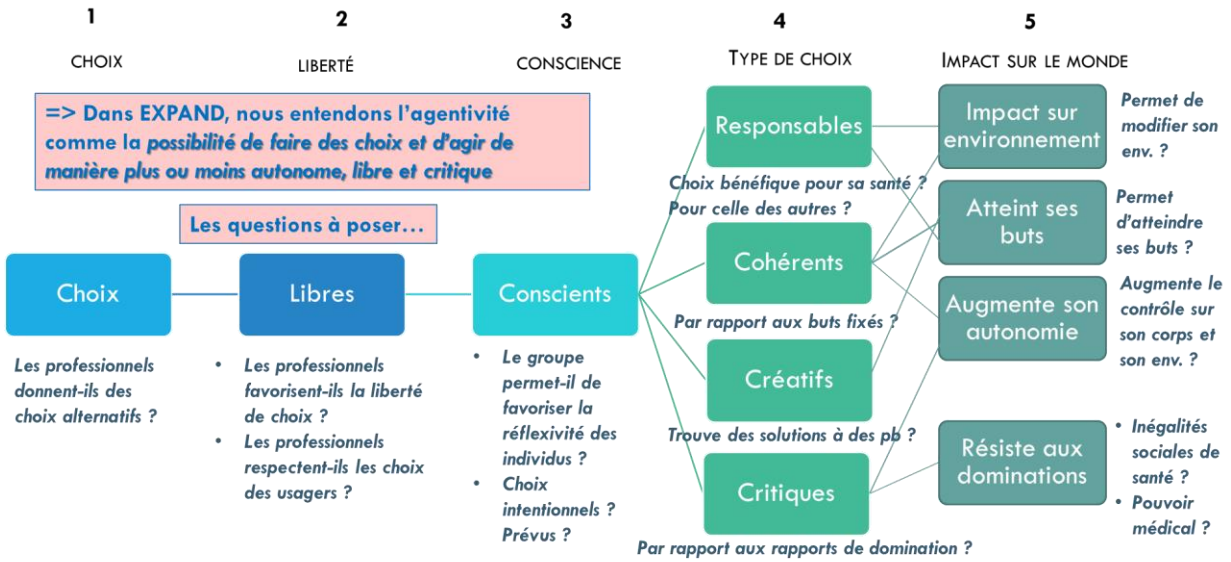
- Est-ce que le choix est responsable vis-à-vis des valeurs morales de la personne ?
- Est-ce qu'il est cohérent par rapport aux buts de la personne ?
- Est-ce qu'il est créatif, représente une solution à un problème ?
- Est-ce qu'il est critique par rapport à des rapports de domination ?
- Quels types de choix sont favorisés par le groupe ?
- Dans quelle mesure le groupe favorise des choix bénéfiques pour sa santé et celle des autres ? des choix cohérents par rapport aux buts fixés ? qui représentent une solution face à un problème ?
- Dans quelle mesure le groupe favorise des choix qui remettent en question des rapports de domination ?

5. L'impact du choix

- Quel impact a le choix sur l'environnement de la personne ?
- Quel impact a le choix sur les buts fixés par la personne ?
- Quels effets ont le choix sur l'autonomie de la personne ?
- Quels effets ont le choix sur les rapports de domination ?
- Dans quelle mesure le choix proposé par le groupe modifie l'environnement des personnes ? permet d'atteindre les buts fixés ?
- Dans quelle mesure augmente-t-il le contrôle sur son corps et son environnement ? dans quelle mesure le choix lutte contre les inégalités de santé et/ou le pouvoir médical ?

En appliquant ces cinq indicateurs à nos observations de séances éducatives, nous avons pu mettre en lumière les formes d'agentivité des bénéficiaires en situation éducative. Nous avons comparé nos résultats entre les deux types de dispositifs d'éducation en santé observés : l'éducation thérapeutique (ETP) et l'éducation en santé familiale (ESF).

Schéma 2 : Indicateurs d'agentivité en situation d'éducation en santé



III.1.2 Agentivité des bénéficiaires dans l'éducation en santé : des objectifs paradoxaux ?

Les résultats de notre double revue de littérature nous ont permis de mettre en lumière un paradoxe autour du concept d'agentivité dans la littérature sur l'éducation en santé. Nous avons pu montrer que l'ES repose sur une injonction paradoxale : elle a pour finalité de « *construire des enfants et des adultes développant leur libre arbitre* », tout en les accompagnant pour qu'ils réalisent « *des choix pour une vie saine* » (Billon-descarpentries 2000, p.18). Or, en développant le libre arbitre des bénéficiaires, l'ES risque d'augmenter la possibilité pour les bénéficiaires de faire des choix autres que ceux promus par les éducateur·trices, et ainsi échouer dans son objectif d'amener les individus à réaliser des « *choix pour une vie saine* ».

Les résultats de notre revue de littérature systématique nous avons permis de constater en effet que toutes les interventions éducatives en santé avaient pour objectif de changer les comportements des usagers, en mobilisant les théories pour construire des interventions[2]. Elles évaluent leur efficacité en termes de changement d'attitudes, d'intentions et de comportements[3], même si un certain nombre d'interventions échouent à modifier les comportements des usagers[4]. Seulement un article[5] sur 110 soulève le paradoxe présenté plus haut : du fait de l'élévation des connaissances des bénéficiaires, ces derniers augmentent leur capacité critique et peuvent aller à l'encontre de l'adhésion aux normes diffusées par les professionnels de santé. Par ailleurs, nous avons pu constater que les interventions éducatives prennent très peu en compte les déterminants sociaux : comme elles se basent sur des théories béhavioristes ou psycho cognitives centrées sur l'individu[6], la plupart des travaux contrôlent les variables socio-démographiques mais les excluent de l'intervention et de l'analyse[7]. Or, selon Baum (2014), en mettant de côté les déterminants sociaux, ne permettent pas de lutter contre les ISS. Au final, notre revue de littérature systématique démontre que l'agentivité des bénéficiaires est peu prise en compte au cours des interventions. Que ce soit en amont de l'intervention - pas de bénéficiaires dans la construction des dispositif -,

[2] (« theory based intervention » ex. art. 97, 98, « intervention mapping » ex. art 75, 96, 100)
[3] (ex art. 62 et 106): évaluation presque exclusivement quantitative (via questionnaires)
[4] (art. 79, 80, 88, 95, 107, 109)
[5] (n°82)
[6] (déploré dans l'art. 92: pas assez d'analyse multiniveaux)
[7] (ex. art. 109, 110)

pendant l'intervention - discours des bénéficiaires non mentionnés -, et après l'intervention – évaluation presque exclusivement quantitative : pas de retours sur les expériences vécues des individus pendant l'intervention et depuis lors. Par ailleurs, l'évaluation est centrée sur l'autonomisation des bénéficiaires[8], dans sa définition « médicale » de l'autonomie. Le changement d'attitudes et de comportement est analysé comme « négatif » si la personne ne change pas de comportement : la non-adhésion aux normes médicales (par ex. la norme d'autonomie) n'est pas envisageable en tant que capacité de résistance critique (par ex. contre la responsabilisation individuelle).

Cette tension entre liberté de choix et recherche de l'observance des individus a été identifiée de longue date dans la littérature en santé publique. Dès les années 1970, la question de l'importance de la liberté de choix des bénéficiaires apparait dans la critique du modèle éducatif prédominant, un modèle prescriptif où le/la soignant·e transmet les informations à l'individu qui se doit de changer de comportement afin d'améliorer sa santé (Peretti Watel and Moatti 2009). D'autres modèles éducatifs apparaissent, laissant plus de place à la liberté du sujet et sa subjectivité (Billon-descarpentries 2000; Lecorps 2010). En modifiant sa « *posture éducative* », le « *soignant-éducateur* »[9] pourrait « *reconnaitre le patient comme capable de faire des choix de santé et d'agir pour sa santé* » (Pétré et al. 2019), même si ces choix s'opposent aux choix promus par les professionnel·le·s de santé. Malgré ces tentatives de remise en question du modèle prescriptif de l'ES, de nombreux travaux sociologiques montrent que l'ES persiste à participer au *« gouvernement des corps* » (Fassin and Memmi 2004), laissant peu de place à la liberté du sujet (Klein 2010). Dans le cas de l'ETP notamment, les travaux sociologiques révèlent que « *c'est l'observance aux recommandations médicales qui est visée dans les faits* » (Le Helloco 2015). L'« *ambivalence entre les concepts d'autonomie et d'observance*» (Pélicand et al. 2009) laisse alors peu de place à l'agentivité des bénéficiaires, censés adhérer aux recommandations médicales pour être considérés comme autonomes (Bouleuc-Parrot 2018). D'autres auteur·rices critiquent les dérives éthiques et mettent en garde contre les risques de « *manipulation* » de la part de professionnel·les de l'ES, qui développeraient des techniques pour pousser les patient·es « *à faire les bons choix en matière de santé, en organisant de manière spécifique l'environnement dans lequel il évolue, sans que le patient en ait toujours conscience* »[10] (Pétré et al. 2019, p.6). Loin d'un modèle éducatif émancipateur, l'ES resterait alors un outil de contrôle des comportements, transférant certes des compétences aux bénéficiaires, mais des compétences pour se contrôler eux-mêmes (Descarpentries 2016b).

De la littérature à la pratique, comment ces objectifs paradoxaux s'incarnent dans les pratiques d'ES ? Comment les professionnel·les de l'ES accompagnent-ils les bénéficiaires vers les choix « *favorables à la santé* » tout en les encourageant à développer leurs capacités à faire leurs « *propres choix* » (Saout and Voiturier 2015) ?

III.2. L'agentivité en situation éducative : de la littérature à la pratique

A partir de l'analyse des interactions entre professionnel·les de l'ES et participant·es et à l'aide d'un corpus de littérature pluridisciplinaire, nous avons interrogé la place laissée à l'agentivité des bénéficiaires au sein de séances d'ES, définie ici comme la possibilité de faire des choix et d'agir de manière plus moins autonome, libre et critique (Kivits 2019). Notre enquête révèle que l'agentivité du bénéficiaire s'exprime dans le choix de participer à l'intervention (i.), que les

[8] ex. Self-management en ETP (ex. art.7, 73, 75, 91, 102)

[9] Les dispositifs d'ES en France peuvent être animés par des professionnel·les de santé, médicaux et paramédicaux, mais aussi par des professionnel·les hors du milieu médical : enseignants, travailleurs sociaux, etc.

[10] Pétré prend l'exemple du « *nudge* » (Pétré et al. 2019, p.6), « *développé dans le domaine de l'économie comportementale, ce concept s'appuie sur la mobilisation de facteurs psychosociaux influençant les comportements, mettant en évidence que les choix, loin d'être rationnels, sont liés à une multitude de paramètres émotionnels et sociaux. Le nudge, signifiant « pousser du coude » ou « coup de pouce », mobilise une partie de ces facteurs, alors appelés « biais cognitifs » par les tenants du nudge.* » (Cambon 2016, p.44).

professionnels mobilisent un certain nombre de techniques afin d'amener les bénéficiaires à faire les « bons » choix au cours des séances éducatives (ii.), et enfin que les bénéficiaires exercent leur agentivité en situation éducative en développant des techniques de résistance aux « bons choix » promus par les éducateur·trices (iii.).

III.2.1. L'agentivité du bénéficiaire : le choix de participer à une intervention

Le premier choix attendu des bénéficiaires est celui de participer ou non à l'intervention éducative. Certaines participations sont volontaires, d'autres sont obligatoires. Par ailleurs les raisons qui guident la participation aux séances ne sont pas les mêmes. Le choix de participer ou non à une intervention diffère selon le type d'éducation en santé, le contexte organisationnel et la population ciblée.

L'organisation de l'ESF laisse la participation supposément volontaire ; dans les faits, ce volontariat est modulé selon le public à qui s'adresse le cycle d'ESF. Ainsi, dans le cadre des séances d'ESF auprès des parents et personnes âgées, les personnes étaient volontaires. Elles avaient répondu à la sollicitation d'une animatrice du territoire qui activait son réseau pour recruter des participant·es et « *remplir les séances* ». En revanche, les 12 lycéen·nes n'avaient pas choisi d'assister à ces séances d'ESF. L'initiative venait de l'infirmière scolaire qui après avoir été contactée par des infirmières d'ESF du territoire, a programmé le cycle de séances pour cette classe parce que « *les 1ères STAV sont la classe qui a le moins d'intervention* ». La motivation résidait ici dans une notion d'équité par rapport à d'autres filières.

La question du choix de participer aux séances d'éducation se pose différemment dans l'ETP. L'éducation thérapeutique s'organise en « *programme structuré* »[11] et fait désormais partie du parcours de soins. Elle est ainsi proposée à tout·e patient·e pris·e en charge à l'hôpital et peut être dispensée à l'hôpital ou en ville. Une fois proposée, la personne peut choisir d'intégrer un programme d'ETP ou le refuser. Son caractère optionnel connaît cependant des exceptions. Dans le cadre de notre étude, nous avons observé des séances de deux programmes d'ETP en diabétologie : l'un des programmes était rendu obligatoire si la personne souhaitait bénéficier d'une technologie innovante de contrôle de la glycémie (un nouveau « *lecteur* »[12]) et se déroulait à l'hôpital ; l'autre était proposé à tout·e patient·e diabétique qui pouvait choisir d'y participer ou non, les séances se déroulant dans les locaux d'un réseau de santé. Les choix sous-tendant la participation aux deux programmes ne relèvent donc pas de la même logique. Si le programme hospitalier était obligatoire pour accéder à la nouvelle technologie ne laissant donc pas le choix de la participation, les participant·es exprimaient leur choix d'opter pour ce dispositif innovant – qui lui n'est pas obligatoire.

III.2.2 Amener les bénéficiaires à faire des « bons choix » : le rôle des professionnels

Quel que soit le dispositif éducationnel, la finalité de l'ES est de rendre la personne responsable et autonome dans la gestion de sa santé. Les professionnel·les, par leurs connaissances et la mobilisation de techniques diverses, tentent ainsi d'amener les bénéficiaires à faire de « *meilleurs choix* » (Maurice 2016) leur permettant de devenir responsables et autonomes.

- *Promouvoir les choix responsables en matière de santé*

[11] Voir le guide méthodologique de la Haute Autorité de Santé (2007) : « *Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques* ».
Lien: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf

[12] Ces nouveaux lecteurs « *produisent une mesure continue du glucose obtenue grâce à un capteur placé sur le bras et d'un lecteur qui indique la glycémie. La transmission entre le capteur et le lecteur s'effectue par une liaison sans fil. Le capteur est une électrode enzymatique ampérométrique produisant un courant électrique lors de l'oxydation du glucose sous l'effet d'une enzyme qui assure la spécificité de la mesure. Ces lecteurs mesurent le taux de glucose au sein du tissu interstitiel.* » (Mathieu-Fritz and Guillot 2017, p.643).

En premier lieu, au cours des séances éducatives, les professionnel·les de l'ES promeuvent certains types de choix concernant la santé, des choix « *responsables* ». En santé publique, un choix responsable est un choix « *rationnel* » dans la gestion de leur « *capital santé* » (Peretti Watel and Moatti 2009). Selon Maurice, étudiant les dispositifs d'éducation à l'alimentation saine auprès d'adolescents, l'ES aurait pour objectif de « *de rendre les adolescents capables de faire les meilleurs choix pour leur santé, en toute responsabilité, c'est-à-dire d'en faire des homo medicus, au sens de Peretti-Watel (2009)* » (Maurice 2016, p.133). Afin d'accompagner les participant·es vers des choix plus « *responsables* » en matière de santé, les professionnel·les de l'ES mobilisent une diversité de techniques.

Lors de nos observations, nous avons pu constater tout d'abord que les éducateur·trices incitent les bénéficiaires à conscientiser leurs choix. En ETP, les professionnel·les demandent aux diabétiques d'expliciter leurs choix alimentaires, les raisons derrière leur choix, d'avoir une démarche réflexive. Puis, la professionnelle va identifier parmi ces choix les bonnes et les mauvaises pratiques en termes de risque pour les patient·es diabétiques. Certaines pratiques seront valorisées alors que d'autres seront dévalorisées. Enfin, elle va proposer des choix alternatifs, correspondant aux normes médicales en vigueur. Ces choix alternatifs sont discutés en séance, les bénéficiaires donnant leur avis sur les recommandations médicales et posant des questions à la professionnelle sur la véracité de certaines rumeurs.

Afin d'amener les bénéficiaires à des choix responsables, certain·es professionnel·les mobilisent le registre de la peur. Si ce registre est peu mobilisé par les professionnel·les en ETP, il est par contre utilisé lors des séances d'ESF. Lors d'une séance d'ESF avec les lycéen·nes, sont abordés les gestes à pratiquer en cas de brulure. Les lycéens sont inventifs, mentionnant des remèdes de grand-mère, des crèmes... Les infirmières exposent les dangers des gestes non appropriés : « *ça peut être très très grave.* ». Un pompier, venu animé une séance d'ESF avec des personnes âgées, s'appuie sur la peur de la mort pour amener les participant·es à faire des choix responsables en matière de sécurité. La peur – de la mort dans un cas, de complications très graves dans l'autre – est utilisée comme un argument permettant de convaincre les bénéficiaires de faire le choix « responsable » : ici acheter un détecteur de fumée ou consulter un médecin.

- *Favoriser les choix qui augmentent l'autonomie*

Les professionnel·les de l'ES promeuvent des choix qui augmentent l'autonomie entendue comme contrôle du bénéficiaire sur son corps, correspondant à « *une vision centrée sur le médecin* » (Bouleuc-Parrot 2018). En effet, pour les médecins, l'autonomie renvoie à la capacité à gérer seul sa santé/sa maladie : à s'auto-gérer, s'auto-soigner, à s'autocontrôler, à ne plus être dépendant de l'institution médicale. Selon cette conception, pour être autonome il est nécessaire d'adhérer aux recommandations médicales, aux « *bons choix* » promus par les professionnel·les de santé, et de les appliquer dans sa vie : l'adhésion thérapeutique est la condition à l'autonomie, par le contrôle de son corps, de sa maladie.

Dans le cadre de l'ESF, les animatrices essaient de rendre autonomes les bénéficiaires face à des événements de santé inattendus, notamment par l'appropriation de « *bons gestes* » d'auto-soins. Lors de la séance « *traumatismes* », les lycéens se voient distribuer du matériel d'urgence et doivent soigner une plaie ou une foulure. L'infirmière soutient que « *si vraiment c'est un petit bobo, ce n'est pas nécessaire de courir chez le médecin, des petits gestes suffisent* » (Infirmière, ESF). Au cours de la séance, les participant·es s'essaient à l'auto-soins, et l'animatrice corrige les gestes non maîtrisés (lavement de plaie, bandage trop serré, avis médical…).

Dans les séances d'ETP, les professionnel·les mettent en avant le fait que certains choix permettront aux malades diabétiques d'augmenter leur sentiment de contrôle sur leur maladie. Au cours de séances d'ETP au CHU, les infirmières présentent les avantages du nouveau lecteur de glycémie et expliquent que choisir l'appareil permettra aux bénéficiaires de mieux « *se connaitre* » et de « *comprendre les choses* » : « *à force de se scanner vous allez de plus en plus comprendre les choses et affiner* » (Infirmière, ETP CHU). Quelques mois après, une séance d'ETP est organisée avec le même groupe de participant·es afin de recueillir leurs retours sur l'utilisation de

ce nouveau lecteur. Le sentiment de contrôle est un des avantages du lecteur mis en avant dans les discours des malades. Hubert, diabétique de 60 ans, insiste sur le nouveau pouvoir d'agir qu'il a obtenu grâce au lecteur : « *ce que je veux dire c'est que j'ai le sentiment d'être…de pouvoir faire quelque chose. De ne pas seulement subir ça »* (Hubert, 60 ans, diabétique, ETP CHU).

Le dispositif technologique augmente le « *sentiment d'auto-efficacité* » d'Hubert, c'est-à-dire sa croyance dans sa capacité à pouvoir maitriser les évènements qui affectent son existence (Bandura 2006).

Si les « *bons choix* » mis en avant par les professionnel·les – des choix responsables favorisant l'autonomie – rencontrent un écho majoritairement favorable chez les bénéficiaires, adhérant aux recommandations médicales, il arrive cependant que certains « *bons choix* » soient rejetés par les usager·es. Une tension émerge alors entre bénéficiaires et professionnel·les, les premier·es mettant en avant leur liberté de choix, les second·es insistant pour les amener à adhérer aux choix qu'ils/elles promeuvent.

III.2.3 Les bénéficiaires face aux « bons choix » promus par les professionnels

L'adhésion aux « bons choix » n'est pas automatique chez les bénéficiaires de l'ES. Les travaux en psychologie sociale ont montré que les individus pouvaient critiquer et rejeter les messages reçus au sein des interventions éducatives (Piperini 2012). Les professionnel·les font face à des discours critiques de la part de bénéficiaires refusant de faire les choix promus par les professionnel·les, en soulignant notamment les contraintes sociales et biologiques qui pèsent sur leurs choix. Face aux résistances, les professionnel·les ont une diversité de stratégies de réactions : un continuum allant de l'adaptation du discours à la stigmatisation des bénéficiaires récalcitrants.

- *La remise en question des « bons choix » promus par les professionnel·les*

Certain·es bénéficiaires résistent au message éducatif, remettant en question les normes diffusées : les recommandations alimentaires, l'injonction à l'autonomie et à l'auto-contrôle. Certain·es critiquent le pouvoir médical, questionnent le contrôle de la médecine sur le corps, remettent en question la légitimité du savoir médical. Ils/elles mettent en avant les contraintes qui pèsent sur les choix : la vulnérabilité liée à la pathologie et le manque de ressources économiques, culturelles et sociales.

En premier lieu, certain·es bénéficiaires s'opposent aux normes diffusées par les professionnel·les : les normes alimentaires et la norme d'autonomie. Le caractère liberticide des recommandations médicales revient dans les discours de certain·es bénéficiaires : « *on ne va pas m'interdire de manger ça* » soutient Patrick au cours d'une séance (Patrick, 50 ans, diabétique, séance ETP CHU). Si le professionnel d'ES n'interdit jamais mais conseille, cela n'empêche pas certain·es bénéficiaires d'y voir une injonction qui les oppresse. Une autre participante, Georgette, raconte qu'une diététicienne lui a dit de cuisiner « *des steaks à l'eau* » et qu'elle s'est « *sauvée* » et n'a plus vu de diététicienne pendant des années. A la fin d'une séance d'ETP, l'infirmière nous confie que certain·es patient·es « *refusent* » le lecteur « *car ils ont l'impression d'être « fliqués ». Alors qu'avant ils pouvaient « enjoliver » les chiffres avant de voir le médecin car ils avaient honte d'avoir « abusé », là ils ne pourraient plus le faire* » (Infirmière, ETP CHU). Lors d'une séance d'ESF, alors que l'ergothérapeute souligne la nécessité de contrôler les pratiques alimentaires de leurs parents très âgés afin de diminuer les risques de santé, certain·es bénéficiaires remettent en question la nécessité de ce contrôle : « *mon papa je ne sais pas si j'ai encore besoin de le surveiller à cet âge-là. Il est fatigué… lui il veut mourir* ». (Dominique, 60 ans, ESF). D'autres bénéficiaires n'adhèrent pas à la norme d'autonomie promue. C'est le cas de Georgette, 70 ans, qui critique le lecteur de glycémie qui lui est proposé et qu'elle a essayé pendant plusieurs mois. Elle critique la technologie qu'elle trouve non adaptée à une génération de personnes de plus de 70 ans : « *ça ne m'intéresse pas. Tout ce qui est ordinateur. Je ne saurais jamais faire* » (Georgette, 70 ans, diabétique). En revanche, Georgette valorise le fait qu'elle compte sur son fils pour gérer sa maladie. Elle refuse

d'apprendre à se servir de l'appareil et valorise la dépendance qu'elle développe auprès de son fils. Ce discours ne rencontre pas d'écho parmi les autres participant·es, une autre participante lui dit même de ne pas compter sur son fils et d'apprendre à s'en servir elle-même, « *il ne faut pas compter sur ses enfants* » (Halima, 65 ans, diabétique, ETP CHU). Ainsi, l'autonomie promue par les professionnel·les ne fait pas l'unanimité parmi les bénéficiaires : pour Georgette elle n'est pas vécue comme un gain de confort mais comme une injonction (Ménoret 2015). Elle dit ne pas avoir les capacités pour s'auto-surveiller à l'aide d'un lecteur et ne pas vouloir apprendre. Georgette fait le choix de ne pas se conformer à cette norme d'autonomie, et contrairement à l'ensemble des participant·es de la séance d'ES auquel elle participe, elle refuse de poursuivre avec le lecteur.

D'autres bénéficiaires résistent aux « *bons choix* » en soulignant qu'il ne s'agit pas de choix mais de contraintes. Autrement dit, bien qu'ils/elles suivent les recommandations, ils/elles ne sont pas dupes du fait qu'au contraire ils/elles n'ont « *pas le choix* » : c'est soit le changement d'alimentation, soit la mort. Jean raconte qu'il se « *force* » à manger des crudités bien qu'il ne les aime pas, parce qu'il n'a « *pas le choix* ».

Le discours de Jean pose la question du choix en contexte de vulnérabilité liée à la pathologie chronique. En séance, de nombreux·ses patient·es diabétiques parlent de la peur d'être amputé·es, de la peur de mourir. Ils/elles mentionnent leur peur de voir leur corps dépérir, perdre ses capacités, de se voir de plus en plus dépendant·e et vulnérable. Certain·es ont assisté au déclin de membres de leur famille qui sont ou étaient diabétiques, et redoutent les conséquences de cette maladie. Simon témoigne : « *j'accumule les émotions. J'extériorise pas les émotions positives. Je suis en colère, j'ai perdu trop de temps à réagir. Ça me dégoute d'être comme ça. (…) J'ai peur de ce qui va m'arriver sachant ce qui est arrivé à mon père »,* qui souffrait lui aussi du diabète et qui en est mort très affaibli (Simon, 70 ans, diabétique, ETP Réseau). C'est la peur du déclin qui a poussé Jean et Simon à s'inscrire dans une séance d'ETP dans un Réseau de Santé. Dans ce contexte de vulnérabilité, le plus important pour Jean et Simon est d'être accompagnés dans le changement de comportement alimentaire : ils adhèrent aux recommandations médicales tout en soulignant qu'ils n'ont pas le choix, que l'observance est la condition à leur survie. Les bénéficiaires ont conscience que leur capacité de choix est très limitée et cadrée par la maladie.

D'autres remettent en question la véracité des recommandations médicales en soulignant que les « *bons choix* » d'aujourd'hui ne sont pas forcément les « *bons choix* » qui étaient recommandés par les soignant·es d'hier. Lors d'une séance d'ESF, après avoir appris à poser un garrot pendant la séance, à la pause, un couple de bénéficiaires rappelle qu' « *à leur époque* » ce n'était pas comme ça qu'on le posait. Lors d'une séance d'ETP au CHU, Pierre souligne que : « *Le médecin m'a dit "il faudrait mieux que ça baisse" alors que le médecin d'avant me disait "tout va bien" ! Le problème c'est les infos sur le diabète. j'en ai entendu du blanc, du noir, un troisième qui dit autre chose... je ne sais plus où j'en suis !* » (Pierre, 70 ans, diabétique, ETP CHU). En mettant en avant les contradictions des informations médicales sur le diabète, Pierre questionne la légitimité du savoir médical. Il met en avant un phénomène bien connu dans la littérature : les « *bons choix* » promus en santé publique fluctuent selon les années et l'évolution des recherches scientifiques[13] (Delaisi De Parseval and Lallemand 1980). Dans le champ de l'ETP, les « *bons choix* » promus sur la gestion du diabète ont eux aussi évolué avec le temps. Lors des séances d'ETP, les bénéficiaires soulignent qu'ils essaient de faire des efforts pour changer d'alimentation mais que c'est « *difficile* » car ils ont pris des mauvaises habitudes, et ce depuis qu'ils sont enfants. Dans les groupes observés, la moyenne d'âge est de 60 ans. Les bénéficiaires racontent que les messages de santé publique dans leur enfance n'étaient pas du tout les mêmes, voire contradictoires. Ils/elles mettent en avant le caractère situé et contextuel des messages des professionnel·les de santé. Les bénéficiaires mobilisent leur « *habitus alimentaire* » (Bourdieu 1979) à la fois comme explication de leurs « mauvais choix » alimentaires mais aussi de leurs difficultés à faire « *les bons choix* ».

Enfin, les bénéficiaires mentionnent les contraintes matérielles et culturelles qui les empêcheraient de faire certains choix. Par exemple, lors d'une séance ETP, Simon raconte que dans sa famille d'ouvriers venant du nord de la France, cela fait plusieurs générations que les membres de la famille

[13] Dans le champ de l'éducation à la santé reproductive par exemple, dans les années 1950 les femmes venant d'accoucher étaient incitées à boire de la bière pendant l'allaitement, alors qu'aujourd'hui la consommation de bière est considérée comme une pratique à risque élevée.

meurent jeunes du diabète. Simon essaie de parler à ses enfants afin qu'ils ne fassent pas comme lui. Il diffuse les informations qu'il apprend en ES pour éduquer les autres membres de sa famille, pour les inciter à faire des « *bons choix* » alimentaires. Il raconte que la précarité économique, couplée avec une culture de la « *malbouffe* », fait que les habitudes alimentaires dans sa famille sont très difficiles à changer. Le constat de Simon est corroboré par les travaux en sociologie de l'alimentation, ayant documenté le poids de la position sociale, du capital économique et culturel dans les habitudes alimentaires des individus (Maurice 2016).

Le fait qu'il soit possible pendant certaines séances d'ES d'exprimer un point de vue contraire aux professionnel·les de santé, de s'opposer de manière directe aux choix responsables et favorisant l'autonomie proposés, pourrait laisser penser que les dispositifs d'ES favorisent la « *liberté positive* » (Sen 1985) des participant·es, c'est-à-dire la possibilité faire des choix sans y être contraint. Toutefois, les professionnel·les développent des stratégies pour faire face à ces critiques et réduire les oppositions aux « *bons choix* ».

- *Les professionnel·les face aux choix « irresponsables » : de l'adaptation du discours au rejet*

Face aux résistances des participant·es les professionnel·les ont une diversité de stratégies de réactions : un continuum allant de la remise en question, l'incorporation des critiques, la négociation, à la stigmatisation des bénéficiaires récalcitrants.

Une première stratégie est de se remettre en question en tant que professionnel·le. Certain·es professionnel·les prennent de la distance vis-à-vis de la légitimité du savoir qu'ils/elles transmettent. Lors d'une séance d'ESF observée, le pompier met en avant le caractère situé et contextuel de ses conseils : « *dans les pays anglosaxons cela ne se passe pas comme ça* ». Au cours d'une séance d'ETP, l'infirmière remet en question son savoir médical et met en avant le savoir expérientiel des patient·es : « *nous on apporte une parole mais on n'est pas… on ne peut pas savoir, on essaie mais bon* » (Infirmière, ETP CHU).

Une seconde stratégie observée est d'incorporer les critiques. Certains professionnel·les adaptent leur discours en prenant en compte les contraintes identifiées par les bénéficiaires. Par exemple, au cours d'une séance d'ETP la diététicienne souligne que les soupes maisons sont excellentes pour la santé. Jean réagit en disant qu'il n'a pas le temps de se faire une soupe car il travaille et qu'il boit donc des soupes « *en berlingot* ». La diététicienne valide son choix (« *oui ça dépanne* »), tout en lui précisant que c'est une solution de moins bonne qualité car « *ils rajoutent du sel* ». Dans d'autres situations, la diététicienne rebondit en proposant des choix alternatifs, en prenant en compte les contraintes matérielles des participant·es. Elle s'appuie aussi sur le groupe, qui donne des solutions créatives. En ouvrant leur définition des « *bons choix* » à plusieurs « *bons choix* », prenant en considération le contexte de vie des bénéficiaires, la professionnelle amène le bénéficiaire à changer son comportement. Le choix final de l'usager est le résultat d'une négociation avec la professionnelle, une co-construction.

Une troisième stratégie est celle du recours à un tiers. Dans certaines situations où la négociation semble échouer, il arrive que l'animateur·rice oriente vers un tiers professionnel·le de santé. Lors d'une séance d'ESF, alors qu'un désaccord se forme entre l'ergothérapeute et plusieurs participant·es autour de la question du contrôle des habitudes alimentaires des personnes âgées, à plusieurs reprises l'animatrice insiste sur le fait qu'il faut inclure « *le médecin* » dans leurs décisions concernant leurs parents.

Enfin, la dernière stratégie est celle de la stigmatisation du mauvais patient/usager, que ce soit un membre interne du groupe ou un membre extérieur. Au cours des séances d'ESF, les participant·es ne s'opposent pas aux recommandations directement mais dénoncent des personnes qui selon elles qui ne les respectent pas. Les bénéficiaires mettent en avant les « *mauvais choix* » des autres plutôt que les leurs. L'ergothérapeute insiste alors sur le fait que ce sont à eux/elles d'adopter les « *bons comportements* », le pompier rajoute qu'ils/elles peuvent donner à leur entourage de « *bons conseils* ». L'identification des mauvaises pratiques de membres externes au groupe permet aux professionnel·les de souligner les nécessaires « *bons comportements* ». Les membres internes du

groupe seraient alors en légitimité « *d'imposer* » ces « *bons choix* » aux autres individus pour leur bien. Tout se passe comme si la stigmatisation de membres externes au groupe permet de renforcer le caractère prescriptif des recommandations des éducateur·trices.

Dans d'autres situations de critique plus directe des « *bons choix* », les professionnel·les réagissent en stigmatisant les « *mauvais* » bénéficiaires au sein du groupe. A la fin d'une séance d'ETP, l'infirmière propose aux bénéficiaires qui le souhaitent de revenir en consultation individuelle afin qu'elle puisse contrôler l'évolution de la glycémie. Les bénéficiaires ont le choix de prendre rendez-vous ou pas, et certain·es répondent ne pas vouloir revenir. Or, l'infirmière avait préalablement identifié certain·es patient·es qui malgré l'utilisation du lecteur, continuaient à faire de nombreuses hypoglycémies. Elle insiste alors auprès de ces patient·es en nommant explicitement, tout en précisant « *c'est vous qui voyez* » (Infirmière, ETP CHU). La plupart des « *nommés* » reprendront rendez-vous par la suite, à l'exception de Patrick, qui refuse de prendre rendez-vous alors qu'il est « *césarisé* » : il met en avant ses efforts en minimisant le nombre d'hypoglycémies. L'infirmière lui demande son pourcentage dans la cible mais met en doute son estimation et va regarder son lecteur pour vérifier. Elle lui propose à nouveau de le voir et il refuse au motif qu'il va déjà consulter son médecin généraliste près de chez lui.

Enfin, prenons l'exemple de Georgette, réfractaire à la technologie mais aussi aux recommandations alimentaires. Lors d'une séance d'ETP, elle défie l'infirmière et la diététicienne animant la séance en buvant un jus de fruit car elle est « *assoiffée* ». Les soignantes la regardent d'un air contrarié en lui précisant que ce jus représente « *quatre morceaux de sucre* » donc beaucoup plus que ce qu'elle devrait consommer en tant que diabétique. Georgette boit le jus quand même car elle a soif et que personne ne lui a amené un verre d'eau. Les autres participant·es fixent Georgette face à cet acte de résistance, Halima s'exclame « *ah elle boit !* » (Halima, 65 ans, diabétique, ETP CHU). Georgette finit son jus entièrement devant les regards contrariés des deux animatrices. Pour autant, malgré ses réticences face aux diététiciennes, juste après Georgette dit vouloir prendre rendez-vous avec la diététicienne. Dans les deux cas de Patrick et Georgette, ceux/celles-ci sont étiqueté·es comme des « *mauvais·es patient·es* » par la professionnelle et le groupe car ils/elles s'opposent aux « *bons choix* » promus par les professionnel·les : prendre rendez-vous et suivre les recommandations alimentaires. Cette stigmatisation sert en miroir à valoriser les « *bons choix* » des autres participant·es.

III.2.4. Conclusion des résultats

Selon Hays, l'agentivité individuelle dans sa définition la plus minimale renvoie à la situation d'avoir le choix entre plusieurs alternatives (Hays 1994). Pour Bandura (2006), adopter une démarche réflexive permettant aux individus d'expliciter leur choix constitue une étape importante de l'agentivité individuelle. En se basant sur ces définitions, nos résultats d'enquête tendent à démontrer que les interventions éducatives favorisent l'agentivité individuelle. Les dispositifs d'ES donnent en effet la possibilité de faire des choix parmi des alternatives structurellement disponibles dans une situation donnée. Ils ne défendent pas un choix unique mais plusieurs alternatives adaptées au contexte de vie de la personne. Les professionnel·les de l'ES aident les bénéficiaires à conscientiser leurs choix, d'en expliciter les raisons, à développer une démarche réflexive. La liberté de choix des individus est respectée, les choix ne sont pas contraints directement par les professionnel·les et on peut constater l'existence de discours critiques de la part de bénéficiaires.

Les formes d'agentivité que nous avons observées lors de ces séances d'ES nécessitent cependant d'être davantage caractérisées.

Premièrement, la considération du contexte et de l'environnement de vie des personnes recevant l'intervention éducative ne répond pas entièrement à la liberté de choix. Cette liberté de choisir est limitée par le statut même du bénéficiaire – malade dans un cas, en bonne santé dans l'autre. En séances d'ETP, la gravité de la maladie limite les capacités de choix des bénéficiaires dont les marges de manœuvres sont réduites. L'observance devient l'unique possibilité offerte à ces

malades pour vivre avec leur maladie. L'intervention éducative renforce la conscientisation des malades de pas avoir le choix ; ces patient·es se forcent alors à adhérer aux recommandations médicales et aux normes d'autonomie défendues par les professionnel·les. Ils consentent à la perte de la liberté et accentuent leur auto-contrôle. Dans les séances d'ESF, les individus « *en bonne santé* » sont davantage mis dans des situations théoriques de choix (face à l'urgence ou aux « *petits maux du quotidien* »), et emmenés vers des choix conformes en termes de recours aux soins.

Deuxièmement, on constate une diversité de postures éducatives selon les professionnel·les animant les interventions. Ces postures éducatives sont plus ou moins favorables à l'expression de l'agentivité individuelle des bénéficiaires. La mise en avant de choix alternatifs diffère selon les dispositifs éducatifs et les postures éducatives des professionnel·les : dans le cas de l'ESF et de l'ETP au sein du Réseau de santé, les éducateur·trices mettent en avant une diversité de choix alternatifs, alors que l'ETP en milieu hospitalier observée, un seul choix responsable était mis en avant, celui d'utiliser un nouveau lecteur de contrôle de la glycémie. Dans les séances d'ESF, la posture éducative est favorable à l'agentivité individuelle dans la mesure où les bénéficiaires ont à s'exprimer sur des choix qu'ils feraient face à tel ou tel événement de santé, et inviter à expliciter leurs choix. La posture éducative dans l'ESF ne contrevient pas à cette expression mais se contente de mettre en avant, parmi les choix discutés, ceux conformes aux recommandations de recours aux soins.

Enfin, notre enquête a permis de révéler l'existence d'une forme distincte d'agentivité individuelle en contexte éducatif : l'agentivité transgressive. Dans le contexte de l'ES, les bénéficiaires font preuve d'agentivité transgressive quand, tout en s'appuyant sur la démarche réflexive encouragée par l'ES, ils/elles adoptent des attitudes ou expriment des choix non conformes, transgressifs, mettant à l'épreuve la norme enseignée et la posture éducative des professionnel·les. L'agentivité transgressive ne se situe pas nécessairement en opposition à l'offre éducative ; selon le dispositif éducatif et les professionnel·les, elle peut au contraire y trouver toute sa place et même une certaine légitimité. La possibilité de cette expression, non attendue par les professionnel·les et susceptible de déstabiliser le message éducatif, garantit précisément la qualification des dispositifs éducationnels en santé comme espaces de liberté d'action.

III.3. Apports des résultats dans le domaine

Les résultats de la recherche EXPAND apportent de nombreuses contributions dans le domaine de recherche. En premier lieu, les résultats contribuent à une meilleure compréhension de l'agentivité dans des contextes d'éducation en santé. Nous avons diffusé les résultats d'EXPAND lors d'une journée d'étude et feront l'objet d'une communication internationale en juillet 2021. Les résultats d'EXPAND sont en cours de publication sous la forme de chapitre d'ouvrage et d'article scientifique (*cf. IV. Valorisation*). En second lieu, les résultats d'EXPAND alimentent les travaux actuels autour de l'évaluation des interventions complexes en santé. En effet, nos résultats soulignent l'importance de prendre en compte la question de l'agentivité des bénéficiaires dans l'évaluation des interventions éducatives. En troisième lieu, les résultats d'EXPAND nous ont permis de construire un programme de recherche ambitieux autour de l'agentivité : le projet EXPANDISS. Le contrat de définition EXPAND propose une réflexion conceptuelle et une entrée empirique exploratoire. L'ambition était d'aller plus loin dans un programme de recherche interventionnelle où sont élaborées, mises en œuvre et évaluées des interventions éducatives se basant sur les connaissances acquises autour de l'agentivité. A cet effet, des contacts ont été pris avec des partenaires internationaux, afin de construire un réseau international de recherche dans quatre territoires francophones : Québec, Cote d'Ivoire, Suisse, Belgique. La lettre d'intention du projet EXPANDISS, déposée à l'IRESP en septembre 2020 a été acceptée en novembre 2020 (Annexe 4) ; le projet complet a été déposé en janvier 2021.

IV. Difficultés rencontrées et solutions mises en œuvre

Plusieurs prévisions méthodologiques inscrites dans le projet initial n'ont pas pu être mises en place, et ce pour plusieurs raisons.

IV.1. Démarrage tardif et report de tâches

Le conventionnement a été tardif par rapport à l'acceptation du projet. Des raisons administratives d'une part et l'indisponibilité de la coordinatrice pour des raisons de santé d'autre part ont fait que le projet n'a effectivement démarré qu'en mars 2019. Une conséquence directe a été que l'action d'éducation pour la santé initialement prévue pour une des 3 études de cas n'était plus réalisée. Par ailleurs, une nouvelle indisponibilité de la coordinatrice pour des raisons de santé pendant plusieurs semaines à l'automne 2019 a retardé d'autant la gestion du projet, bien que les observations de terrain et la revue de la littérature aient alors démarré, pilotées par la post-doctorante.

Deux autres conséquences sont d'une part que les séminaires de travail n'ont pas pu se réunir autant de fois que prévu initialement et que d'autre part, il a été décidé de ne pas construire un glossaire de l'agentivité et d'utiliser le concept mapping. Nous avons préféré nous centrer sur la double revue de littérature autour de laquelle il était possible d'échanger au cours des deux séminaires de travail.

Ajustements

- *Deux demandes de prolongation ont été demandées (sans impact sur le budget) et accordées par l'IReSP : jusqu'en août 2020 et ensuite jusqu'en décembre 2020.*
- *En partenariat avec le LEPS, il est envisagé de faire réaliser le glossaire de l'agentivité dans le cadre d'un stage de Master 2 en 2021-22.*
- *Des contacts perdurent entre les équipes : A. Maurice est partenaire du projet EXPANDISS ; J. Kivits a intégré le projet REBONDIR piloté par P. Böhme*

IV.2 Difficultés d'accès aux terrains

Nous avons rencontré des difficultés d'accès à certains terrains. En effet, entre l'écriture du projet en 2017 et le début du financement en 2019, certains des dispositifs éducatifs présents dans le projet initial ont arrêté de faire des séances[14]. Nous avons alors démarché d'autres acteurs afin de trouver de nouveaux terrains. Par ailleurs, il était prévu d'observer des séances d'éducation à la santé familiale. Or très peu ont été programmées par notre partenaire en 2019 : les premières séances incluses dans le projet sont celles de juillet 2019 ; les séances suivantes n'ont été programmées qu'en début d'année 2020.

Ajustements

- *A l'automne 2019, un accord de participation de la part du Rectorat de Strasbourg a été obtenu. Il s'agissait d'inclure dans le projet une action d'éducation pour la santé en milieu scolaire (écoles primaires et collèges). Après leur participation au 2e séminaire de travail, un calendrier a été fixé de mars à mai 2020. La crise sanitaire ne nous aura pas permis de*

[14] Il s'agissait de l'action de sevrage tabagique TABADO dans le cadre du projet RESIST.

réaliser ces observations. La situation sanitaire ne permet toujours pas un retour sur le terrain.

IV.3 Les effets de la crise sanitaire

Du fait de la crise sanitaire, le colloque international dans lequel nous devions communiquer les résultats du projet EXPAND devant avoir lieu en juillet 2020 a été annulé et repoussé à juillet 2021.

Par ailleurs, la crise sanitaire a affecté le bon déroulement de l'enquête ethnographique, nous contraignant à repousser puis à annuler des observations participantes ainsi que les focus groupes que nous comptions mener avec des professionnels de l'ES.

Il était prévu de mener des observations participantes dans un troisième type de dispositifs d'ES, conformément au projet initial et suite à l'accord de participation du Rectorat de Strasbourg dans le projet. Les observations en écoles primaires et collèges devaient débuter en mars ; l'annonce du confinement puis l'installation de la crise sanitaire a rendu impossible ces observations. Par ailleurs, il était prévu de mener des focus groupes avec des professionnels de l'ES à partir de mars 2020 au sein du laboratoire APEMAC. L'annonce du confinement puis l'installation de la crise sanitaire a rendu impossible ces focus groupes.

Face à l'impossibilité de finir l'enquête ethnographique, il a été nécessaire d'adapter notre recherche. Le temps qui devait être dédié à l'enquête a été dédié à l'écriture et au dépôt d'un projet de recherche dans la continuité d'EXPAND (projet EXPANDISS) à l'IRESP en septembre 2020.

V. Récapitulatif des tâches et de leur réalisation

Pour chaque tâche initialement prévue ou décidée en cours de projet, préciser l'état d'avancement de la tâche : réalisée, retardée, révisée, abandonnée.

Taches	État d'avancement
Séminaires	Tâche révisée : - 2 séminaires au lieu de 4 - Poursuites des partenariats avec le LEPS (EXPANDISS et réseaux de chercheurs en évaluation et alimentation)
Axe 1	Tâche révisée et reportée : - Ajout d'une revue de littérature - Glossaire envisagé dans le cadre d'un stage professionnel 2021-22
Axe 2	Tâche réalisée en partie : 2 études de cas au lieu de 3
Axe 3	Tâche abandonnée : aucun focus groupe n'a pu être réalisé étant donné la crise sanitaire actuelle
Concept mapping	Tâche révisée : pas de concept mapping mais revue de littérature autour du concept d'agentivité
Rapport	Réalisé
Valorisation	Tâche réalisée : - 3 communications dans 2 journées d'étude et un colloque international - Chapitre d'ouvrage soumis – à paraître en 2021 - Article sur la revue de la littérature en cours d'écriture

VI. Bibliographie

Abel, T. and Frohlich, K.L. 2012. Social Science & Medicine Capitals and capabilities : Linking structure and agency to reduce health inequalities. *Social Science & Medicine* 74(2), pp. 236–244. Available at: http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.10.028.

Bandura, A. 2006. Toward a Psychology of Human Agency. *Perspectives on Psychological Science* 1(2), pp. 164–180. Available at: http://dx.doi.org/10.1111/j.1745-6916.2006.00011.x.

Billon-descarpentries, J. 2000. Essai de théorisation des modèles explicatifs de l'éducation appliquée à la santé. *Revue de recherches en éducation* (25), pp. 17–30.

Bouleuc-Parrot, C. 2018. Education thérapeutique du patient: vers un patient autonome. *Laennec* 2(66), pp. 4–6.

Bourdieu, P. 1979. *La distinction*. Paris: Les Editions de minuit.

Cambon, L. 2016. Le nudge en prévention... troisième voie ou sortie de route? *Sante Publique* 28(1), pp. 43–48. doi: 10.3917/spub.161.0043.

Delaisi De Parseval, G. and Lallemand, S. 1980. *L'Art d'accommoder les bébés : 100 ans de recettes françaises de puériculture*. Paris: Seuil.

Descarpentries, J. 2016a. L' utopique attitude critique d'une éducation à la santé émancipatrice. *Recherches et éducations* 16, pp. 123–139.

Descarpentries, J. 2016b. L' utopique attitude critique d'une éducation à la santé émancipatrice. *Recherches et éducations* 16, pp. 123–139.

Fassin, D. and Memmi, D. 2004. *Le gouvernement des corps*. EHESS. Paris.

Hays, S. 1994. Structure and Agency and the Sticky Problem of Culture. *Sociological Theory* 12(1), pp. 57–72.

Le Helloco, G. 2015. L'autonomie du patient, d'une sémantique unique vers des usages contemporains complexes. *Educ ther Patient/Ther Patient Educ* 7(2). doi: 10.1051/tpe/2015008.

Kivits, J. 2019. *Faire de la recherche sociologique en santé publique? Du positionnement à la pratique: le cas de la recherche sur l'information et l'éducation en santé*. Université de Lorraine.

Klein, A. 2010. Quel sujet pour l'éducation en santé? Les apports de Michel Foucault pour les interventions éducatives en santé publique. *santé et Education* 3, pp. 47–75.

Lecorps, P. 2010. Du bon usage de la prévention dans la santé. *Revue Projet* 6(319), pp. 35–42.

Margat, A. et al. 2017. Interventions en littératie en santé et éducation thérapeutique : une revue de la littérature. *Santé Publique* 29(6), pp. 811–820.

Maurice, A. 2016. Les effets d'un programme d'éducation alimentaire au collège sur les élèves. Analyse des résultats obtenus dans différents contextes socioculturels. *Education, Santé, Sociétés* 2(2), pp. 131–149.

Ménoret, M. 2015. La prescription d'autonomie en médecine. *Anthropologie & Santé* 10

Pélicand, J. et al. 2009. Observance, auto-soin(s), empowerment, autonomie : quatre termes pour questionner les enjeux de l'éducation du patient dans la relation de soins. *AdSP* 66, pp. 21–23.

Peretti Watel, P. and Moatti, J. 2009. *Le principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérives*. Paris: Le Seuil / La République des idées.

Pétré, B. et al. 2019. La posture éducative, une pièce maîtresse au sercice de l'éducation thérapeutique du patient! *Ed* 11(15501). doi: https://doi.org/10.1051/tpe/2018019 ARTICLE.

Piperini, M.C. 2012. L'effet paradoxal de la communication persuasive en sessions d'éducation pour la santé. *Santé publique* 24(6), pp. 533–546. Available at: https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84877019460&partnerID=40&md5=a390b9731e4cbb9fc386bda1720f2394.

Rebughini, P. 2018. Critical agency and the future of critique. *Current Sociology* 66(1), pp. 3–19. doi: 10.1177/0011392117702427.

Saout, C. and Voiturier, J. 2015. *Cap Santé! Rapport en vue du cahier des charges des expérimentations des projets d'accompagnement à l'autonomie prévues par le projet de loi de modernisation de notre système de santé*.

Sen, A. 1985. Well-being, agency and freedom: The Dewey lectures 1984. *The Journal of Philosophy* 4(82), pp. 169–221.

VII. Annexes

1. Comptes-rendus des séminaires scientifiques
2. Observations : Lieux et dates des séances observées
3. Lettre d’intention EXPANDISS

VII.1. Séminaires scientifiques

VII.1.1. Compte-rendu du séminaire du 5 juillet 2019

Séminaire EXPAND
5 juillet 2019

Présents :
- Joëlle Kivits
- Louise Virole
- Maud (interne pour la MSA)
- Aurélie Maurice
- Philippe Bohme

Programme du séminaire

9h30-12h30
1. Présentation du projet EXPAND
2. Discussion autour des concepts théoriques
3. Théories et pratiques d'éducation à la santé
4. Revue de Littérature Systématique

14h-17h
5. Observations prévues et à prévoir

1. Présentation du projet EXPAND

« De l'Exploration du concept d'Agentivité à prise en compte dans le développement des interventions éducatives »

- Contexte :
  - Démarches éducatives variées : ETP, EPS, ESF…
    - S'inscrivant dans le champ de la promotion de la santé
    - Mais dont l'objectif premier reste le changement de comportement individuel
  - Peu d'exploration du vécu de l'intervention par le bénéficiaire et de l'appropriation de l'éducation dans son cadre de vie
  - Un concept à mobiliser pour une meilleur compréhension de l'expérience du bénéficiaire : **l'agentivité**
    - possibilité pour l'individu de faire des choix et d'agir de manière plus ou moins autonome, libre et critique, mais toujours en résonance avec son monde social de référence
    - Dans les éducations en santé => possibilité dont disposent les sujets pour agir : s'approprier, négocier, résister à un message éducatif ; modifier ou garder le comportement visé; participer ou ignorer l'intervention
- Objectif : explorer l'agentivité dans les interventions éducatives en santé et d'en identifier les manifestations concrètes

Trois volets méthodologiques :
- Elaboration d'un glossaire de l'agentivité
- Réalisation d'études de cas basées sur 3 interventions
- Réalisation de 3 focus groupes avec des professionnels
- Concept mapping

Perspectives :
- Compréhension des interrelations entre déterminants individuels et sociaux, comportements de santé et environnement social=> déterminants des ISS
- Agentivité: levier d'amélioration des interventions éducatives
- Agentivité: levier d'amélioration des interventions éducatives

- Projet financé par l'IReSP
  - 48 720 € (O,5 ETP Post-doctorat, missions partenaires, focus groupes)
  - Durée : 1 an
  - Contrat de définition

Equipe responsable
- - Joëlle Kivits - responsable
- - Louise Virole - post-doctorante

- Laetitia Minary - chercheure

- **EA 4360 APEMAC**

Partenaires « scientifiques »
- Kate Frohlich, Université de Montréal, École de Santé Publique
- Aurélie Maurice et Rémi Gagnayre, Université Paris 13, LEPS EA 3412« Laboratoire Education et Pratiques en Santé »

Partenaires « terrain »
- CHRU Nancy, Philip Böhme // ETP
- Rectorat de Strasbourg (Pascale Legrand) // EPS
- MSA (Jean-Louis Deutscher) // ESF
+ Participation de Joséphine Soulier, CESP

- Modes de travail
  - Séminaires scientifiques
  - Travail de « terrain » : équipe de Nancy
- Livrables
  - Rapport scientifique : mars 2020
  - Productions scientifiques : revue de la littérature (en cours) / terrain ? / conceptuel ? => à discuter
  - Proposition d'un nouveau projet de recherche : plutôt AAP 2021…

=> A voir pour proposer un projet à l'international ? A. Maurice est à la Chaire de l'UNESCO »EducationS & Santé : objectif renouveler le cadre épistémologique de la prévention, de la promotion et de l'éducation à la santé. Chercheurs de pays du Sud et du Nord.

=> a voir pour proposer une mise en réseau ?

- 1 « pré-communication »

CONGRES AFDET 2019

2. Eléments théoriques:

- Un concept aux définitions multiples renvoyant à des courants/approches théoriques hétérogènes

  Agentivité (définition projet EXPAND):
  « *possibilité pour l'individu de faire des choix et d'agir de manière plus ou moins autonome, libre et critique, mais toujours en résonance avec son monde social de référence* »

- Possibilité: la plupart des auteurs parlent plutôt de « capacités » ou de « compétences » des individus.
- Individu: l'agentivité est souvent pensée au niveau de l'individu. Mais A. Sen développe aussi l'agencéité collective.
- Choix: La notion de choix est centrale dans la définition. Dans une approche de l'agentivité morale, on évalue si les choix des individus sont « raisonnés » « réfléchis » (Smette, Stefansen et Mossige 2009). Dans la théorie des capabilités de A. Sen, on s'intéresse aux possibilités des individus à faire des choix et à les atteindre effectivement (Gangas 2016).

=> Discussion : A. Maurice/J.Kivits/L.Virole
A. Maurice : La notion « d'agentivité morale » semble critique : quels auteurs/quelles disciplines mobilisent ce concept ? Ce serait bien de classer les définitions de l'agentivité par discipline (sociologie, psychologie cognitive, sciences de l'éducation, psychologie sociale, économie…) dans un tableau.

- Agir: C'est l'action qui définit l'agentivité: la capacité des agents à agir (Sen 2008). Sans action, pas d'agentivité. L'action est toujours située dans un contexte, une situation donnée. Dans une approche pragmatiste, on s'intéresse à la capacité des acteurs à répondre de manière créative dans une situation donnée (Joas 1996)

=> A. Maurice : le terme « manière créative » est assez étonnant, ne l'avait jamais lu. J.Kivits : c'est une traduction de l'anglais « creatively » :« capability of the actor to respond creatively to the demands of the 'situation' » (Joas 1996) : on attend pas forcément du bénéficiaire qu'il créé quelque chose de nouveau, on observe juste ce qu'il fait dans la situation donnée

- Autonomie: L'agentivité renvoie à la capacité du sujet à agir d'une manière autonome (Rebughini 2018). Pour Sen, l'autonomie est la capacité de faire ses propres choix sans dépendre de quelqu'un.

=> la formulation « sans dépendre de quelqu'un » renvoie au concept d'indépendance. Bien différencier les concepts d'autonomie/indépendance. Sur l'autonomie cf. Olivia Gross qui travaille sur l'empowerment

- Liberté: Selon Sen, avoir une liberté de choix suppose d'avoir des choix alternatifs. Ces choix sont libres s'ils sont faits indépendamment des contraintes imposées par les autres ou par l'institution.

=> Discussion autour du choix « libre » : est ce qu'un choix « libre » existe ? Le choix est toujours déterminé par d'autres éléments : les ressources, l'environnement, l'inconscient, l'expérience vécue… Les choix ne sont pas « indépendants » du cadre social. Est-ce que l'individu est capable de faire des choix libres ? Est-ce que cela suffit d'avoir des choix alternatifs pour le choix soit considéré comme « libre » ?
A. Maurice : est ce que l'agentivité ce serait de pouvoir faire des choix qui ne sont pas les mêmes que l'individu aurait fait s'il n'avait pas eu l'intervention ? Elargir le champ des possibles dans les choix. Rendre accessibles des choix alternatifs
Kivits : c'est accompagner les individus à « prendre conscience » afin qu'ils fassent des choix. Remplacer « indépendamment des contraintes imposées par les autres ou par l'institution » par « des choix en conscience des contraintes sociales ».
L.Virole : est ce que l'agentivité ce n'est pas donner l'impression d'avoir le choix ? vs. Sentiment de « ne pas avoir le choix ». En donnant des choix alternatifs, on donne à l'individu l'impression d'avoir le choix, de pouvoir librement faire un choix. Il faut néanmoins que les choix sont accessibles : augmenter l'agentivité, c'est augmenter la capacité d'avoir et de faire des choix (=> concept de capabilité de A. Sen).
=> C'est donner aux individus la possibilité d'avoir un choix

- Critique: Tous les auteurs ne mentionnent pas la dimension « critique » des choix des agents. Dans le courant de l'agentivité critique (foucaldien), l'agentivité renvoie à la capacité du sujet à prendre de la distance vis-à-vis de la domination, de l'objectification et à imaginer des alternatives (Rebughni 2018).

=> A. Maurice : Bien distinguer ce qui relève du courant de sociologie critique (ex.foucaldien : critique des modes de transmission des normes, contre la responsabilisation des individus) et ce qui relève des capacités critiques de l'individu (résistances)

- Monde social: L'individu est ancré dans un monde social, ses choix sont influencés par les déterminants sociaux. L'agentivité et les occasions de l'exercer sont régies et construites par les structures sociales (White et Wyn 1998)
=> Le terme « déterminants sociaux » est içi entendu dans le sens de déterminants sociaux de santé (approche santé publique), et non dans une approche sociologique déterministe (de type Bourdieu).

=> Pour aider l'individu à « prendre conscience », il faut prendre l'individu dans son contexte, son environnement. Ne pas être mesurée uniquement pas des indicateurs biomédicaux.

=> A. Maurice : Pour étudier l'éducation à la santé, prendre en compte les déterminants sociaux, mais aussi les interactions : stratégies… Ne pas s'enfermer dans un seul paradigme théorique

- Enjeu théorique: comment mesurer l'agentivité des individus?
    - Une interprétation réflexive des acteurs?
        - On démontre une part d'agentivité lorsque l'on se sent « agent » ou « agente » de ses propres actions (Bulot, Thomas et Delevoy-Turrelu 2007)
    - Une interprétation normative du chercheur?
        - Qui et comment décider ce qu'est un comportement « agentique » ou « non agentique »?
        - Comment évaluer si un choix est fait de manière « autonome, libre et critique »?

=> Besoin d'un troisième regard : celui des professionnels. Triangulation des regards

=> A. Maurice : ne pas opposer « comportement agentique et « non agentique » mais plutôt faire une gradation de l'agentivité.

CCl : Agentivité : une situation de choix des individus
Besoin d'une approche non normative des choix
A se poser comme question : comment observer cette dimension de « choix » dans les interventions ?

=> P. Bohm : est-ce que l'agentivité est un processus ? ou un résultat ?

Un concept complexe à opérationnaliser

- Agentivité: concept peu utilisé dans la littérature en santé publique
- Concept mobilisé dans le champ de l'écologie (Morin 2019)
- Concept mobilisé dans la littérature sur le genre:
    - **Agentivité sexuelle** (Lang 2011): « idée de « possession » de son propre corps et l'expression de sa sexualité –se sentir « agent » ou « agente » de sa sexualité. Cette prise en charge de son propre corps et de son propre plaisir donnerait l'occasion d'apprécier une sensation de pouvoir (to feel empowered) sur la situation de même que sur son corps (body ownership)) »
- **Concept d'empowerment**: très utilisé en santé publique

Concept d'empowerment:

- Processus par lequel les personnes, les organisations et les communautés accroissent la maîtrise des questions qui les concernent
- Plusieurs niveaux: empowerment psychologique/empowerment organisationnel/empowerment communautaire

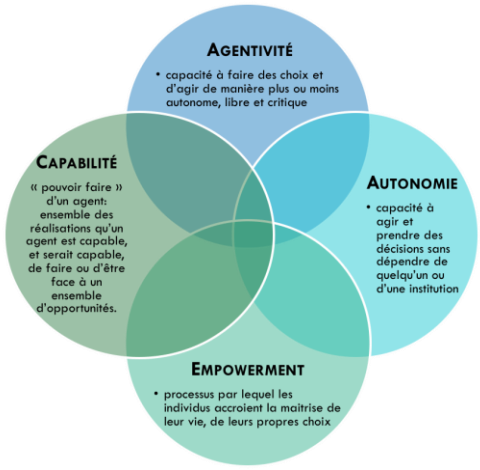
« *L'empowerment est le résultat d'une interaction dynamique entre deux niveaux: le développement de compétences individuelles (internes) et le dépassement de barrières structurelles (externes), afin d'accéder aux ressources.* » (Wallerstein 2006)

Empowerment des usagers: objectif des politiques de santé publique

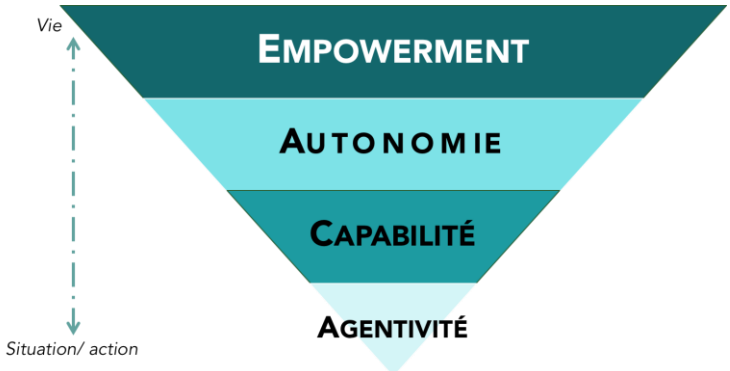
- «*processus dans lequel des individus et des groupes agissent pour gagner la maîtrise de leur vie et donc pour acquérir un plus grand contrôle sur les décisions et les actions affectant leur santé dans le contexte de changement de leur environnement social et politique* » (HAS, 2005, p. 14))
- Au cours des dernières décennies, l'empowerment des patients ou des usagers s'est affirmé comme une initiative partenariale et une stratégie d'autonomisation des patients, destinées à améliorer la santé et la qualité de vie des personnes atteintes de maladie chronique
- Accompagnement à l'autonomie en santé (LEPS 2019): empowerment individuel (capacité à faire des choix perso: littératie en santé…), environnement capacitant (soignants, système de santé), empowerment collectif (prise de conscience collective), empowerment organisationnel

Des concepts très proches dont les définitions parfois se recoupent:

Agentivité individuelle: capacité à faire des choix et d'agir de manière plus ou moins autonome, libre et critique
Autonomie individuelle: capacité à agir et prendre des décisions sans dépendre de quelqu'un ou d'une institution
Empowerment individuel: processus par lequel les individus accroient la maitrise de leur vie, de leurs propres choix
Capabilité: « pouvoir faire » d'un agent: ensemble des réalisations qu'un agent est capable, et serait capable, de faire ou d'être face à un ensemble d'opportunités.



- Des concepts à plusieurs niveaux d'analyse?



3. Education à la santé: quelle place pour l'agentivité?

- Comment ces concepts s'incarnent dans la théorie et la pratique en éducation à la santé?
- Quelle est la place laissée pour l'agentivité des bénéficiaires dans les dispositifs d'éducation à la santé?
- Comment les éducateurs font-ils pour améliorer les capacités des bénéficiaires à faire des choix autonomes, libres et critiques?

- Education à la santé:
  - Objectif: Transfert de compétences ayant pour objectif l'autonomie des usagers

  - Trois types d'éducation à la santé:
  - Education pour la santé
  - Education thérapeutique du patient (ETP)
  - Education à la santé familiale (ESF)

=> Plutôt qu'employer le terme « éducation à la santé », utiliser « éducation en santé » ? a voir dans la littérature

Approches théoriques en éducation à la santé (Descarpantries 2000)

les théories béhavioristes: psychologie sociale (Theory of Planned Behaviour (TPB)). Evaluent les croyances individuelles, les intentions et les comportements (Nache, Trudeau 2000).

les théories constructivistes

⇒ objectif: prévenir les problèmes de santé définis par les rapports de santé publique, en modifiant des types de comportements connus pour conduire à de mauvais états de santé.

les théories sociales de l'éducation

les théories psycho et sociocognitives

=> objectif: développer de « nouvelles » stratégies plus appropriées à la résolution globale des problèmes des sujets

- Quelle place pour les choix autonomes, libres et critiques? 3 Paradoxes:
  1. Objectif principal de l'éducation à la santé: changer les comportements pour qu'ils soient conformes aux normes médicales: quelle liberté de choix?

2. Prônent l'autonomie… mais objectif final d'observance, adhésion aux normes médicales : quelle place pour la critique?

"l'un des paradoxes du discours soignant, empreint des notions d'autonomie et de responsabilité, est d'imposer simultanément une norme médicale intransigeante (...) alors qu'en toute logique, le plein exercice par le patient de son autonomie et de sa responsabilité devrait l'amener à proposer ses propres normes, de telle manière qu'une négociation s'engage" (Philippe Lecorps et JB Paturet 1999)

3. Objectif de l'éducation à la santé: « *dresser et redresser les individus à les rendre « utiles et dociles à la prévention*» (Descarpentries 2016): quelle place pour l'autonomie?

Paradoxalement, alors que l'objectif explicite de l'éducation à la santé est de favoriser l'autonomie des bénéficiaires, certains auteurs soulignent qu'en pratique elle ne favorise pas l'agentivité des individus

Remarques Philippe Bohme :
« Le grand absent de vos interactions c'est l'apprentissage et le développement des compétences…Or, l'Education à la santé familiale c'est avant tout un apprentissage à savoir faire des choses…Il faudrait pourvoir relier agentivité et apprentissage. Peut-être faire référence aux travaux de R.Wittorski
Vous ne définissez pas comportement alors qu'il est appelé plusieurs fois dans le texte
Quelques suggestions :

- Démarches éducatives variées : ETP, EPS, ESF… S'inscrivant dans le champ de la promotion de la santé Mais dont l'objectif premier reste le changement de comportement individuel. Je ne suis pas d'accord pour l'ETP ni l'ESF. Tout d'abord, il s'agit de compétences et non de comportement. La compétence est un composante si l'on peut dire de l'agentivité; de plus pour l'ESF si elle passe par un membre de la famille elle vise une compétence familial
- Agir: C'est l'action qui définit l'agentivité: la capacité des agents à agir (Sen 2008). Sans action, pas d'agentivité. L'action est toujours située dans un contexte, une situation donnée. Dans une approche pragmatiste, on s'intéresse à la capacité des acteurs à répondre de manière créative dans une situation donnée (Joas 1996). Je pense qu'il faut convoquer l'épistémologie de l'action
- Agentivité: concept peu utilisé dans la littérature en santé publique oui parce qu'il a été supplanté par les travaux de Sen
- **Toutes les interventions ont pour objectif de changer les comportements des usagers:** Non par pour l'ESF…

Pour Olivia, il suffit de lui demander. Je suis sûr qu'elle sera intéressée.
Je mets en attaché un mémoire de master assez intéressant et qui pourrait bien avoir des liens avec Expand »

4. Revue de littérature systématique

- Méthodologie

Bases consultées:

Web of Science, Medline, Psycinfo, Cairn

Mots clefs: (français et anglais):

Health education OR patient education AND behavior OR behaviour OR social behaviour AND determinant OR social determinant

Critères de sélection sur titres et résumés:

Article dispo en français / anglais
Article de revue (exclusion éditoriaux, commentaires, lettres…)
Champ de la santé
Présente un dispositif éducationnel:
Dans sa phase de conception, d'implantation ou d'évaluation
Tout niveau d'intervention : action, programme, politique…

Flow chart

- Nombre d'articles retenus: 110
- Grille d'analyse:

Type d'article	thématique	Population	Niveau du dispositif	Type d'éducation	Théorie	Techniques	Déterminants sociaux	Approche du déterminant social	Changement du comportement attendu	Type de changement de comportement

Premiers résultats (60 articles analysés/110 - 12 exclus : **48 articles analysés**

1. Peu de place aux déterminants sociaux dans les interventions:

- Théories béhavioristes ou psycho cognitives centrées sur l'individu (déploré dans l'art. 92: pas assez d'analyse multiniveaux)
- La plupart contrôlent les variables socio-démographiques mais les excluent de l'intervention et de l'analyse (ex. art. 109, 110)
- Selon Baum (2014), en mettant de côté les déterminants sociaux, ne permettent pas de lutter contre les ISS

=> A. Maurice : biais : si mot clef « déterminant social » : est ce que cela influence le type de prise en compte des déterminants sociaux dans les articles ? (variables socio-démographiques plutôt que contexte social par exemple)
L. Virole : Mot clef : soit « determinant » soit « social determinant » : beaucoup d'articles parlent de « déterminants de santé » mais pas de déterminants sociaux.

2. Toutes les interventions ont pour objectif de changer les comportements des usagers:

- Mobilisent les théories pour construire des interventions (« theory based intervention » ex. art. 97, 98, « intervention mapping » ex. art 75, 96, 100)
- Evaluent leur efficacité en termes de changement d'attitudes, d'intentions et de comportements (ex art. 62 et 106): évaluation presque exclusivement quantitative (via questionnaires)
- Un certain nombre d'interventions échouent à modifier les comportements des usagers (art. 79, 80, 88, 95, 107, 109).
- Paradoxe soulevé (article n°82): élévation des connaissances, augmentation de la capacité critique=> peut aller à l'encontre de l'adhésion aux normes diffusées par les professionnels de santé

=> P. Bohme : D'où la nécessité de co-construire les normes avec les usagers
A. Maurice : oui mais complexe car normes médicales : légitimité scientifique, basées sur des preuves : ce ne sont pas les normes qu'il faut modifier (ex : on sait que le tabac est un facteur de risque du cancer) mais laisser le choix aux personnes de s'y conformer ou pas (si quelqu'un souhaite continuer de fumer, alors qu'il se sent capable de choisir d'arrêter, c'est sa liberté individuelle !)

=> P. Bohme : en ETP si le patient ne change pas de comportement : vu comme un échec de la part du professionnel. On se doit de proposer, et comprendre pourquoi cela n'a pas marché. Si le patient ne change pas de comportement, vu comme inertie.

3. Peu de prise en compte de l'agentivité des individus:

- *En amont de l'intervention*:
  - pas de bénéficiaires dans la construction des dispositifs
- *Pendant l'intervention*:
  - discours des bénéficiaires non mentionnés
- *Après l'intervention:*
  - Evaluation presque exclusivement quantitative: pas de retours sur les expériences vécues des individus pendant l'intervention et depuis lors
  - Evaluent l'autonomisation des bénéficiaires: ex. Self-management en ETP (ex. art.7, 73, 75, 91, 102)
  - Mais évaluation centrée sur la mesure des changements d'attitudes et de comportements: est analysé comme « négatif » si la personne ne change pas de comportement=> la non-adhésion aux normes médicales (par ex. norme d'autonomie) n'est pas pensée en tant que résistance critique (par ex. vs responsabilisation individuelle).

=> P. Bohme : Au cours des interventions ETP diabète : si un patient est dans l'opposition aux normes médicales, le professionnel peut utiliser les autres bénéficiaires pour le soutenir et s'opposer à l'individu qui critique
Sinon, comme dans la méthode de l'entretien motivationnel : amener le patient à ses propres contradictions
Patients n'osent pas forcément s'opposer : légitimité du savoir médical + le professionnel met en avant ses expériences vécues en tant que professionnel
Meme si les patients ne changent pas de comportement, le fait qu'ils reviennent, qu'ils continuent la prise en charge : peut etre vu comme un succès
Concernant l'objectif d'autonomisation : c'est en fonction du choix du patient => ce n'est pas la même approche que dans l'évaluation de l'autonomisation dans les articles de la RL : pas de prise en compte du choix des usagers, mais des indicateurs d'autonomie/self-management standardisés

5. Observations

- Trois interventions:
  - Education thérapeutique: Diabète, CHRU Nancy Réseau Nancy Santé Métropole (RNSM)

=> CHU et au Réseau NSM : interventions en continu
Envoyer une lettre à la direction des soins du CHU pour leur demander leur autorisation pour l'observation à l'hopital
Contacter F. Chouleur pour le réseau=> "f chouleur" <f.chouleur@reseau-nsm.fr>;
débuter les interventions fin août/début septembre ?
Séances 1h30, cycles de plusieurs séances (jusqu'à 12 séances)
Au bout de 5/6 séances : évaluation individuelle => demander si c'est possible d'observer ces séances directement aux professionnels ? (attention aux biais de la présence de l'enquetrice pendant la séance)
Besoin de bien annoncer la recherche : lettre d'information
Demander si ok si enregistrement des séances pour faciliter les retranscriptions

  - Education à la santé familiale: MSA, Nancy

=> contact : Josephine Soulier fait l'évaluation
Commence en juillet ? en septembre ?
8 séances : 1 cycle
Observer 2 cycles dans 2 milieux différents

  - Education pour la santé: CAAPS (comportement alimentaire et activité physique), Rectorat Strasbourg

=> en janvier ?

- Périmètre des terrains d'observation
- Grilles d'observation
- Considérations pratiques
- Calendrier

Grille d'observation en construction

Forme	Fond
Durée totale, durée prise de parole	Thèmes abordés
Nombre de personnes	Répartition parole prof/usagers
Caractéristiques des personnes	Questions posées
Disposition salle	Réactions des prof face aux questions
Supports mobilisés	Echanges entre participants

=> comment repérer des moments de choix ?
- discours des professionnels
- discours des bénéficiaires

Est-ce que les participants et prof. mobilisent les déterminants sociaux ?
« je ne peux pas parce que je rentre tard du travail »=> milieu professionnel
- arguments
-ressources
- contexte social mobilisé (famille, travail, budget, culture, religion…)

- rapport au corps
- normes

Dynamique de groupe (perspective interactionniste):
- personnes influencées/personnes leaders
- lien social (comparaison entre les groupes)
- + ou – appropriation du groupe
Appréhender la dynamique de groupe : est-elle favorable au changement de comportement ? (Lewin, importance du groupe dans le changement de comportement)

Calendrier

- aout/septembre : début des observations ETP diabète

- **mercredi 13 novembre : Séminaire EXPAND**

A faire :
- Espace partagé à tous les membres du projet :
  - CR du séminaire du 5 juillet (à compléter)
  - Power point
  - Projet EXPAND

A noter dans les agendas : **mercredi 13 novembre : Séminaire EXPAND**

VII.1.2. Diaporama du séminaire du 17 janvier 2020



RÉUNION EXPAND

Joëlle Kivits
Louise Virole

17 janvier 2020

ORDRE DU JOUR

1. Revue de littérature - analyse
2. Retour sur les premières observations
3. Poursuite du terrain : observations et focus groups
4. Préparation du séminaire de printemps

1. REVUE DE LITTÉRATURE

- Revue de littérature systématique en cours de double codage et d'analyse

2. RETOURS SUR LES PREMIÈRES OBSERVATIONS

En pratique, l'éducation à la santé favorise-t-elle l'agentivité individuelle? Comment?

⇒besoin d'aller observer sur le terrain

1. REVUE DE LITTÉRATURE

- Revue de littérature systématique en cours de double codage et d'analyse

2. RETOURS SUR LES PREMIÈRES OBSERVATIONS

En pratique, l'éducation à la santé favorise-t-elle l'agentivité individuelle? Comment?

⇒besoin d'aller observer sur le terrain

GRILLE D'OBSERVATION

Données descriptives

Durée :
- Totale
- durée prise de parole

Nombre de personnes :
- Animateur
- Participants

Caractéristiques des personnes :
- Sexe, âge, origine, CSP…
- santé

Disposition salle :

Supports mobilisés

Contenu des interactions

Choix des usagers :
- Thèmes abordés : comment sont ils amenés, par qui…
- Arguments pour/contre le choix mobilisés par les usagers dans les discussions (obstacles, désaccords : déterminants sociaux…) ? retours sur expérience personnelle (réflexivité) ? justification du choix

Échanges entre prof et participants : Comment les prof. s'adressent ils aux participants ? et vice et versa ?
- Techniques utilisées par les prof. pour convaincre : techniques pédagogiques
- Modèle pédagogique employé : classique (top/down), horizontale, participative…
- Répartition parole prof/usagers : quel degré de participation des usagers ?
- Questions posées par les usagers
- Réactions des prof. face aux questions
- Désaccords/tensions/négociations

Échanges entre participants :
- Quantité/qualité (désaccords/soutien/entraide…)
- Dynamique de groupe : Leader/suiveurs : influence du groupe sur les décisions

Changements entre les séances :
- Influence des séances précédentes sur les discours/pratiques des participants ? des prof ?

OBSERVATIONS

Trois interventions à observer:

1. Education thérapeutique: Diabète, CHRU Nancy et Réseau Nancy Santé Métropole (RNSM)
2. Education à la santé familiale: Collombey les Belles …
3. Education pour la santé: CAAPS (comportement alimentaire et activité physique), Rectorat Strasbourg

GRILLE D'OBSERVATION

Données descriptives

Durée :
- Totale
- durée prise de parole

Nombre de personnes :
- Animateur
- Participants

Caractéristiques des personnes :
- Sexe, âge, origine, CSP…
- santé

Disposition salle :

Supports mobilisés

Contenu des interactions

Choix des usagers :
- Thèmes abordés : comment sont ils amenés, par qui…
- Quel sont les choix/pratiques prônés par l'animateur ? type d'arguments mobilisés ?
- Est-ce que les participants font ce choix (intention, prévision) ?
- Arguments pour/contre le choix mobilisés par les usagers dans les discussions (obstacles, désaccords : déterminants sociaux…) ? / retours sur expérience personnelle (réflexivité) ? justification du choix

Échanges entre prof et participants : Comment les prof. s'adressent ils aux participants ? et vice et versa ?
- Techniques utilisées par les prof. pour convaincre : techniques pédagogiques
- Modèle pédagogique employé : classique (top/down), horizontale, participative…
- Répartition parole prof/usagers : quel degré de participation des usagers ?
- Questions posées par les usagers
- Réactions des prof. face aux questions
- Désaccords/tensions/négociations

Échanges entre participants :
- Quantité/qualité (désaccords/soutien/entraide…)
- Dynamique de groupe : Leader/suiveurs : influence du groupe sur les décisions

Changements entre les séances :
- Influence des séances précédentes sur les discours/pratiques des participants ? des prof ?

3

OBSERVATIONS

Trois interventions à observer:

1. Education thérapeutique: Diabète, CHRU Nancy et Réseau Nancy Santé Métropole (RNSM)
2. Education à la santé familiale: Collombey les Belles …
3. Education pour la santé: CAAPS (comportement alimentaire et activité physique), Rectorat Strasbourg

4

SÉANCES DÉJÀ OBSERVÉES

- Juillet 2019: Observations en ESF menées par Joëlle
- Observations Louise:

Date	Lieu	Animatrice/thème	Public	Durée
26/09/19	RNSM	Diététicienne	Diabétiques	2h
03/12/19	RNSM	Diététicienne	Diabétiques	2h
9/12/19	RNSM	Diététicienne	Diabétiques	2h
18/11/19	RNSM	Psychologue	Diabétiques	2h
25/11/19	RNSM	Psychologue	Diabétiques	2h
2/12/19	RNSM	Psychologue	Diabétiques	2h
27/11/19	ESF	Ergologue, pharmacienne, pompier	Personnes agées	6h
4/12/19	CHU Brabois	Infirmière	Diabétiques	2h
13/01/20	CHU Brabois	Infirmière	Diabétiques	2h
Total 22h				

7

PREMIERS RETOURS SUR LES OBSERVATIONS: QUELS CHOIX POUR LES BÉNÉFICIAIRES?

❑ Observations au RNSM: patients diabétiques

Choix de participer aux séances :
- Orientés par leur médecin mais choisissent de venir, pas obligatoire. Et choisissent de revenir.
- Volonté d'apprendre ++, croyance forte que le changement de comportement alimentaire va diminuer le diabète: Adhésion aux discours des professionnels de santé.

Choix de changer de comportement alimentaire:
- Au moment de l'annonce du diabète=> pas de modification des comportements « *je m'en foutisme* » mais dégradation de l'état de santé => prise de conscience=> viennent au réseau => modifient leur comportement alimentaire
- Choix contraint par la maladie/peur de la mort: « *je n'ai pas le choix* »
- Limites au changement de comportement alimentaire:
  - Habitudes de vie: poids de la socialisation
  - Contraintes matérielles/organisationnelles: « *je n'ai pas le temps de me faire une soupe* »

8

PREMIERS RETOURS SUR LES OBSERVATIONS: QUELS CHOIX POUR LES BÉNÉFICIAIRES?

- Eléments à comparer avec les séances d'ETP au CHRU, et avec les séances d'ESF et avec les séances CAAPS. Exemple:
  - ETP au CHRU: Séances obligatoires (afin de pouvoir obtenir une ordonnance pour « Freestyle »)
  - ESF: Séances volontaires
  - CAAPS:?

9

3. POURSUITE DU TERRAIN: OBSERVATIONS ET FOCUS GROUPS

- Prochaines observations:
  - ETP: une séance au CHRU Brabois
  - ESF: lycée professionnel
  - Prévention primaire: CAAPS à Strasbourg
- Organisation de focus groups avec des professionnels:
  - Objectif : faire réagir sur des éléments d'analyse recueillis dans la revue de littérature + observations
  - 3 groupes: 1/ETP diabète 2/ESF 3/Prévention primaire Strasbourg
  - Calendrier des focus groups: début avril=> fin mai

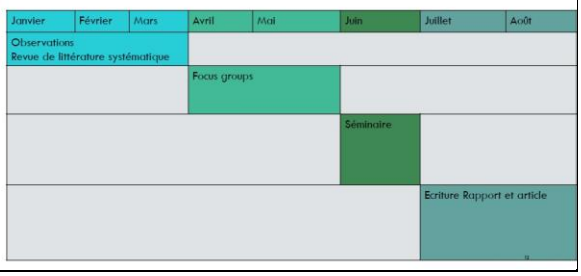
10

4. PRÉPARATION DU SÉMINAIRE DE PRINTEMPS

- Ordre du jour:
  - Présentation des résultats du terrain
  - Discussion entre chercheurs et praticiens (inviter ceux qui ont participé aux focus groups)
- 4 juin 2020

11

CALENDRIER PRÉVISIONNEL



12

VII.2. Observations : Lieux et dates des séances observées

Type d'éducation	Lieu, nombre de séances et dates	Professionnel.les assurant l'animation	Public	Nombre de bénéficiaires	
ESF	Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Agées M.A.R.P.A 2 séances en 2019 : 29 et 31/07	Ergothérapeute, pharmacienne	Parents	5	JK
		Ergothérapeute, pompier, pharmacienne	Personnes âgées	12	
	Lycée agricole 2 séances en 2020 : 4/02 et 9/03	2 infirmières	Lycéens (1ère)	12	
ETP	Réseau 6 séances en 2019 : 12-26/09 ; 2/10 ; 18-25/11 ; 2/12	Diététicienne	Diabétiques	5	LV
		Psychologue	Diabétiques	5	
	CHRU 3 séances : 4/12/2019 et 15/01 et 5/02/2020	Infirmière	Diabétiques	7	

JK : Séances observées par Joëlle Kivits
LV : Séances observées par Louise Virole

VII.3. Lettre d'intention EXPANDISS

Pour ne pas surcharger le document, n'est repris ci-dessous que le projet scientifique émanant directement des travaux issus d'EXPAND. Le projet complet a été soumis en janvier 2021 et est en cours d'évaluation.

1. CONTEXTE, HYPOTHESES ET OBJECTIFS PRINCIPAUX

1.1 Contexte

Si l'éducation pour la santé (ES) portant sur l'alimentation est considérée par l'Organisation Mondiale de la Santé comme un des leviers possibles pour réduire les inégalités sociales de santé (ISS) (1), de nombreux travaux en santé publique montrent que les interventions éducatives dans ce domaine peuvent au contraire creuser ces inégalités (2–7). Par ailleurs, certaines interventions peuvent agir favorablement sur un type d'inégalités et produire des effets nuls voire négatifs sur d'autres, par exemple les inégalités de genre ou les inégalités ethno-raciales (8–10). Afin d'améliorer la prise en compte des ISS, les acteurs du champ de l'ES ont été amenés à repenser leurs stratégies et outils (11–15). Peu de travaux existent cependant sur la manière dont les professionnels intègrent ces questions *durant* leurs pratiques éducatives. Le projet de recherche EXPANDISS propose d'explorer de manière interdisciplinaire – alliant sociologie, sciences de l'éducation, anthropologie et promotion de la santé –, la prise en compte des ISS dans les interventions éducatives en santé[15] sur la thématique de l'alimentation. Dans le cadre d'EXPANDISS, nous étudierons les interventions d'éducation pour la santé[16], correspondant à la « prévention primaire » et incluant toute action éducative se situant en amont de la maladie[17], et portant sur la thématique de l'alimentation. Ces interventions éducatives peuvent se déployer dans différents contextes organisationnels (scolaire, communautaire, aide sociale…). Le choix de la thématique « alimentation » est doublement motivé : i. Ce thème est l'un des plus représentés parmi les interventions d'ES en France ; ii. Ces interventions ciblent une population très diversifiée en termes d'âge, de genre, d'origine ou de position sociale.

1.2 Hypothèses

Notre hypothèse principale est que les interventions éducatives portant sur l'alimentation sont malgré elles (re)productrices d'ISS. Deux hypothèses secondaires découlent de notre hypothèse principale :

Hypothèse 1 : Le cadre dans lequel l'intervention éducative est pensée et déployée – le contexte national, son paradigme, le type de ciblage – est plus ou moins favorable à la prise en compte des ISS.

Trois postulats fondent cette hypothèse :

H1.1 Le contexte national d'organisation du système de santé et de la prévention influe sur la manière dont l'ES se pratique et donc sur la prise en compte des ISS. Pour exemple, les politiques nationales sur l'alimentation se concentrent sur certaines inégalités plus que d'autres. Les cadres d'évaluation des interventions peuvent également jouer un rôle dans la reproduction des ISS.

H1.2 La manière d'aborder les ISS est liée aux recommandations, outils, discours et lieux de pratique. Ces éléments sont abordés par la littérature scientifique et professionnelle et peuvent être consultés par les professionnels de l'ES.

H1.3 Enfin, le ciblage de l'intervention (universel ou ciblé) influe sur la manière d'aborder les ISS.

Hypothèse 2 : Les pratiques d'ES sont plus ou moins favorables à la prise en compte des ISS.

Deux postulats fondent cette hypothèse :

H2.1 Les professionnels de l'ES prennent en compte les ISS dans leurs activités ; toutefois ils ne s'appuient pas forcément sur la littérature scientifique et professionnelle, par méconnaissance ou du fait de leur inscription professionnelle hors du champ de la santé (par exemple les travailleurs sociaux ou les enseignants).

H2.2 Deuxièmement, les pratiques sont influencées par les caractéristiques sociales et professionnelles des éducateurs et des bénéficiaires de l'intervention. D'une part, les professionnels de l'ES transmettent des savoirs-faire et des savoirs-être imprégnés de représentations sociales (genrées, culturelles, de classe). D'autre part, la prise en compte

[15] Dans ce projet, nous utiliserons le terme « intervention » afin d'englober tant le contexte de conception, de développement et de déploiement des activités éducatives, que les pratiques des professionnels telles qu'elles peuvent se réaliser sur le terrain. Nous renvoyons ainsi à la définition de l'intervention proposée par A-P. Contandriopoulos « Un système organisation d'actions visant, dans un environnement donné, durant une période de temps donnée, à modifier le cours prévisible d'un phénomène pour corriger une situation problématique » (21).

[16] « L'éducation pour la santé est la composante des soins de santé qui vise à encourager l'adoption de comportements favorables à la santé. [...] Par l'éducation pour la santé, on aide les gens à élucider leur propre comportement et à voir comment ce comportement influence leur état de santé. On les encourage à faire leurs propres choix pour une vie plus saine. On ne les force pas à changer. » [OMS, 1990] Source : https://www.promosante-idf.fr/sinformer/textes-de-reference/concepts-cles-en-promotion-de-la-sante-definitions-et-enjeux

[17] Nous excluons donc l'éducation thérapeutique (ETP).

des ISS dépend des ressources sociales des bénéficiaires et de l'espace de parole dont ils disposent pendant l'intervention.

1.3. Objectifs d'EXPANDISS :

Objectif principal :

Explorer les mécanismes sociaux reproduisant les ISS dans les interventions d'éducation pour la santé portant sur l'alimentation.

Objectifs secondaires :

OS1 : Décrire les cadres des interventions éducatives et la manière dont ces cadres abordent la question des ISS.

OS2 : Analyser les pratiques des acteurs de l'ES dans la prise en compte des ISS.

OS3 : Élaborer des pistes de recommandations afin d'améliorer la prise en compte des ISS en situation éducative.

2. ORIGINALITE ET PERTINENCE

2.1 Originalité du projet EXPANDISS

Le projet EXPANDISS est original à la fois dans son approche théorique et dans sa démarche méthodologique.

En premier lieu, son approche théorique, étudiant l'éducation pour la santé dans sa dimension contextuelle, dynamique et relationnelle, le distingue des travaux actuels dans le champ de la santé publique. En effet, la littérature en santé publique sur l'ES tend à se centrer sur les facteurs individuels amenant le changement de comportements des bénéficiaires, en mettant de côté les aspects qui relèveraient de l'analyse sociologique (le contexte social, les représentations, les interactions...) (16). Le projet EXPANDISS tend à dépasser la perspective individuelle du changement de comportement, en plaçant au cœur de son enquête la question de l'influence du contexte social et des relations entre acteurs de l'ES sur la prise en compte des ISS. Par ailleurs, le projet EXPANDISS trouve son originalité au sein du champ de la sociologie de la santé. En effet, des travaux sociologiques ont montré le rôle des professionnels de santé dans la perpétuation des ISS au sein des consultations individuelles (17). Si les interactions entre patients et soignants au sein de la relation de soin sont un objet d'étude historique de la sociologie de la santé, les pratiques d'ES sont en revanche peu étudiées. Ainsi, l'originalité du projet EXPANDISS réside dans le type d'espace qu'il étudie – les interventions d'ES –, mais aussi dans l'approche interdisciplinaire qu'elle mobilise à cette fin. Le projet EXPANDISS propose de mener une réflexion théorique alliant sociologie, anthropologie, sciences de l'éducation et promotion de la santé.

En second lieu, l'originalité du projet EXPANDISS réside dans son approche méthodologique innovante : à la fois dans la dimension internationale de son étude et dans sa démarche participative. Premièrement, EXPANDISS envisage une comparaison de cinq territoires francophones situés en Belgique, en Côte d'Ivoire, au Québec, en Suisse et en France. Ces cinq territoires partagent une culture commune, francophone, de la promotion de la santé. En revanche, ces territoires disposent de leurs propres politiques publiques au sein desquelles la question des ISS est susceptible d'être abordée différemment et de donner ainsi des orientations spécifiques aux interventions visant leur réduction. L'approche internationale permettra d'étudier ces cadres politiques et leur impact sur la prise en compte des ISS dans les interventions éducatives. La démarche participative (18) constitue la seconde originalité du projet EXPANDISS : travailler *avec* et faire participer les acteurs de l'ES – les professionnels, les bénéficiaires et les financeurs – à l'amélioration des interventions d'ES. Cette approche se base sur les principes de la promotion de la santé incitant à engager activement les populations dans les interventions, ainsi que dans la réorganisation des services de santé. Elle s'inspire par ailleurs de la recherche-action (19) telle que développée en sciences sociales et humaines. L'originalité du projet est de vouloir interroger la place des savoirs en sciences humaines et sociales au sein de l'ES en s'intéressant aux cadres réflexifs mobilisés par les professionnels.

2.2 Pertinence

Le projet EXPANDISS fait suite à la réflexion menée dans le cadre du contrat de définition EXPAND[18] dont l'objectif était d'explorer l'agentivité des bénéficiaires dans les interventions éducatives en santé et d'en identifier les manifestations concrètes. Par son objet d'étude, il entre complètement dans le champ de l'appel à projets IRESP 2020 « Interventions, services et politiques favorables à la santé » – axe thématique prioritaire « prévention primaire ». Le thème abordé au sein des interventions étudiées – l'alimentation – répond à une des problématiques prioritaires des politiques de santé : « les interventions en contexte portant sur l'alimentation et l'activité physique ». Le projet EXPANDISS s'inscrit par ailleurs explicitement dans la lutte contre les ISS, sujet au cœur des préoccupations de l'appel à projets IRESP 2020. Cette problématique sera considérée dans une perspective internationale puisque le projet intègre la comparaison de stratégies d'éducation pour la santé mises en œuvre dans cinq territoires francophones. Il permettra notamment de répondre au besoin actuel, identifié par nombre d'auteurs en santé publique,

[18] « De l'exploration du concept d'agentivité a sa prise en compte dans le développement des interventions éducatives » ; projet N°1811079-00 (AAP Général 2017 - Volet Prévention)

de mener des recherches sur l'ES et les ISS afin de mieux « outiller » les professionnels (20). En mobilisant une approche participative avec les acteurs du champ de l'ES, le projet interdisciplinaire EXPANDISS permettra de développer des propositions concrètes d'amélioration des interventions d'ES à destination des professionnels du champ de l'éducation pour la santé. Son utilité sociale sera forte : celle d'agir concrètement sur les ISS *avec* les populations.

3. METHODOLOGIE

Trois étapes permettront de répondre aux objectifs de l'étude :

3.1 Première phase : identifier les politiques publiques, les interventions d'ES, les professionnels impliqués dans l'ES et les outils mobilisés au sein de chaque territoire

Il s'agira dans cette première phase de décrire les politiques publiques en place et d'identifier les interventions d'ES, les professionnels en charge de l'ES ainsi que les outils mobilisés en ES. Ce travail sera réalisé dans cinq territoires francophones situés en Belgique, en Côte d'Ivoire, en Suisse, au Québec et en France. Deux types de recueil de données sont envisagés.

3.1.1 Mapping des cadres de déploiement des interventions d'ES :

Ce premier volet de la recherche vise à décrire les cadres d'organisation et de déploiement des interventions d'ES. Il s'agira plus particulièrement :

- d'identifier les politiques organisant l'ES dans les contextes nationaux des partenaires scientifiques du projet ;
- d'élaborer une cartographie des interventions et des acteurs d'ES dans chacun des territoires. Ce travail de mapping mettra à contribution le consortium des partenaires scientifiques et professionnels du projet, au travers de l'organisation de trois séminaires de travail. Le contenu des séminaires sera enregistré, retranscrit et analysé de manière qualitative. L'analyse qualitative du contenu des politiques publiques permettra d'interpréter la manière dont est abordée la question des ISS au niveau national.

3.1.2 Revue de la littérature :

Parallèlement, une revue de la littérature sera réalisée portant sur les politiques publiques, les recommandations et les outils mis à disposition dans les cinq territoires étudiés. Cette revue s'appuiera sur les bases de données bibliographiques scientifiques et professionnelles. L'analyse portera sur les orientations données par les politiques publiques à la lutte contre les ISS (plans, secteurs d'activités concernés, stratégies d'action, domaines privilégiés, financements…) et la place occupée par la promotion de la santé en général, l'ES en particulier. La revue permettra également d'identifier les outils (guides professionnels, kits d'éducation…) prenant en compte la question des ISS en ES : une analyse de contenu de ces outils sera menée afin de déterminer la manière dont sont abordées les ISS.

3.2 Deuxième phase : étude sur la prise en compte des ISS dans les pratiques éducatives

Dans une seconde phase, une étude sera réalisée pour étudier la manière dont les ISS sont prises en compte dans les pratiques d'ES. Elle intégrera un recueil de données par questionnaire dans les cinq territoires et une investigation par observations et entretiens dans le contexte français.

3.2.1 Enquête par questionnaire auprès des professionnels de l'ES

Une enquête quantitative internationale sera réalisée : un questionnaire en ligne (à l'aide du logiciel Limesurvey) sera transmis aux professionnels – et réseaux de professionnels – de l'ES sur la thématique de l'alimentation qui auront été identifiés préalablement dans la première phase du projet. Les dimensions investiguées porteront sur la perception des ISS par les professionnels, la description de leur activité, l'intégration des ISS dans leurs pratiques éducatives et leur utilisation d'outils spécifiques. La comparaison internationale permettra d'étudier le rôle de la culture nationale de santé publique sur la prise en compte des ISS dans l'ES.

3.2.2. Enquête par observations d'interventions d'ES et entretiens avec des acteurs de l'ES

En parallèle, une enquête qualitative sera menée en France afin d'analyser la prise en compte des ISS dans les pratiques d'ES. Cette enquête permettra d'identifier la diversité des pratiques des intervenants de l'ES. Le choix de ces interventions reposera sur divers critères (territoire, population ciblée, ancienneté de l'intervention…) qui seront définis par le consortium des partenaires du projet. Le recueil de données se fera par observation de différentes interventions d'ES portant sur l'alimentation. Parallèlement, des entretiens semi-directifs seront menés auprès des professionnels et des bénéficiaires sélectionnés selon leurs caractéristiques sociales afin de recueillir les points de vue des acteurs de l'ES.

3.3 Troisième phase : co-construction de pistes d'amélioration en collaboration avec les acteurs de l'ES

Enfin, la troisième phase du projet aura pour objectif d'élaborer des pistes d'amélioration de la prise en compte des ISS au sein des interventions d'ES sur le thème de l'alimentation. Elle reposera sur une démarche participative prenant la forme d'ateliers réflexifs avec les professionnels, les bénéficiaires et les financeurs de l'ES en France.

Les résultats obtenus dans les deux premières phases du projet serviront à nourrir des réflexions collectives sur la prise en compte des ISS dans les pratiques éducatives et les leviers possibles pour les réduire. Cinq groupes de travail transdisciplinaires seront ainsi constitués et invités à débattre, sur la base de leurs expériences et des connaissances issues de la recherche, de la question des ISS en situations éducatives et d'envisager des pistes d'amélioration. Une

diversité de professionnels et de bénéficiaires sera recrutée pendant la phase d'observation des interventions. Ils pourront également être recrutés via le consortium des partenaires scientifiques et professionnels du projet. Des financeurs seront également conviés, identifiés en fonction de leur soutien institutionnel d'actions éducatives. Les partenaires scientifiques du projet participeront à ces ateliers en tant que médiateurs et animateurs. Les recommandations issues des ateliers réflexifs feront l'objet d'un retour chez l'ensemble des partenaires français et internationaux.

3.4 Aspects éthiques et réglementaires

Le projet EXPANDISS sera mené en conformité avec la réglementation en vigueur. Étant donné qu'il ne s'inscrit pas dans les recherches impliquant la personne humaine, seul un engagement de conformité à la méthodologie de référence 04 de la CNIL pour ce qui concerne la protection et la confidentialité des données individuelles des personnes qui se prêtent à la recherche sera signé. En effet, toute donnée ou information collectée au cours de l'étude sera anonymisée et conformément au texte de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les données de cette étude seront enregistrées dans une base de données informatique gérée par l'Université de Lorraine. L'hébergement des données quantitatives au cours de l'étude sera assuré via l'outil LimeSurvey, un service de l'Université de Lorraine, afin de garantir un stockage interne des données. Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016), les données de santé seront traitées à des fins de recherche scientifique dans le respect des droits fondamentaux et des intérêts de la personne se prêtant à la recherche (Article 9, alinéa i et j).

3.5 Étapes du projet et calendrier

La durée du projet est de 36 mois. La première phase du projet (M1-M12) sera dédiée à l'organisation de trois séminaires de travail du consortium, consacrés au travail d'identification des politiques, des interventions, des acteurs et des outils de l'ES sur le thème de l'alimentation et des ISS. Parallèlement aux séminaires, la revue de la littérature sera réalisée. La seconde phase du projet (M13-M24) sera dédiée à l'étude de la prise en compte des ISS dans les pratiques éducatives, au travers d'une enquête composée d'un volet quantitatif et d'un volet qualitatif. La dernière phase du projet (M25-M36) sera dédiée à l'organisation de cinq ateliers réflexifs, à l'analyse des résultats et à l'élaboration de recommandations à destination des acteurs de l'ES en France. Le comité de pilotage du projet EXPANDISS se réunira tous les trois mois tout au long de la recherche. Les résultats du projet EXPANDISS feront l'objet de communications scientifiques, de publications dans des revues internationales et de deux rapports scientifiques (un rapport intermédiaire et un rapport final).

3.6 Rôle et pertinence des partenaires

Le projet EXPANDISS repose sur un consortium de partenaires scientifiques et professionnels internationaux francophones. Les collaborations, passées et présentes, entre les partenaires et les chercheurs du laboratoire coordonnant le projet garantissent la cohésion de ce consortium. Chercheurs ou experts du champ, les partenaires engagés dans le projet disposent de savoirs et de compétences dans les domaines de l'ES et plus largement de la promotion de la santé, des ISS et de l'alimentation. Ils joueront un rôle déterminant tout au long du projet. Ils participeront activement à la première phase du projet qui est celle de l'identification des politiques, des interventions, des acteurs et des outils de l'ES dans plusieurs contextes nationaux. La seconde phase du projet repose sur la dimension internationale du consortium, les partenaires assurant le relais de l'enquête par questionnaires dans leurs pays respectifs. Les équipes partenaires françaises aiguilleront par ailleurs les chercheurs de l'équipe coordinatrice du projet pour mettre en place l'enquête qualitative. Enfin, lors de la dernière phase du projet, les partenaires scientifiques du projet seront sollicités pour l'organisation et l'animation des ateliers réflexifs par la mobilisation de leurs savoirs, pratiques et expériences de l'ES et leur connaissance approfondie de la problématique des ISS. En plus des séminaires scientifiques, l'ensemble des partenaires participeront à la valorisation des résultats du projet, et constitueront un réseau de chercheurs et de professionnels d'éducation pour la santé.

4. IMPACTS ET RETOMBEES DU PROJET

Les résultats du projet EXPANDISS contribueront aux connaissances scientifiques sur l'ES portant sur l'alimentation, en améliorant la compréhension des mécanismes sociaux à l'œuvre dans la reproduction des ISS. Par ailleurs, ses résultats pourront être utiles aux professionnels de l'ES : la mise à disposition des connaissances issues de l'étude permettra d'éclairer concrètement la prise en compte des ISS dans les interventions éducatives et de concevoir leur meilleure considération dans les pratiques éducatives. Les résultats du projet EXPANDISS pourront aiguiller les politiques publiques nationales dans leurs recommandations sur la thématique de l'ES et dans la construction d'outils à mettre à disposition des professionnels. Grâce à sa démarche participative, le projet EXPANDISS permettra de faire entendre les besoins des bénéficiaires et de les associer aux réflexions autour de l'ES. Enfin, la valorisation des résultats du projet EXPANDISS permettra de transmettre les pistes d'amélioration aux acteurs du champ de l'ES portant sur l'alimentation en France, mais aussi à l'international dans les contextes francophones étudiés.

Références

1. OMS. Combler le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. [Internet]. Commission des Déterminants sociaux de la Santé. 2008. Available from: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/
2. Potvin L, Moquet M-J, Jones C. Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis: INPES; 2010. 380 p.
3. Roussille B, Deschamps J-P. Aspects éthiques de l'éducation pour la santé... ou les limites de la bienfaisance. Sante Publique (Paris). 2013;HS2(2):85–91.
4. Legrand K, Langlois J, Muller L, Saez L, Böhme P, Spitz E, et al. Reducing social inequalities in access to overweight and obesity care management for adolescents: The PRALIMAP-INÈS trial protocol and inclusion data analysis. Contemp Clin Trials Commun [Internet]. 2017;7(May):141–57. Available from: https://doi.org/10.1016/j.conctc.2017.05.010
5. Manneville F, Omorou AY, Legrand K, Langlois J, Lecomte E, Guillemin F, et al. Universal School-Based Intervention Does Not Reduce Socioeconomic Inequalities in Weight Status among Adolescents. Child Obes. 2019;15(8):532–40.
6. Bambra CL, Hillier FC, Cairns J-M, Kasim A, Moore HJ, Summerbell CD. How effective are interventions at reducing socioeconomic inequalities in obesity among children and adults? Two systematic reviews. Public Heal Res. 2015;3(1):1–446.
7. Hillier-Brown FC, Bambra CL, Cairns JM, Kasim A, Moore HJ, Summerbell CD. A systematic review of the effectiveness of individual, community and societal level interventions at reducing socioeconomic inequalities in obesity amongst children. BMC Public Health. 2014;14(1).
8. Horgan SA, Chen S-P, Tuininga T, Stuart H. Taking a closer look at gender-transformative health promotion programming as a vehicle for addressing gender-based inequities in health and care. Glob Health Promot. 2019;
9. Faure E, Rican S. Genre, inégalités et promotion de la santé à l'échelle locale. L'exemple gennevillois. Sante Publique (Paris). 2018;30(5):617–21.
10. Carde E. De l'origine à la santé, quand l'ethnique et la race croisent la classe. Rev Eur Migr Int. 2011;27:30–55.
11. Tessier S. Éducation pour la santé et prévention Grande Histoire et petite actualité scolaire. Informations Soc. 2010;5(161):22–30.
12. Affeltranger B, Potvin L, Ferron C, Vandewalle H, Vallée A. Universalisme proportionné: vers une "égalité réelle" de la prévention en France? Sante Publique (Paris). 2018;HS1(1):13–24.
13. Ministère des solidarités et de la Santé. Programme National Nutrition Santé 2019-2023. 2019.
14. Guichard A, Hébert C, Nour K, Lafontaine G, Tardieu É, Ridde V, et al. Adaptation et conditions d'utilisation d'un outil d'analyse des interventions au regard des inégalités sociales de santé. Sante Publique (Paris). 2018;HS1(1):121–30.
15. Guichard A, Ridde V. Une grille d'analyse des actions pour lutter contre les inégalités sociales de santé. In: Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis: INPES; 2010. p. 297–313.
16. Kivits J. Faire de la recherche sociologique en santé publique? Du positionnement à la pratique: le cas de la recherche sur l'information et l'éducation en santé. Université de Lorraine; 2019.
17. Kelly-Irving M, Rolland C, Afrite A, Cases C, Dourgnon P, Lombrail P, et al. LichfiPatient-physician interaction in general practice and health inequalities in a multidisciplinary study: Design, methods and feasibility in the French INTERMEDE study. BMC Health Serv Res. 2009;9:1–8.
18. Vinatier I, Morrissette J. Les recherches collaboratives: enjeux et perspectives. Carrefours de l'éducation. 2015;1(39):137–70.
19. Storup B. La recherche participative comme mode de production de savoirs. Un état des lieux des pratiques en France. [Internet]. Available from: http://sciencescitoyennes.org/wp-content/uploads/2013/05/FSC-recherche_participative-FdF.pdf
20. Lang T. Si nous considérions la réduction des inégalités sociales de santé comme étant l'affaire de tous? Sante Publique (Paris). 2018;HS1(1):7–9.
21. Contandriopoulos A-P, Champagne F, Denis J-L, Avargues M-C. L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes. Rev Epidemiol Sante Publique. 2000;48(6):517–39.

IV. Valorisation

Cette partie pourra être publiée sur le site de l'IReSP et ses partenaires ou sur tout autre support de publication.

La rédaction doit satisfaire aux exigences suivantes :

- Mentionner les informations confidentielles, qui ne feront pas l'objet d'une divulgation
- Indiquer les publications issues du projet financé et les occasions que vous avez eues de valoriser les résultats de la recherche.

A. Liste des livrables externes réalisés

Pour les articles et communications écrites, préciser s'il s'agit d'articles dans des revues à comité de lecture / d'ouvrages ou chapitres d'ouvrage / d'articles dans d'autres revues / de communications dans des manifestations scientifiques / titres de propriété intellectuelle déposés ou en cours de dépôt…
Référencer selon les normes habituelles. Indiquer également les publications prévues.
Mentionner si ces livrables peuvent ou non faire l'objet de communications externes par l'IReSP.
Indiquer, le cas échéant, les thèses démarrées, en cours et/ou soutenues en relation directe avec le projet : préciser le titre, date de soutenance (prévue ou réelle), soutien financier, devenir des étudiants pour les thèses soutenues.

1 chapitre d'ouvrage

Kivits J, Virole L. Faire les « bons » choix en santé : les professionnel·les de l'éducation en santé face à l'agentivité des bénéficiaires. In Castra M, Rodriguez J. La santé en délibération. Approche sociologique des choix de santé. Presses Universitaires Septentrion. A paraître en 2021.

⇨ *La publication sera déposée sur la plateforme des Archives Ouvertes de l'Université de Lorraine, dans sa version prête à publier (https://hal.univ-lorraine.fr/) et pourra faire l'objet d'une communication externe.*

2 communications orales

Virole L, Kivits J. Éducation en santé et morale sanitaire : quelle place pour l'agentivité des bénéficiaires ? Congrès de l'Association Internationale des Sociologues de Langue Française. Communication acceptée pour le congrès de juillet 2020 – reporté en juillet 2021.

⇨ *Résumés mis à disposition sur le site de l'AISLF*

Virole L, Kivits J. L'agentivité en contexte éducationnel. Journée d'étude « Choix et non-choix en santé », Université de Lille, 6 février 2020.

⇨ *Communication ayant débouché sur l'écriture d'un chapitre, cf. supra.*

1 communication affichée

Kivits J, Böhme P. Les ressources sociales du changement de comportement : mobiliser l'agentivité en ETP. Congrès Santé Education AFDET 2019 « De l'éducation thérapeutique à la promotion de la santé » - Jeudi 31 janvier et vendredi 1er février 2019. Centre de conférences de l'Institut Pasteur, Paris.

⇨ *Poster disponible*

B. Liste des séminaires ou colloques en rapport avec le projet financé que vous avez organisé durant la période du projet

Préciser la date, le lieu, l'objet, le nombre des participants

C. Liste des éventuelles missions à l'étranger effectuées dans le cadre du projet

D. Liste des communications au grand public

Publications, site internet, interview, questionnaire, forum, plaquette de présentation…