

Université de Montréal

**Développement professionnel au regard de la littératie en santé :
vers un modèle en milieu de travail**

par
Maud Bouffard

Département de psychopédagogie et d'andragogie
Faculté des sciences de l'éducation

Thèse présentée à la Faculté des sciences de l'éducation
en vue de l'obtention du grade de doctorat
en sciences de l'éducation
option andragogie

Août 2016

© Maud Bouffard, 2016

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

**Développement professionnel au regard de la littératie en santé : vers un
modèle en milieu de travail**

Présentée par :
Maud Bouffard

A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Francisco Loiola
Président-rapporteur

Claudie Solar
Directrice de recherche

Paule Lebel
Membre du jury

Pierre Doray
Examineur externe

Serge J. Larivée
Représentant du doyen de la FES

Résumé

Problématique : Les milieux de la santé connaissent d'importants changements dans leur fonctionnement avec l'émergence de pratiques basées sur la participation et l'engagement des patients. Appelés à être partenaires, bon nombre d'adultes ne sont toutefois pas en mesure de traiter et d'utiliser l'information en lien avec leur santé en raison d'un faible niveau de littératie. Aussi, les intervenantes et intervenants du milieu cherchent à développer leur compréhension du phénomène et leurs compétences afin de fournir une information accessible à ces personnes et favoriser leur autonomie dans leurs démarches de santé. Or, peu de données empiriques existent quant au développement de ces compétences en milieu du travail.

Objectif : Décrire la façon dont des intervenantes et intervenants développent, en cours de pratique, les compétences permettant de soutenir la participation d'une clientèle de faible niveau de littératie à ses soins de santé.

Méthodologie : Trente entrevues semi-structurées ont été réalisées auprès d'intervenantes et intervenants inscrits dans une pratique orientée vers l'autonomie et la participation d'une clientèle à risque sur le plan de la littératie : 9 en médecine et pharmacie, 9 en soins infirmiers, 9 dans des champs connexes (nutrition, psychologie, travail social, etc.) et 3 agissant à titre de pairs aidants.

En s'appuyant sur Le Boterf (2009, 2010), un modèle de développement de la compétence articulant les trois dimensions suivantes a orienté l'analyse des données : 1) la pratique professionnelle et la performance, soit « ce que je fais/les résultats », 2) la réflexivité, « ce que je pense/vis dans ma pratique » et 3) les ressources, « ce que j'utilise pour apprendre/pour agir. » Le traitement des données, via des cartes conceptuelles, a mené à un modèle de développement professionnel en milieu de travail validé auprès de 5 des personnes interviewées, mais aussi à un modèle de bonnes pratiques au regard de l'agir en matière de pro-littératie.

Résultats : Les « bonnes pratiques » identifiées reposent sur quatre piliers, soit 1) mettre en œuvre un partenariat dans et au regard des soins dans une perspective « patient » en lien avec

la maladie, la langue et l'écrit; 2) porter attention à des indicateurs de la littératie autres que la scolarité; 3) personnaliser la communication; 4) faciliter l'accès et l'utilisation de l'information, notamment par un soutien pour Internet.

Les résultats orientent vers un apprentissage professionnel essentiellement autodirigé s'actualisant par une orchestration de moyens pour apprendre, tant structurés que spontanés, dans l'environnement de travail. Les savoirs « experts » liés à une pratique pro-littératie semblaient détenus par les personnes au sein de l'organisation. Les patients intervenant dans les équipes interprofessionnelles se sont avérés des ressources clés pour développer des savoirs au regard de la communication avec une clientèle qui a un vocabulaire et une façon d'apprendre qui peuvent être différents.

Retombées : Le modèle de développement professionnel proposé identifie plusieurs cibles pour soutenir et favoriser le développement des compétences en littératie en milieu de travail. Les groupes d'échange et de travail, notamment ceux intégrant des patients, créent des espaces propices à une coconstruction des savoirs nécessaires à une pratique pro-littératie.

Mots-clés : apprentissage en milieu de travail; formation continue; littératie; littératie en santé; développement des compétences; développement professionnel; apprentissage informel; apprentissage autodirigé; professionnel de la santé; partenariat de soins.

Abstract

Context : Health care organizations and communities are experiencing significant changes with the emergence of practices based on patients' participation and engagement. Called to be partners, many adults, however, are not able to process and use information related to their health because of low literacy. Hence, health professionals and community stakeholders are expected to develop their practices and their skills in order to reach them adequately so that they take an active role for their health. However, little empirical data exist regarding the development of these skills in a work-based environment.

Objective : Describe how health care practitioners develop their skills to support the participation of patients with low literacy.

Methodology : Thirty semi-structured interviews were conducted with male and female workers enrolled in practices oriented towards autonomy and participation of those at risk in terms of literacy : 9 in medicine and pharmacy, 9 in nursing, 9 in related fields (nutrition, psychology, social work ...) and 3 peer support workers.

Building on Le Boterf (2009, 2010), a model of competence development articulating the following three dimensions has oriented data analysis : 1) professional practice and performance, that is "what I do / the results"; 2) reflexivity, "what I think and live in my practice"; and 3) resources, "what I use to learn / to act." Data processing, through concept maps, led to a model of workplace's professional development validated with five of those interviewed and also to a model of good practices.

Results : From the data, "good practices" emerged as based on the following four pillars that required to : 1) implement a partnership in health care within a patient's perspective in terms of his or her disease and spoken/written language; 2) pay attention to indicators of literacy other than education; 3) personalize communication; 4) facilitate access and use of information, including support for Internet.

Results show a professional development, mainly self-directed, together with structured and spontaneous learning within the work environment. Knowledge "experts" associated with "good practices" in health literacy seemed held by people within the

organization. Patients involved in interprofessional teams appeared to be key resources to develop knowledge in terms of communication with an adult who has his own vocabulary and way of learning.

Applications : The proposed professional development model identifies several targets in the workplace to support and promote skills development towards literacy. Exchange and working groups, including those incorporating patients, create spaces conducive to co-construction of necessary knowledge for effective practice in literacy.

Keywords : workplace learning; continuing education; literacy; health literacy; competencies; professional development; informal learning; self-directed learning; healthcare professional; care partnership.

Table des matières

<i>Résumé</i>	<i>iii</i>
<i>Abstract</i>	<i>v</i>
<i>Table des matières</i>	<i>vii</i>
<i>Liste des tableaux</i>	<i>xi</i>
<i>Liste des figures</i>	<i>xii</i>
<i>Liste des cartes</i>	<i>xiii</i>
<i>Liste des abréviations et des acronymes</i>	<i>xiv</i>
<i>Remerciements</i>	<i>xv</i>
<i>Introduction</i>	<i>1</i>
1 Littératie et santé : une situation problématique	3
1.1 Qu'est-ce que la littératie?	3
1.1.1 Les compétences en littératie au sein de la population	5
1.1.2 Des groupes plus à risque	7
1.1.3 La littératie dans un contexte de santé	9
1.1.4 Impact d'un faible niveau de littératie en santé	11
1.2 Littératie en santé : quel rôle pour les professionnels?	14
1.2.1 Des organisations «pro-littératie en santé»	17
1.2.2 Qu'est-ce qu'une «bonne pratique» au regard de la littératie?	19
1.2.3 Une approche collaborative de soins et de services	22
1.2.4 Carte synthèse	25
2 Le développement professionnel continu : état des lieux	29
2.1 Modèle de l'apprentissage professionnel informel	31
2.1.1 Apprentissage informel : au-delà d'un contexte	34
Apprentissage formel, non formel et informel.....	35
Apprentissage explicite et tacite	37
Vers un modèle de l'apprentissage articulant formel et informel.....	41
Carte synthèse	44
2.1.2 Apprentissage en milieu de travail.....	47
Le rôle central de l'expérience et de la réflexivité.....	50
Le concept d'autodirection	52

La dimension sociale du processus	57
Carte synthèse	61
2.1.3 Apprentissage et développement des compétences professionnelles	64
Qu'est-ce qu'une compétence?	65
Comment se développent-elles?	68
Le parcours de développement des professionnels de la santé	70
Carte synthèse	76
3 Objectif et questions de recherche.....	79
4 Méthodologie de la recherche.....	83
4.1 Éléments retenus du cadre théorique	83
4.2 Orientation méthodologique	93
4.3 Critères de participation.....	94
4.4 Démarches de recrutement et bilan.....	96
4.5 Portrait des personnes rencontrées.....	100
4.5.1 Caractéristiques de l'environnement de travail.....	102
4.5.2 Type de clientèle.....	105
4.5.3 En résumé.....	106
4.6 Méthode et instrument de collecte des données.....	108
4.6.1 Entrevues semi-structurées	108
4.6.2 Carte conceptuelle.....	110
4.6.3 Journal de bord.....	113
4.7 Déroulement de la collecte des données	114
4.8 Analyse des données	115
Étape 1 - La codification du matériau.....	118
Étape 2 - La catégorisation et la mise en relation dans des cartes individuelles	118
Étape 3 - L'intégration par le biais de cartes synthèses	120
Étape 4 - La modélisation	121
4.9 Critères de rigueur et de scientificité	122
4.10 Validation par le retour aux acteurs	124
4.11 Limites de nature méthodologique.....	127
4.12 Déontologie.....	130

5	<i>Portrait d'une compétence en développement</i>	131
5.1	Une clientèle au cœur des pratiques.....	131
5.2	La pratique professionnelle au regard de la littératie.....	134
5.2.1	Une pratique en partenariat de soins.....	134
5.2.2	Le climat propice au partenariat	137
5.2.3	L'évaluation du niveau de littératie	139
5.2.4	La communication	142
5.2.5	Le soutien à l'accès et à l'utilisation de l'information.....	145
5.2.6	Carte synthèse de la dimension pratique.....	149
5.3	La réflexion sur la pratique	152
5.3.1	Une disposition à l'effort réflexif : Quand? Comment? Pourquoi?	152
5.3.2	Sur quoi?	154
	La personne issue des groupes à risque	154
	La relation de soins	155
	La façon d'amener le patient à être actif.....	156
	La communication de l'information	157
	L'environnement de travail.....	157
	L'efficacité de leurs interventions	159
5.3.3	Carte synthèse de la dimension réflexivité	160
5.4	Les ressources pour apprendre et agir.....	163
5.4.1	Les ressources personnelles	163
5.4.2	Les ressources de l'environnement.....	165
	Les ressources matérielles.....	165
	Les ressources humaines.....	166
5.4.3	Les activités de développement	175
	En contexte formel.....	175
	En contexte non formel.....	176
	En contexte informel.....	178
5.4.4	Carte synthèse de la dimension ressources	182
5.5	Bilan de l'articulation sous forme de parcours	185
6	<i>Mise en perspective des résultats en vue d'une modélisation</i>	188

6.1	La pratique de professionnels au regard de la littératie en santé	188
6.1.1	Une alliance à créer... et à préserver	189
6.1.2	Le dépistage des patients de faible niveau de littératie.....	190
6.1.3	Une communication à personnaliser	193
6.1.4	Un «partenariat patient» dans le champ de la pratique professionnelle.....	195
6.2	La description d'un apprentissage professionnel.....	198
6.2.1	Une démarche autodirigée	199
6.2.2	Une «orchestration» de moyens pour apprendre dans le milieu du travail.....	201
6.2.3	Une coconstruction de savoirs au sein de l'organisation	205
6.3	Le modèle proposé.....	208
7	Conclusion.....	219
	Bibliographie.....	i
	Annexes	xxxi
	Annexe A- Référentiel de compétences du partenariat	xxxii
	Annexe B- Modèle de Budowski.....	xxxiii
	Annexe C- Certificat de conformité éthique	xxxiv
	Annexe D- Invitation à participer au projet.....	xxxvi
	Annexe E- Fiche contact	xxxvii
	Annexe F- Formulaire d'information et de consentement	xxxviii
	Annexe G- Guide d'entrevue	xli
	Annexe H- Guide d'entrevue simplifié.....	xliv
	Annexe I- Canevas de base pour cartes individuelles	xlv
	Annexe J- Fiches portraits et cartes individuelles des participantes et participants.....	xlvi
	Annexe K- Tableaux synthèses des résultats	cv
	Annexe L- Modèle de l'interaction sociale et de l'intention d'apprendre selon Cristol	cxvi
	Annexe M- Modèle de départ.....	cxvii

Liste des tableaux

Tableau 1. Synthèse des «bonnes pratiques» en littératie en santé.....	21
Tableau 2. Caractéristiques du processus de développement professionnel.....	31
Tableau 3. Classification des apprentissages informels de Cristol et Muller	41
Tableau 4. Caractéristiques d'une compétence conçue comme un savoir-agir complexe.....	67
Tableau 5. Recrutement des participantEs et critères de sélection	96
Tableau 6. Nombre de participantEs par secteurs d'activité.....	100
Tableau 7. Profil socio-démographique des participantEs	101
Tableau 8. Caractéristique du milieu de travail en fonction du nombre de participantEs	103
Tableau 9. ParticipantEs collaborant au sein d'une même équipe.....	104
Tableau 10. Type de clientèle en fonction du nombre de participantEs à l'étude	105
Tableau 11. Rencontres de validation du modèle	126
Tableau 12. Les principales ressources humaines mentionnées par les intervenantEs.....	168
Tableau 13. Portrait d'une pratique pro-littératie en santé	211

Liste des figures

Figure 1. Modèle interactif de la littératie en santé	16
Figure 2. Évolution des approches cliniques	24
Figure 3. Conceptualisation synthèse de la compétence en littératie en santé.....	28
Figure 4. Le cycle d'apprentissage expérientiel de Kolb.....	51
Figure 5. La double dimension de l'autodirection dans la formation	55
Figure 6. Modèle réactualisé de l'apprentissage autodirigé de Hiemstra et Brockett (2012)...	56
Figure 7. Les compétences de base CanMEDS	72
Figure 8. Dimension des ressources.....	88
Figure 9. Dimension de la pratique professionnelle et de ses effets.....	89
Figure 10. Dimension de la réflexivité	90
Figure 11. Modèle de développement des compétences au regard de la littératie en santé.....	91
Figure 12. Portrait du champ de pratique des participantEs à l'étude	107
Figure 13. Portrait de la clientèle desservie par les participantEs à l'étude selon le nombre de personnes interviewées	108
Figure 14. Représentation d'une carte conceptuelle et des ressources liées à un concept.....	111
Figure 15. Modèle interactif de l'analyse des données.....	116
Figure 16. Carte-résumé du portrait de la clientèle.....	134
Figure 17. Carte-résumé d'une pratique en partenariat de soins	137
Figure 18. Carte-résumé d'un climat propice au partenariat	139
Figure 19. Carte-résumé sur l'évaluation de la littératie.....	141
Figure 20. Carte-résumé d'une communication orale adaptée à la littératie	144
Figure 21. Carte-résumé sur le soutien à l'utilisation de l'information	149
Figure 22. Carte-résumé des ressources internes et externes.....	174
Figure 23. Les 4 piliers de la pratique professionnelle en matière de littératie en santé	210

Liste des cartes

Carte conceptuelle 1. La littératie en santé	27
Carte conceptuelle 2. L'apprentissage informel	46
Carte conceptuelle 3. L'apprentissage informel en milieu de travail	63
Carte conceptuelle 4. Développement des compétences chez le professionnel.....	78
Carte conceptuelle 5. Cadre conceptuel de la recherche.....	92
Carte conceptuelle 6. Synthèse de la dimension de la pratique professionnelle.....	151
Carte conceptuelle 7. Synthèse de la dimension réflexivité	162
Carte conceptuelle 8. Synthèse de la dimension ressources pour agir et apprendre.....	184
Carte conceptuelle 9. Modèle de développement des compétences professionnelles au regard de la littératie en milieu de travail de l'intervenantE en partenariat de soins	218

Liste des abréviations et des acronymes

ACSP	Association canadienne de santé publique
AMA	American Medical Association
CA	Conseil d'administration
CCA	Conseil canadien sur l'apprentissage
CHUM	Centre hospitalier universitaire de Montréal
CLSC	Centres locaux de services communautaires
CMQ	Collège des Médecins du Québec
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
EDPHY	Éducatrice physique/Éducateur physique
EIAA	Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes
EIACA	Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes
ELCA	Enquête sur la littératie et les compétences des adultes
INF	Infirmière/Infirmier
INT	Intervenante/Intervenant
ISQ	Institut de la statistique du Québec
MD	Médecin
OIIQ	Ordres des infirmières et infirmiers du Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPQ	Ordre des pharmaciens du Québec
PEICA	Programme pour l'évaluation internationale des compétences des adultes
PHARM	Pharmacienne/Pharmacien
PIACC	Programme pour l'évaluation internationale des adultes
PSY	Psychologue
PSYED	Psychoéducatrice/ Psychoéducateur
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
TOFHLA	Test of Functional Health Literacy in Adults
UMF	Unité de médecine familiale
WHO	World Health Organization

Remerciements

Au fil de ce parcours doctoral, plusieurs personnes ont donné un sens à ma démarche. Je garde en mémoire plusieurs rencontres marquantes, des échanges riches, des mots précieux.

J'ai eu le bonheur de rencontrer des intervenantes et des intervenants passionnés et engagés, qui savaient voir ce qu'il y a de meilleur dans chacune des personnes qu'ils accompagnent. Ces femmes et ces hommes ont partagé leur histoire et leurs réflexions avec moi et je leur dois beaucoup.

Je remercie également ceux et celles qui m'ont accueillie et accompagnée dans les milieux que j'ai visités. Ces appuis ont été grandement appréciés.

Aussi, ce projet est le fruit d'une rencontre, à la fois personnelle et professionnelle, qui a donné une nouvelle direction à ma route il y a de ça plusieurs années déjà. Une femme forte et inspirante, qui a su me guider d'une façon remarquable, est derrière cette réalisation. Mme Solar, ce parcours doctoral, c'est avec vous que je souhaitais le faire. Merci d'avoir été du voyage.

Enfin, mes amiEs et ma famille, qui se sont relayéEs pour m'encourager; Marc, mon port d'attache, merci de savoir si bien faire face au vent; Étienne, Antoine et Francis, vous qui avez compté les pages de ce très long travail, merci pour tous ces regards tendres et admiratifs; Maman, qui a si souvent pris la maisonnée en main pour m'offrir du répit; Papa, qui a su trouver les mots pour me donner des ailes, et Gisèle, pour qui « les filles » sont au cœur de ses priorités, mille fois merci; et Isabelle, pour une amitié et un accueil sans condition lors de mes séjours à Montréal.

Sans toutes ces personnes, je ne serais pas arrivée à destination. Je dépose maintenant bagage, le regard tourné vers l'horizon.

*Nous tenons à remercier le Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH) du Canada
pour le soutien financier offert pour la réalisation de cette recherche.*

Introduction

En cette ère du savoir et des technologies, les compétences requises pour participer pleinement et activement à la société sont de plus en plus complexes, et cela, encore plus particulièrement lorsqu'il est question de faire face aux exigences du système de santé. Dans le contexte où l'information sur la santé est principalement dispensée à l'écrit (Bernèche, Traoré, & Perron, 2012) et que les patients atteints de maladies chroniques sont appelés à jouer un rôle actif dans la prise en charge de leur maladie (WHO, 2013), il est clair que l'on mise plus que jamais sur les connaissances et les habiletés des individus (Institut de la statistique du Québec, 2006; IOM, 2004). Or, au Canada, près d'un adulte sur deux n'aurait pas les compétences permettant de comprendre et d'utiliser l'information écrite dans la vie courante en vue de lui assurer une pleine autonomie (CCA, 2008a; Conference Board of Canada, 2016; OCDE, 2013b; Statistique Canada, 2013b).

Alors que de nouvelles pratiques collaboratives orientées vers la participation et l'engagement des patients dans leur parcours de santé s'implantent dans les milieux de soins au Québec (Flora et al., 2015; RUIS, 2014), et où le partenariat de soins nécessite un accompagnement de la personne dans son apprentissage au regard de sa maladie (Pomey, Flora, Karazivan, et al., 2015; RUIS, 2014), il devient essentiel pour les professionnels de développer leur compréhension de la littératie et leur compétence à y faire face (Brach et al., 2012; Coleman, 2011; Kaszap & Zanchetta, 2009). Travailler à améliorer les pratiques au regard de la littératie est à la base d'une démarche de renforcement des compétences de partenariat permettant aux individus de prendre en charge leur santé et de participer aux décisions en ce qui la concerne (Boivin, 2009). C'est aussi un moyen de favoriser «un rapport de force plus équitable entre les travailleurs du système de santé et les utilisateurs de ce système» (Coleman et al., 2011, p.2), tout en créant des environnements propices à des expériences positives associées à un rehaussement des compétences en lien avec l'écrit (Bélisle, 2007; CSÉ, 2013).

Mais de quelle façon les professionnels de la santé, femmes et hommes¹, développent-ils leurs compétences au regard de la littératie en cours de pratique? La littératie en santé commence depuis peu à être étudiée du point de vue des professionnels (Coleman & Appy, 2012; Schillinger & Keller, 2012; WHO, 2013), et bien que l'apprentissage informel joue un rôle important dans le développement des compétences au travail (Hrimech, 1996, 2002; Le Boterf, 2010; Thévenaz-Christen, 2011), il n'existe actuellement que peu de données empiriques sur la façon dont les professionnels en santé se forment ou s'autoforment sur le plan de la littératie en cours d'emploi (Coleman, 2011). En s'intéressant aux parcours d'intervenantes et intervenants qui se démarquent par une pratique orientée vers la participation aux soins d'une clientèle à risque sur le plan de la littératie, ce projet cherchera à décrire la compétence professionnelle en matière de littératie en santé, mais aussi à fournir une représentation de l'articulation des différentes dimensions de cet apprentissage réalisé en milieu de travail.

C'est d'abord par une revue de la littérature sur la littératie et la littératie en santé, et des pratiques professionnelles qui s'y rattachent, que nous nous proposons d'aborder cette étude, pour ensuite traiter plus en détail le développement professionnel continu, notamment sous l'angle de l'apprentissage informel, de l'apprentissage en milieu de travail et du développement des compétences. Cette recension des écrits cherchera à préciser les concepts liés à notre objectif et à circonscrire les éléments pertinents en vue d'orienter le choix de la méthodologie, mais aussi l'analyse des données. La mise en perspective des données de cette recherche mènera finalement à la proposition d'un modèle pour aborder le développement professionnel en matière de littératie en santé dans le contexte du travail.

¹ Les propos tenus dans ce travail renvoient tant aux femmes qu'aux hommes lorsqu'il est question de professionnels, d'intervenants, de patients mais aussi de professionnels de champs spécifiques tels que les médecins, les infirmiers ou les pharmaciens. L'utilisation du féminin et du masculin se fera donc pour le rappeler, et ce, par diverses stratégies permettant d'assurer une sensibilité au genre tout au long du texte, mais toutefois pas de façon systématique.

1 Littératie et santé : une situation problématique

C'est par le biais des concepts de littératie et de littératie en santé, de même que des assises à la base du modèle de partenariat de soins, que ce chapitre s'intéressera aux écrits traitant des compétences en traitement de l'information écrite dans un contexte de soins de santé, et ce, tant du point de vue de l'individu, des intervenants que des organisations.

1.1 Qu'est-ce que la littératie?

Les termes alphabétisation, alphabétisme et littératie sont fréquemment employés lorsqu'il est question des compétences pour lire, comprendre et utiliser l'information écrite. Ces notions, à la fois complexes et dynamiques, peuvent être interprétées et définies de différentes façons selon les chercheurs et les organisations (CSÉ, 2013; UNESCO, 2006). Toutefois, on s'entend en général sur le fait que l'alphabétisation constitue «le point de départ de la discussion sur la littératie» (CCA, 2007b, p.85) puisqu'elle se définit comme l'enseignement ou l'apprentissage de base du code écrit (Legendre, 2005; Masny & Dufresne, 2007). L'alphabétisme, pour sa part, réfère à la «capacité d'une personne de comprendre et d'utiliser des imprimés et des écrits nécessaires pour fonctionner dans la vie de tous les jours, à la maison, au travail et dans la collectivité, pour atteindre ses objectifs, parfaire ses connaissances et accroître son potentiel» (Statistique Canada, 1996, p.2).

Or, les progrès rapides des technologies de la communication et de l'information, ainsi que l'émergence des sociétés du savoir, ont contribué à accroître la demande de compétences plus avancées en matière d'alphabétisme (CCA, 2007b; UNESCO, 2013). De ce fait, les théories de l'alphabétisme ont évolué vers des conceptions qui vont bien «au-delà des compétences de base en lecture et en écriture pour englober la capacité d'utiliser divers niveaux d'analyse et degrés d'abstraction», de même que la manipulation de symboles plus complexes (CCA, 2007b, p.86), et ce, dans différents contextes (UNESCO, 2006). Avec cet élargissement de sens, il s'est ajouté un accent plus particulier sur «les liens entre l'alphabétisme et la capacité de “fonctionner” en tant que citoyen, sur les plans social, culturel, économique et politique» (CCA, 2007b, p.86; Wagner, 2000).

Le terme «littératie» est plus récent et se veut une traduction du terme anglais «literacy» (Solar, Solar-Pelletier, & Solar-Pelletier, 2006). À l'origine, le mot «literate» signifie «familier avec la littérature» et désigne une personne cultivée ou instruite (UNESCO, 2006, p.156). Le terme «littératie», qui évoque pour certains «l'expérience de l'écrit» en général (Cardinal, 2004), a été retenu dans les plus récentes enquêtes portant sur les compétences des adultes. Dans le cadre du *Programme pour l'évaluation internationale des compétences des adultes* (PEICA) par lequel Statistique Canada (2013b) a évalué les compétences en traitement de l'information des jeunes et des adultes âgés de 16 à 65 ans, la littératie a été abordée comme suit :

La littératie est définie comme la capacité de comprendre, d'évaluer, d'utiliser et de s'engager dans des textes écrits pour participer à la société, pour accomplir ses objectifs et pour développer ses connaissances et son potentiel (OCDE, 2013a, p.4).

La littératie, qui n'englobe pas la production de textes écrits, renvoie donc à une variété de compétences permettant de repérer, de cerner et de traiter l'information qui apparaît dans différents textes (OCDE, 2013a; Statistique Canada, 2013b). La numératie a pour sa part été conceptualisée comme suit :

La numératie est définie comme la capacité de localiser, d'utiliser, d'interpréter et de communiquer de l'information et des concepts mathématiques afin de s'engager et de gérer les demandes mathématiques de tout un éventail de situations de la vie adulte (OCDE, 2013a, p.4).

La numératie désigne ainsi la gestion d'une situation ou la résolution d'un problème dans un contexte réel, telle une situation de la vie quotidienne (OCDE, 2013a). Que ce soit la littératie ou la numératie, ces capacités s'abordent sous l'angle d'un continuum, variant de très faibles à très élevées, et non comme une dichotomie entre personnes analphabètes et personnes alphabétisées (CSÉ, 2013).

Alors que les ordinateurs étaient perçus, il y a de cela une génération à peine, comme des outils complémentaires pour accomplir certaines tâches (Statistique Canada, 2013b), la technologie est aujourd'hui un outil essentiel à l'acquisition et au maintien des compétences (Solar, 1995). De ce fait, dans le cadre du PEICA, l'accent a été mis sur les compétences considérées comme essentielles pour le traitement de l'information dans une société du XXI^e siècle (CDEACF, 2013; OCDE, 2013b). En ce sens, la résolution de problèmes dans des environnements à forte composante technologique a été définie comme «la capacité d'utiliser

les technologies numériques, les outils de communication et les réseaux pour acquérir et évaluer de l'information, communiquer avec autrui et accomplir des tâches pratiques» (OCDE, 2013b, p.64). La capacité des adultes à utiliser de tels outils pour accomplir efficacement des tâches concrètes fait donc maintenant partie des compétences nécessaires pour trouver, traiter et utiliser l'information (Statistique Canada, 2013b).

En résumé, en accordant de plus en plus d'importance à l'acquisition continue du savoir, on ne considère plus la littératie comme une capacité acquise à l'école, mais plutôt comme «un ensemble évolutif de compétences qu'une personne met en œuvre et développe tout au long de sa vie dans divers contextes, ainsi que dans ses relations avec ses pairs et sa collectivité» (Murray, Clermont, & Binkley, 2005, p.95). Ainsi, que ce soit pour prendre des décisions en ce qui concerne les soins de santé, la gestion des finances, la participation au processus politique ou le travail, les compétences en littératie s'expriment de différentes façons selon le contexte (Gouvernement de l'Alberta, 2009; Masny & Dufresne, 2007). De ce fait, des expressions, maintenant courantes, comme littératie informatique, environnementale, médiatique, économique, scientifique ou en santé désignent la capacité de repérer, de décoder, d'évaluer et de communiquer l'information dans différents contextes (CCA, 2007b).

1.1.1 Les compétences en littératie au sein de la population

Ce sont les données des grandes enquêtes internationales qui ont permis de mettre des chiffres sur la répartition des niveaux de littératie chez les adultes au Canada. Les plus récentes données sur les compétences des adultes sont celles du Programme pour l'évaluation internationale des compétences des adultes, le PEICA, une initiative parrainée par l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE). Dans cette enquête, qui mesure la littératie, la numératie et la résolution de problèmes dans un environnement technologique, l'accent a été mis sur les compétences considérées comme essentielles pour une pleine et entière participation à la société actuelle (CDEACF, 2013; ISQ, 2015). Si le PEICA fait écho aux enquêtes précédentes sur les compétences des adultes, comme celles de 2003 (ELCA) ou de 1994-1998 (EIAA), les résultats ne sont pas directement comparables aux enquêtes précédentes à cause d'un élargissement des informations recueillies, notamment en ce qui concerne l'utilisation des outils technologiques, et des échelles

d'évaluation différentes (Dignard, 2015; ISQ, 2015). En fait, contrairement à l'ELCA où la notion de littératie était mesurée à l'aide de deux échelles distinctes, soit la compréhension de textes suivis et la capacité de lecture de textes schématiques, le PEICA présente la littératie comme un seul domaine qui englobe non seulement la lecture de textes suivis et de textes schématiques, mais aussi la lecture de textes numériques comme des pages de sites Web ou de résultats générés depuis des moteurs de recherche (Statistique Canada, 2013b). Pour ce domaine, les scores ont été notés sur une seule échelle comportant 6 niveaux, allant du niveau inférieur de 1, correspondant à des compétences très faibles, aux niveaux 4 et 5, associés pour leur part à des compétences élevées. Si, dans le cadre des enquêtes précédentes, le niveau 3 est considéré comme un niveau «souhaité» de compétence pour fonctionner aisément dans la société (Bernèche & Perron, 2006; Brink, 2008; Statistique Canada & OCDE, 2005), dans le PEICA, il ne serait plus question d'un seuil «fonctionnel ou minimal» (ISQ, 2015). Face à des compétences qui varient en fonction des tâches et des contextes, pour Hayes (2013), ce changement est le bienvenu, car il permet de s'éloigner d'un discours visant à «amener les gens au niveau 3» et d'adopter un ton plus nuancé quant à un «idéal».

Selon une première analyse des données du PEICA (2013b), les résultats montrent certaines différences par rapport aux scores et aux niveaux de compétence obtenus en 2003. En effet, de façon générale, il a été noté en 2012 qu'une plus faible proportion de Canadiens et de Canadiennes se situe au niveau 4 ou 5 (compétences élevées) alors qu'une plus grande proportion se situe au niveau 1 ou à un niveau inférieur (Statistique Canada, 2013b). Au chapitre de la technologie, sur les trois niveaux de maîtrise de l'informatique établis aux fins de l'enquête, 37 % des participants canadiens se sont classés à l'un des deux niveaux supérieurs (Berkowitz, 2013; OCDE, 2013b, p.94; 103). Il semble donc qu'un pourcentage relativement élevé d'adultes (63%) ne savent pas utiliser un ordinateur et ses applications, ou ne savent que très peu les utiliser (OCDE, 2013b, p.96; 103), «un problème de taille à l'ère du numérique» (Bélanger, 2014, p.1). De plus, parmi les adultes de 25 à 64 ans qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires, seulement 5% avaient de bonnes compétences en TIC et en résolution de problèmes (Statistique Canada, 2016, p.108).

Quant aux compétences en littératie et en numératie, dans l'ensemble, les résultats du PEICA confirment ceux des enquêtes précédentes. Un pourcentage élevé (48%) d'adultes dans la population canadienne aurait des compétences en littératie insuffisantes à un fonctionnement optimal (Conference Board of Canada, 2016; OCDE, 2013b; Statistique Canada, 2013b). À titre d'exemple, une personne qui se classe sous le niveau 3 peut être en mesure de lire un texte court, de repérer un élément d'information dans des mots d'usage courant et de faire des déductions simples (Bernèche & Perron, 2005), mais a souvent des difficultés à comprendre la logique d'une phrase et à lire des passages plus longs pour en extraire le sens (Grotlüschen, Mallows, Reder, & Sabatini, 2016). Au Québec, le score moyen des adultes de 16 à 65 ans se situe en dessous de la moyenne de l'OCDE et du Canada en littératie, alors qu'une personne sur cinq (19%) a des capacités très limitées (niveau inférieur ou égal au niveau 1) à traiter l'information écrite (ISQ, 2015, p.27).

1.1.2 Des groupes plus à risque

Bien que le Canada compte très peu de personnes «totalement analphabètes», ces résultats montrent que de nombreux adultes ne sont que faiblement alphabétisés et ne possèdent pas le niveau de compétence requis pour un fonctionnement optimal dans la société (Brink, 2008; CCA, 2007b, p.85). En fait, si les adultes qui éprouvent des difficultés à traiter l'information écrite peuvent être issus de tous les milieux, certains groupes de la population sont plus à risque (Grotlüschen et al., 2016). Différentes caractéristiques telles que le milieu socio-économique, le niveau de formation, le statut d'emploi ou le type de profession, le statut au regard de l'immigration, la langue ou l'âge ont un impact sur les compétences des adultes en matière de littératie, numératie et de résolution de problèmes dans des environnements à forte composante technologique (Bernèche et al., 2012; OCDE, 2013a). En fait, certains groupes de la population québécoise et canadienne sont davantage vulnérables en matière de santé et sont plus susceptibles d'éprouver des difficultés à traiter l'information écrite ou numérique disponible dans leur environnement. Selon la littérature², les groupes suivants sont considérés comme étant plus à risque d'être moins outillés sur le plan de la littératie :

² En se basant sur les écrits de Bernèche et al. (2012); Brink (2008); CCA (2007d; 2008b; 2010); Grotlüschen et al. (2016); HLS-EU Consortium (2012); OCDE (2013b); Rootman et Gordon-El-Bihbety (2008); Statistique Canada (2013b); U.S. Department of Health and Human Services (2010); WHO (2013).

- **les aînéEs** : de façon générale, les compétences en littératie des adultes, quel que soit la scolarité et le sexe, diminuent avec l'âge. Les données québécoises sur les compétences en matière de littératie en santé révèlent des écarts importants entre les groupes plus jeunes et les plus âgés, où tout près de 95% des personnes de 66 ans et plus n'atteignent pas le niveau de compétence souhaitable (niveau 3)³;
- **les personnes peu scolarisées** : les adultes qui ne possèdent pas de diplôme d'études secondaires obtiennent des résultats de beaucoup inférieurs à ceux dont le niveau d'instruction est plus élevé. En fait, au Québec, 87% des personnes n'ayant pas de diplôme d'études secondaires n'atteignent pas le niveau 3 en matière de littératie en santé⁴. L'effet de l'éducation sur la santé peut être indirect, en ayant une influence sur l'emploi et le revenu, ou direct, en agissant notamment sur les comportements et les habitudes de vie;
- **les immigrantes et les immigrants** : les personnes immigrantes ont tendance à obtenir des notes moyennes plus faibles sur l'échelle de la littératie en santé, en particulier les plus récemment arrivées et celles dont la langue maternelle est autre que le français ou l'anglais;
- **les personnes sans emploi** : de façon générale, les personnes en emploi affichent des compétences en traitement de l'information plus élevées que celles des adultes au chômage ou inactives. Parmi la population québécoise âgée de 16 à 65 ans, un peu plus des trois quarts des personnes sans emploi et cherchant du travail (76%) présentent des niveaux de compétence faibles ou très faibles en matière de littératie en santé⁵;
- **les personnes exerçant une profession exigeant peu de qualifications** : généralement, les travailleurs et travailleuses exerçant une profession qualifiée ont un niveau de compétence plus élevé que ceux et celles qui exercent une profession élémentaire, soit une sans qualifications requises;
- **les personnes avec un faible statut socio-économique** seraient plus susceptibles de présenter des niveaux de littératie en santé en deçà des niveaux souhaités.

De façon générale, la littératie est fortement liée aux possibilités d'apprentissage et au bien-être d'une personne au cours de sa vie. Sans un niveau adéquat d'alphabétisme, celle-ci est marginalisée, a moins facilement accès au marché du travail, est généralement cantonnée dans des emplois précaires et mal rémunérés et a une participation sociale plus faible (Wagner, Doray, Corbeil, & Fortin, 2002). Les effets d'un niveau insuffisant de littératie peuvent être de divers ordres et avoir un impact sur l'estime de soi, sur la participation à la société (exercer son rôle de citoyen, vie politique, etc.), sur la capacité de prendre des décisions éclairées en

³ Bernèche et al. (2012, p.4).

⁴ Idem

⁵ Bernèche et al. (2012, p.5).

lien avec la santé ou les finances personnelles de même que sur la capacité d'utiliser les technologies de l'information et de la communication (CSÉ, 2013). Une faible maîtrise des compétences en traitement de l'information empêche d'accéder à de nombreux services de base et aux emplois les plus rémunérateurs, et peut contribuer à une certaine exclusion sociale (OCDE, 2013a). Chose certaine, la littératie est considérée comme un déterminant important de la santé au sein des populations (WHO, 2013).

1.1.3 La littératie dans un contexte de santé

Le terme «littératie en santé», ou «health literacy» en anglais, s'est largement répandu dans les écrits scientifiques à partir des années 1990. Tout comme pour le concept général de littératie, celui de littératie en santé a évolué d'une définition de base, davantage centrée sur les habiletés de lecture et de calcul dans un contexte de santé, pour être abordée davantage en termes de compétence complexe nécessaire pour résoudre des problèmes et être proactif par rapport à sa santé (Chinn, 2011; Kickbusch & Maag, 2008; Nutbeam, 2008; Protheroe, Wallace, Rowlands, & De Voe, 2009; Wolf, Parker, & Ratzan, 2008). Au terme d'une revue de la littérature ayant permis l'analyse de contenu des principales définitions et cadres conceptuels de la littératie en santé, Sorensen et al. (2012, p.3) proposent la définition suivante :

La littératie en santé est liée à la littératie et rejoint les connaissances, la motivation et les compétences de l'individu pour trouver, comprendre, évaluer et utiliser l'information sur la santé dans le but de poser un jugement et prendre des décisions dans la vie de tous les jours en ce qui concerne les soins de santé, la prévention des maladies et la promotion de la santé dans le but de maintenir ou améliorer sa qualité de vie tout au long de la vie.

Cette proposition-synthèse rappelle que la majorité des définitions de la littératie en santé se basent sur les quatre habiletés suivantes : *trouver, comprendre, évaluer et utiliser/communiquer* l'information sur la santé (Pleasant & McKinney, 2011; Sorensen et al., 2012). On souligne ainsi le fait que même si l'information est disponible, l'individu doit être en mesure de la trouver et la capacité d'y parvenir est facilitée par de nombreux facteurs telles la scolarité, la culture, la langue et la capacité à utiliser les technologies de l'information et des communications (Rootman & Gordon-El-Bihbety, 2008). De plus, l'habileté à évaluer l'information est importante dans la mesure où l'information sur la santé est constamment mise à jour en fonction des nouvelles recherches ou de l'apparition de nouvelles maladies (CCA, 2008b). Les individus doivent être en mesure d'apprendre constamment de nouveaux

renseignements, de «désapprendre l'information dépassée» et de faire preuve d'un raisonnement critique pour «discerner l'information douteuse» (CCA, 2008b, p.9; Kickbusch, 2004).

Comme le soulignent Sorensen et al. (2012) dans leur recension des écrits, de bonnes compétences en littératie générale sont essentielles à l'acquisition de toute autre forme de littératie (CCA, 2007b; Nutbeam, 1998). En effet, la littératie en santé fait appel aux habiletés à lire et à comprendre un texte suivi, de même qu'à identifier et à interpréter l'information présente dans des documents écrits (*littératie écrite*) (Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern, & Crotty, 2011). Elle fait toutefois aussi appel à des habiletés pour s'exprimer oralement et écouter efficacement (*littératie orale*), des compétences communicationnelles étant nécessaires pour demander de l'information sur la santé, comprendre les réponses reçues et transmettre au besoin cette information à d'autres intervenants (Berkman et al., 2011; CCA, 2008b). Enfin, elle s'appuie aussi sur des compétences en *numératie* pour accomplir de nombreuses tâches en lien avec la santé, telles qu'interpréter des étiquettes de valeur nutritionnelles ou mesurer la dose d'un médicament selon un tableau de dosage (Berkman et al., 2011).

Toutefois, même avec un bon niveau de littératie générale, un individu peut éprouver de la difficulté à obtenir, à comprendre et à utiliser l'information en santé (Kickbusch, 2004). Tout comme la littératie financière a son propre vocabulaire spécialisé, la littératie en santé fait appel à un champ de connaissances et à une culture spécifiques (Rootman, 2009). Pour utiliser l'information liée à la santé, il est nécessaire de faire appel à des savoirs tant sur le corps ou l'alimentation que sur le fonctionnement du système de santé. Ainsi, une personne qui a un bon niveau en littératie générale peut éprouver de la difficulté à comprendre les explications d'un professionnel de la santé ou à fonctionner dans le milieu de la santé. La littératie renvoie à des compétences de base, alors que la littératie en santé renvoie à des compétences contextualisées en santé. Ainsi, malgré de forts liens, on s'entend finalement pour dire que «littératie» et «littératie en santé» sont des concepts différents (Rootman & Ronson, 2005), mais que l'un est un prérequis de l'autre.

1.1.4 Impact d'un faible niveau de littératie en santé

Les données les plus complètes sur les niveaux de compétences en littératie en santé dans la population canadienne reposent sur l'enquête de l'ELCA qui offre des mesures de la littératie en santé avec un sous-ensemble de quelque 200 tâches mesurant des activités ou comportements liés à la santé (Bernèche et al., 2012). Ce sont les données de cette enquête qui révèlent qu'environ 55 % des adultes, et plus de 88 % des personnes âgées de 65 ans et plus, n'ont pas les compétences nécessaires à un fonctionnement autonome dans un contexte de santé (Rootman & Gordon-El-Bihbety, 2008, p.iii). Ainsi, davantage de Canadiens affichent un niveau plus faible de littératie en santé (55 %) que de littératie (48 %), une différence qui peut s'expliquer par le fait que pour accomplir les tâches liées à la littératie en santé, les adultes doivent en général faire appel simultanément à leurs compétences en compréhension de textes suivis, en compréhension de textes schématiques et en numératie (CCA, 2008b). Une première enquête comparative européenne (HLS-EU Consortium, 2012) sur la littératie en santé a été menée en 2011 dans huit pays européens, basée sur le modèle conceptuel de Sorensen (2012), auprès de 8000 répondants. Sur les niveaux de littératie construits dans le cadre de cette étude — soit insuffisant, problématique, suffisant et excellent — 1 adulte sur 10 (12%) montre un niveau suffisant et près de 1 adulte sur 2 (47%) a un niveau de littératie limité, c'est-à-dire jugé insuffisant ou problématique (Sorensen et al., 2015, p.1053).

Il est bien démontré que de faibles compétences en littératie peuvent avoir de sérieuses et multiples incidences sur la santé d'une personne (Bernèche et al., 2012; Solar et al., 2006). Dans une imposante revue de littérature publiée en 2011 (Berkman et al., 2011), où 123 études ont été retenues en fonction de leur qualité méthodologique, un faible niveau de littératie est associé à une plus faible utilisation des mesures de prévention (mammographie et vaccination plus particulièrement), à une plus grande utilisation des soins d'urgence, à un nombre plus élevé d'hospitalisations, de même qu'à un état de santé moins bon et à un risque plus élevé de mortalité chez les personnes âgées. Puisqu'«elle joue un rôle dans la modification du comportement, le façonnement d'attitudes et la communication de connaissances de base en santé» (CCA, 2008b, p.16), la littératie a aussi un impact important sur l'autogestion d'une maladie (Berkman et al., 2011; CPHA, 2006). Dans les faits, les patients ayant de faibles niveaux de littératie ont de la difficulté à comprendre et à se rappeler l'information en santé, à

lire les étiquettes des médicaments et des aliments, à nommer leurs médications et à décrire leurs indications thérapeutiques, de même qu'à comprendre les risques associés à leur maladie (Hoffman-Goetz, Donelle, & Ahmed, 2014; IOM, 2004; Parnell, 2015; Schillinger et al., 2003; U.S. Department of Health and Human Services, 2010; Weiss, 2007). Ces personnes sont souvent plus susceptibles d'attendre trop longtemps avant de consulter pour un problème de santé, notamment en raison du fait qu'elles peuvent avoir tendance à éviter des situations où elles auront à lire ou à remplir un formulaire (Kripalani et al., 2006).

Dans un contexte clinique, certaines situations peuvent être des indices, des *red flags* selon les termes utilisés dans la littérature anglophone (Kripalani et al., 2006; Weiss, 2007), afin d'identifier les personnes susceptibles d'éprouver des difficultés avec l'écrit. En fait, selon la littérature sur le sujet, il est connu que ces personnes peuvent éprouver de la difficulté à :

- obtenir des renseignements sur la santé et à naviguer dans le système de santé;
- faire les suivis ou examens demandés et sont donc plus susceptibles de ne pas se présenter à leur rendez-vous;
- comprendre les informations orales et écrites relatives à la santé;
- expliquer leur problème de santé et leurs antécédents médicaux;
- nommer leurs médications, qu'elles identifient souvent par la forme et la couleur plutôt que par le nom;
- avoir confiance dans les informations écrites, car elles préfèrent obtenir des informations par le biais d'une communication interpersonnelle;
- avoir de la difficulté à analyser et à évaluer la fiabilité des sources d'information;
- remplir les formulaires médicaux, comprendre les instructions et cocher leurs réponses au bon endroit afin de fournir des informations pertinentes sur leur état de santé;
- comprendre les mots et les concepts liés au domaine de la santé;
- comprendre la notion de risque dans le contexte scientifique de la médecine, qui utilise des probabilités calculées sur une population;
- comprendre les formulaires de consentement, et donc, signer des documents qu'elles ne comprennent pas.

Tiré de American Medical Association (1999); Kaszap et al. (2000); Kaszap et Zanchetta (2009); Lemieux (2014); Richard et Lussier (2009); Rowlands, Protheroe, Price, Gann, et Rafi (2014); Saifeer et Keenan (2005); Weiss (2007).

Ces exemples mettent en lumière des défis qui peuvent être amplifiés par la vulnérabilité, l'inquiétude, le stress et le sentiment d'être déstabilisée que toute personne malade ressent (Fortin, 2004). Et cela, sans compter le sentiment de honte et d'embarras qu'éprouvent les

personnes de faibles niveaux de littératie et qui, souvent, les incite à ne pas révéler leur situation cognitive (Kaszap & Zanchetta, 2009; Parikh, Parker, Nurss, Baker, & Williams, 1996; Wolf et al., 2007). En fait, ces personnes sont souvent beaucoup plus craintives de poser des questions aux professionnels de la santé (Kaszap et al., 2000) et peuvent être gênées de demander de l'aide (Safeer & Keenan, 2005). Ainsi, un faible niveau de littératie en santé «peut être invisible aux yeux de ceux qui fournissent des services de santé» (Public Health Association of BC, 2012, p.24), d'où l'importance pour les professionnels d'être informés et outillés afin de dépister les personnes à risque.

Les travaux récents montrent que les professionnels de la santé tendent souvent à surestimer le niveau de littératie chez leurs patients (Bass, Wilson, Griffith, & Barnett, 2002; Kelly & Haidet, 2007; Lindau et al., 2002). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les intervenants se basent fréquemment sur le niveau de scolarité rapporté par le patient afin d'évaluer son niveau de compétence (Cormier & Kotlik, 2009; Williams, Terry, Parker, & Weiss, 2002). Or, les études qui ont examiné la relation entre le niveau de scolarité et le niveau de littératie en santé sont arrivées à la conclusion que les niveaux de littératie en santé étaient la plupart du temps largement en dessous du dernier niveau scolaire complété (Baker et al., 2002; Williams et al., 2002; Wilson & McLemore, 1997). De fait, la scolarité n'est pas un synonyme de niveau de littératie (Murray et al., 2005). Il est connu que la capacité prédictive de l'éducation diminue avec le temps (Statistique Canada & OCDE, 2005), les compétences en littératie pouvant diminuer selon que l'adulte active ou n'active pas ces compétences dans le cadre de ses activités quotidiennes (Solar et al., 2006; Statistique Canada & OCDE, 2005).

Il n'existe aucun outil de dépistage ou d'évaluation du niveau de littératie qui fasse consensus pour une utilisation en contexte clinique (Pleasant & McKinney, 2011). À ce sujet, les données actuelles ne recommandent pas l'utilisation de tels outils, ceux-ci pouvant amplifier le sentiment de honte que peuvent ressentir les personnes de faible niveau de littératie à l'égard de leurs difficultés (Paasche-Orlow & Wolf, 2008). En fait, la littérature suggère que les professionnels auraient avantage à considérer que l'ensemble de la clientèle présente des difficultés à décoder et à comprendre l'information sur la santé (Kaszap & Zanchetta, 2009; Safeer & Keenan, 2005; Wallace, Rogers, Roskos, Holiday, & Weiss, 2006). En effet, même pour une personne ayant un bon niveau de littératie, le vocabulaire et les

concepts liés à la santé peuvent être difficiles à comprendre (Cornett, 2009). Une approche axée sur un langage clair peut donc bénéficier tout autant aux personnes de haut niveau de littératie (Cornett, 2010). D'autant plus que les études montrent que bon nombre d'individus surestiment leur propre compétence en matière de littératie (Cornett, 2009; OCDE & Statistique Canada, 2000).

La recherche souligne également que la communication entre les professionnels et leurs patients gagnerait à être plus efficace (Seligman et al., 2005) : les professionnels utilisant fréquemment un jargon médical (Deuster, Christopher, Donovan, & Farrell, 2008). La communication devrait pourtant permettre un choix de mots simples, l'utilisation d'un minimum d'idées importantes et une syntaxe appropriée (Richard & Lussier, 2009) afin, notamment, de réduire «le fossé» entre le niveau de langage des professionnels et celui des patients, souvent moins riche en vocabulaire lié à la santé (Kaszap & Zanchetta, 2009, p.302). L'interrogation du patient sur ce qu'il a compris sur ses soins est aussi une étape souvent négligée par les professionnels, une technique qui, pourtant, permet de vérifier les perceptions du patient et de répondre à ses questions (Richard & Lussier, 2009; Schillinger et al., 2003). La technique *Teach Back*, qui renvoie à la boucle de communication interactive de Schillinger et al. (2003), vise à confirmer ce qui a été compris par le patient en l'invitant à expliquer ou à montrer (*show back*) à sa façon ce qu'il a retenu. Cette technique, qui se serait démontrée efficace en contextes cliniques (Nouri & Rudd, 2015), vise à éviter des formules du type «*comprenez-vous?*» pour mettre la responsabilité d'un enseignement clair et compréhensible sur l'intervenant, qui est invité à privilégier des formulations du type «*pourriez-vous m'expliquer comment prendre ce médicament? Je veux être sûr que mes explications sont suffisamment claires*» (DeWalt et al., 2010; Weiss, 2007).

1.2 Littératie en santé : quel rôle pour les professionnels?

Les liens entre la littératie et la santé et les conséquences importantes associées à de faibles compétences en littératie sont des préoccupations relativement récentes pour les hommes et femmes, médecins, infirmiers et autres professionnels travaillant dans le secteur de la santé (Richard & Lussier, 2009). Alors que les premières définitions de la littératie en santé renvoyaient essentiellement aux habiletés en lecture et en écriture nécessaires pour jouer son rôle de patient (American Medical Association, 1999), il fait maintenant consensus que si la

littératie en santé est une compétence permettant d'agir dans un environnement en santé, elle doit dépendre à la fois des caractéristiques individuelles et du contexte de santé (Baker, 2006). En ce sens, le rapport *Health Literacy: A prescription to end confusion* de l'IOM (2004) marque un moment décisif à partir duquel les définitions de la littératie en santé n'incluent plus seulement la personne. Dans ce rapport, on souligne l'importance à la fois des facteurs liés à l'individu, comme les habiletés cognitives, sociales, émotionnelles et physiques, et des facteurs liés au contexte de santé, renvoyant dans un sens large au matériel informatif disponible, aux professionnels de la santé et aux établissements de santé (IOM, 2004; Rudd, 2003). On recommande alors d'aborder la littératie en santé par le biais des habiletés de la personne, mais aussi en fonction des exigences d'un système de santé donné, selon les tâches à accomplir, l'offre de services et la façon dont l'information est communiquée par les professionnels (Wolf et al., 2008).

Un forum sur les programmes de littératie en santé regroupant des chercheurs du Canada, des États-Unis et du Royaume-Uni a donné naissance en 2011 à *La Charte de Calgary*, un texte énonçant les principes fondamentaux devant guider les interventions en matière de littératie en santé (Coleman et al., 2011). Dans le but d'accroître le niveau de littératie en santé d'une société, ces chercheurs soulignent qu'il est certes nécessaire de développer les compétences des individus en soutenant les programmes d'éducation, mais qu'un travail doit aussi se faire pour abaisser les barrières érigées par le personnel et les organisations en santé (Coleman et al., 2011). La littératie en santé serait ainsi abordée comme un équilibre entre les deux (Schillinger & Keller, 2012), tel que le suggère le cadre de la littératie interactive (voir figure 1), repris par l'OMS (2013). En ce sens, Rudd (2013b), qui s'appuie sur le modèle des champs de force de Kurt Lewin (1951), propose d'orienter les actions en matière de littératie en santé en fonction de trois principes, soit 1) déterminer les facteurs facilitateurs et les obstacles, 2) éliminer les obstacles et 3) renforcer les facteurs facilitateurs. C'est là que les organisations et les intervenants et intervenantes au sein de ces milieux ont un important rôle à jouer.



Tiré et traduit de Parker (2009); Schillinger et Keller (2012); WHO (2013)

Figure 1. Modèle interactif de la littératie en santé

La littératie en santé concerne de ce fait tous les acteurs présents dans un contexte de soins de santé. Les professionnels sont appelés à développer des compétences en matière de littératie afin de soutenir les patients dans leur démarche en santé, tout comme les établissements de santé doivent travailler à fournir un accès égal et facile à l'information en santé (Coleman et al., 2011, p.2) :

- la **personne** fait appel à des compétences en littératie en santé lorsqu'elle se sert de ses habiletés pour trouver, comprendre, évaluer, communiquer et utiliser de l'information;
- les **professionnels de la santé** font appel à des compétences en littératie en santé lorsqu'ils présentent de l'information de façon à bien se faire comprendre et à aider les gens à agir selon l'information reçue;
- les **organisations** peuvent démontrer un degré de littératie en santé satisfaisant en fournissant un accès égal, facile et empreint de dignité aux soins de santé et à l'information sur la santé.

Le concept de littératie en santé se veut donc multidimensionnel et s'aborde dorénavant comme une responsabilité partagée. Dans une récente table ronde menée par le National Academy of Medicine aux États-Unis (Pleasant et al., 2016), les experts ont fait une série de recommandations au sujet d'une nouvelle définition permettant de rallier chercheurs, praticiens de la santé et décideurs. En fait, quatre composantes essentielles ont été mises de l'avant pour aborder la littératie en santé : 1) inclure les demandes et la complexité des systèmes au même titre que les capacités et habiletés individuelles; 2) considérer la littératie comme un processus et non comme un déficit de compétences; 3) reconnaître son potentiel

évolutif pour favoriser une analyse du changement dans les compétences en littératie et 4) prendre en considération les liens entre des décisions informées et l'action, en offrant les outils nécessaires à un libre choix et à une autonomie décisionnelle (Pleasant et al., 2016). Il n'est plus question des habiletés nécessaires pour répondre aux exigences d'un milieu de soins mais des compétences à développer pour agir dans ces milieux (Pleasant et al., 2016). Ces nouvelles recommandations soulignent ainsi l'importance de considérer la littératie comme étant malléable, alors qu'il est possible de la rehausser par le biais des interactions au sein des environnements en santé.

1.2.1 Des organisations «pro-littératie en santé»

Pour Lorino (2014, p.209), une organisation n'est pas tant une entité juridique qu'«une structure *sociale* qui agence une activité collective» (ici soigner) en distribuant des rôles et en coordonnant les opérations (allocation des ressources, standardisation des tâches, etc.). En ce sens, la compétence est «organisationnelle» puisqu'«elle met en jeu un collectif d'acteurs situé dans un cadre organisationnel» (Lorino, 2014, p.209). Ainsi, la littératie en santé interpelle l'individu et les professionnels sur différents plans, mais l'environnement au sein duquel ils évoluent et se rencontrent, soit les organisations de santé, ont aussi un important rôle à jouer en vue de soutenir et faciliter les démarches au regard de la littératie en santé (Tourigny & Lemieux, 2014).

De façon générale, les écrits sur les stratégies organisationnelles en matière de littératie en santé invitent à produire des communications écrites plus accessibles, qui peuvent être comprises par tous (Collette, Rousseau, Clerc, & Clamageran, 2012; CSÉ, 2013), et qui misent sur l'utilisation d'un langage «clair et simple», l'objectif étant d'énoncer un message non pas dans un style puéril, mais de manière à ce que les personnes à qui il s'adresse aient de la facilité à le lire, à le comprendre et à en utiliser l'information (Samson, 2007, p.9). Dans le texte *Ten attributes of health literate health care organizations* (Brach et al., 2012), l'Institute of Medicine souligne cependant qu'être une «organisation pro-littératie en santé» (Tourigny & Lemieux, 2014) implique beaucoup plus qu'un travail pour adapter l'information. Les organisations doivent d'abord reconnaître le rôle clé de la littératie au regard de la sécurité, la qualité et l'équité dans les soins (Abrams, Kurtz-Rossi, Riffenburgh, & Savage, 2014) et en faire une valeur organisationnelle qui se retrouve dans l'ensemble de sa structure et de ses

opérations. Dans le texte de l'Institute of Medicine (Brach et al., 2012), repris par l'OMS (WHO, 2013), on recense 10 attributs d'une organisation pro-littératie en santé :

1. démontrer du leadership organisationnel au regard de la littératie en santé;
2. intégrer la littératie en santé dans la planification/évaluation et l'amélioration continue de la qualité des services;
3. préparer/former le personnel et faire le suivi des progrès;
4. faire participer les populations ciblées et/ou desservies à l'élaboration/application/évaluation de l'information et des services offerts;
5. travailler à des communications interpersonnelles efficaces en misant sur les stratégies adaptées au regard de la littératie (langage clair et simple, *Teach Back*, etc.);
6. cibler les situations présentant plus de risques dans le cas de faibles compétences en littératie;
7. faciliter l'accès à l'information et à de l'assistance;
8. développer et offrir du matériel facile à comprendre et à utiliser (matériel écrit et audio-visuel adapté);
9. expliquer clairement les soins et services offerts par les programmes;
10. adopter une approche universelle en matière de littératie en santé en offrant les services à tous et toutes, sans égard au niveau de littératie en santé.

Ces écrits soulignent l'importance de mettre à contribution tout le personnel de l'organisation, tant les professionnels que les gestionnaires et le personnel de soutien, ainsi que les patients et les proches dans les efforts qui sont faits au regard de la littératie (Abrams et al., 2014; Rudd, 2013a). L'accent est également mis sur l'importance de travailler en partenariat avec des patients et des proches dans toutes les sphères liées à l'organisation des soins et des services, ainsi que dans la façon de penser et de livrer l'information (Abrams et al., 2014).

Ainsi donc, les organisations en santé ont une responsabilité quant à la mise en place d'un environnement adapté aux besoins de la clientèle tout comme elles se doivent aussi de soutenir le développement des compétences de leur personnel en lien avec la littératie. En ce sens, l'organisation doit développer des dispositifs d'information efficaces, favoriser le travail d'équipe et la collaboration interprofessionnelle et offrir des mesures de reconnaissance au chapitre des initiatives de développement des pratiques (Institut national de santé publique du Québec, 2011). Selon l'étude de Barrett, Puryear et Westpheling (2008), les pratiques professionnelles en matière de littératie en santé sont plus efficaces au sein d'organisations qui

intègrent ces perspectives dans leur philosophie, mettent sur pied des projets pour la soutenir et offrent de la formation à leur personnel.

1.2.2 Qu'est-ce qu'une «bonne pratique» au regard de la littératie?

De façon générale, la pratique professionnelle en matière de littératie en santé renvoie à des stratégies qui visent à minimiser les impacts d'un faible niveau de littératie en santé (Barrett, Puryear, & Westpheling, 2008). Coleman, Hudson et Maine (2013, p.83) définissent la compétence en littératie en santé des professionnels comme «des savoirs, savoir-faire et attitudes dont les professionnels de la santé ont besoin pour mener une action efficace au regard de l'information et des services à donner à une clientèle de faible niveau de littératie⁶». Dans la relation de soins et de services, ces compétences concernent essentiellement les stratégies de communication dans un style clair et simple (Coleman, 2016). En fait, les recommandations actuelles orientent les professionnels et intervenants du milieu de la santé vers la mise en œuvre des stratégies suivantes :

- s'informer des connaissances de base de la personne avant de donner de l'information;
- utiliser des techniques comme celle du *Teach Back* afin de vérifier la compréhension de l'information par la personne;
- éviter l'utilisation de jargon médical dans les communications orales et écrites avec les patients;
- encourager les questions par une approche valorisante (*Quelles sont vos questions?* plutôt que *Avez-vous des questions?*);
- mettre l'emphase sur les deux ou trois points les plus importants à savoir ou à faire;
- utiliser de courtes phrases orientées vers l'action;
- noter les instructions importantes;
- avoir une approche de «précautions universelles» dans toutes les formes de communication avec les patients;
- échanger en vue d'une entente commune sur l'orientation et les démarches pour la suite des choses.

Tiré de Boivin, Ross, Haché, et Frenette (2016); Coleman (2016); Kripalani et Weiss (2006); Lemieux (2014); Weiss (2007)

Plusieurs chercheurs et praticiens, dont certains s'intéressent aux programmes de formation initiale des professionnels de la santé (Coleman, 2011, 2016; Coleman et al., 2013; Cornett, 2009, 2010), ont travaillé au cours des dernières années à identifier les compétences attendues

⁶ Traduction libre.

chez les professionnels en matière de littératie en santé. À titre d'exemple, le projet mené par Coleman, Hudson et Maine (2013), a permis de regrouper 25 experts en matière de littératie en santé afin de prioriser les éléments les plus importants pour décrire cette compétence du point de vue des professionnels. Parmi les études sur le terrain, notons celles de Barrett, Puryear et Westpheling (2008) qui ont recensé les pratiques en littératie en santé qui s'avèrent les plus efficaces dans le cadre de la consultation auprès de 678 professionnels de la santé œuvrant dans les soins de première ligne. Dans le tableau 1 à la page suivante, qui se veut une synthèse de ces travaux, les «bonnes pratiques» en littératie en santé ont été regroupées en 4 points :

Tableau 1. Synthèse des «bonnes pratiques» en littératie en santé

<p>1. Créer un environnement propice au partenariat</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Démontrer une attitude empathique et sans jugement, écouter activement et encourager le patient à poser des questions ✓ Faciliter la navigation dans le système : ajouter une carte au dos d'une référence pour les directions, appeler pour la prise de rendez-vous, indiquer les ressources disponibles (assurances, centre de documentation, etc.) ✓ Aider le patient à se préparer pour ses rendez-vous, à remplir les questionnaires ✓ Encourager le patient à participer à ses soins : établir des objectifs, un plan d'action ✓ Développer une approche collaborative au sein de l'équipe de soins afin de partager l'information et adapter les interventions, et ce, dès l'accueil
<p>2. Évaluer les compétences en littératie</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Observer les caractéristiques, les comportements et le langage non verbal du patient ✓ Poser certaines questions telles que : <i>Est-ce que vous lisez fréquemment? Est-ce qu'il vous arrive de demander de l'aide pour remplir des formulaires ou des questionnaires? Trouvez-vous que l'information que vous recevez concernant votre problème de santé est facile à lire?</i>
<p>3. Adapter la communication</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ S'asseoir plutôt que d'être debout ✓ Parler lentement, articuler clairement ✓ Éviter le jargon médical et utiliser des mots de tous les jours ✓ Mettre l'emphase sur les actions et les comportements attendus ✓ Limiter le contenu à deux ou trois points importants ✓ S'informer d'abord des connaissances de la personne sur le sujet ✓ Utiliser des schémas et des dessins afin d'illustrer les explications ✓ Répéter souvent les consignes ou les recommandations ✓ Poser des questions ouvertes et spécifiques afin de vérifier si la personne comprend/peut appliquer l'information à des exemples de la vie quotidienne ✓ Demander de faire une démonstration et résoudre les problèmes au besoin ✓ Vérifier la compréhension des informations par le patient en utilisant des méthodes comme <i>Teach Back</i> ou <i>Ask Me 3</i>⁷
<p>4. Faciliter l'accès et l'utilisation de l'information</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Utiliser du matériel éducatif adapté pour des personnes de faibles niveaux de littératie de même qu'à la langue et à la culture de la clientèle cible ✓ Multiplier les modalités pour livrer l'information ✓ Établir des priorités afin de ne livrer que l'information la plus pertinente et insister sur les points les plus importants ✓ Créer un environnement adapté aux besoins particuliers (vue, ouïe, etc.)

Tiré et adapté de Coleman (2013; 2016), Cornett (2009; 2010), Barrett, Puryear et Westpheling(2008), Lemieux (2014), Weiss (2007).

Cette synthèse des bonnes pratiques en littératie souligne qu'au-delà des stratégies de communication, la collaboration interprofessionnelle et la mobilisation de tout le personnel de

⁷ La technique *Ask Me 3* propose d'inviter le patient à poser trois questions à propos de ses soins (<https://www.group-health.com/docs/Members/AskMe3.pdf>).

l'organisation sont des conditions nécessaires à la mise en place d'un partenariat de soins avec la patiente ou le patient (Public Health Association of BC, 2012; Schillinger & Keller, 2012).

1.2.3 Une approche collaborative de soins et de services

Au cours des dernières décennies, des changements importants dans les approches de soins ont influencé la façon d'aborder la relation entre professionnels et patients. Longtemps, une approche paternaliste a orienté les pratiques (Dumez & Lafrenière, 2012), alors qu'il était attendu que le patient «se conforme aux recommandations» des professionnels de la santé (Richard & Lussier, 2009, p.127). Comme l'explique Légaré (2009, p.288), «le modèle paternaliste repose sur la présomption que le professionnel de la santé connaît le bon choix pour le patient et que, par conséquent, il est la personne toute désignée pour faire ce choix». En s'éloignant de cette approche, il y a eu un mouvement promouvant un rôle plus actif de la personne vivant avec la maladie par la reconnaissance de ses «savoirs expérientiels», mais aussi de son droit à l'information et à un libre choix en ce qui concerne les traitements (Thoër, 2013). Certains parlent de la «révolution du patient» (Richards, Montori, Godlee, Lapsley, & Paul, 2013), alors qu'il y a un passage de l'«assujetti à l'ayant droit» au sein des établissements (Routelou, 2005, p.18).

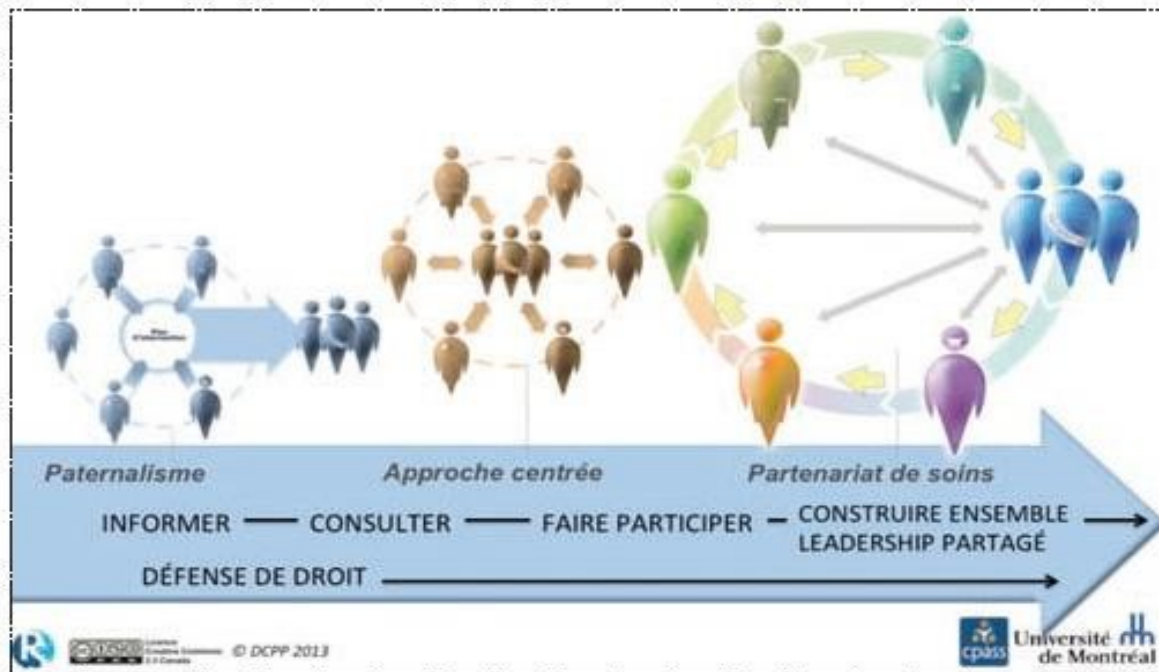
Selon Thoër (2013, p.4-5), cette vision d'une collaboration dans les soins a favorisé l'émergence de modèles tels que le «modèle centré sur le patient» (Stewart et al., 2003) et le «modèle de décision partagée » (Légaré, 2009), qui reposent à la base sur la possibilité pour chacune des parties de présenter sa vision de la maladie dans le cadre d'un échange orienté vers l'atteinte d'un consensus en ce qui concerne le traitement et les décisions à prendre. Dans cette perspective, le professionnel de la santé «n'est plus seulement un expert, il est aussi un éducateur» qui contribue au développement de la compétence du patient (Thoër, 2013, p.5). De ce fait, il doit être en mesure d'offrir toute l'information nécessaire de manière accessible afin que la personne puisse se l'approprier et participer aux décisions en lien avec sa problématique de santé (Coleman et al., 2011; Légaré, 2009; Thoër, 2013).

Ces nouveaux modèles de pratiques ne sont pas sans avoir suscité d'importantes transformations au sein du milieu de la santé québécois au cours des dernières années (RUIS, 2014). Depuis 2010, un modèle de partenariat entre patients et intervenants du réseau de la

santé et des services sociaux a été développé à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal et s'implante dans les milieux d'intervention québécois (Lebel et al., 2013; Pomey, Flora, Karazivan, et al., 2015; RUIS, 2014). Le «Modèle de Montréal» va au-delà des approches centrées sur le patient (Pomey, Flora, Karazivan, et al., 2015) en proposant de considérer ce dernier comme «un membre à part entière de l'équipe» (Pomey, Flora, Ghadiri, & Karazivan, 2015, p.12). Dans la perspective du partenariat de soins (voir figure 2), il ne s'agit plus uniquement d'informer ou de prendre en considération les besoins ou les préférences du patient, mais bien d'en faire un partenaire qui a sa propre expertise au sein de l'équipe (Pomey, Flora, Karazivan, et al., 2015; RUIS, 2014). L'approche de partenariat de soins et de services est définie comme suit :

Le partenariat de soins et de services est une relation de coopération/collaboration entre le patient, ses proches et les intervenants de la santé et des services sociaux (cliniciens, gestionnaires ou autres) qui s'inscrit dans un processus dynamique d'interactions et d'apprentissages et qui favorise l'autodétermination du patient, une prise de décisions libres et éclairées et l'atteinte de résultats de santé optimaux. Fondée sur la reconnaissance des savoirs de toutes les parties, cette relation consiste pour les partenaires à planifier, à coordonner les actions et à intervenir de façon concertée, personnalisée, intégrée et continue autour des besoins et du projet de vie du patient. (RUIS, 2014, p.11)

Dans cette approche collaborative, «les savoirs expérientiels du patient, issus de la vie avec la maladie et complémentaires des savoirs scientifiques des professionnels», sont reconnus et valorisés (Pomey, Flora, Karazivan, et al., 2015, p.S41). Pour Pomey, Flora, Karazivan, et al. (2015, p.S41), le modèle de partenariat de soins «s'inscrit dans un *continuum* d'engagement des patients et peut s'appliquer dans les milieux de soins, de la formation des professionnels, de l'enseignement et de la recherche».



Source : Pomey et al., 2015.

Figure 2. Évolution des approches cliniques

En somme, une pratique collaborative de soins, qui vise une participation active dans les soins et au regard de ceux-ci, suppose de la part des professionnels «d’entretenir avec le patient une relation d’apprentissage» (Pomey, Flora, Karazivan, et al., 2015, p.S43) afin que celui-ci développe les connaissances et les compétences nécessaires à la prise en charge de sa santé (RUIS, 2014). Dans la récente enquête européenne sur les compétences des adultes en matière de littératie en santé (HLS-EU Consortium, 2012), qui a permis de mesurer le degré de difficulté de tâches liées à la santé, les plus difficiles nommées par les répondants étaient la compréhension de l’impact des décisions politiques sur sa santé, le jugement face à la crédibilité de l’information sur la santé issue des médias et la prise de décisions concernant les différentes options de traitement (HLS-EU Consortium, 2012). C’est dire toute l’importance du rôle des professionnels et intervenants en santé quant à la transmission de l’information et au soutien offert pour en faciliter son utilisation en vue d’une autonomie décisionnelle et d’une participation active dans les soins.

1.2.4 Carte synthèse

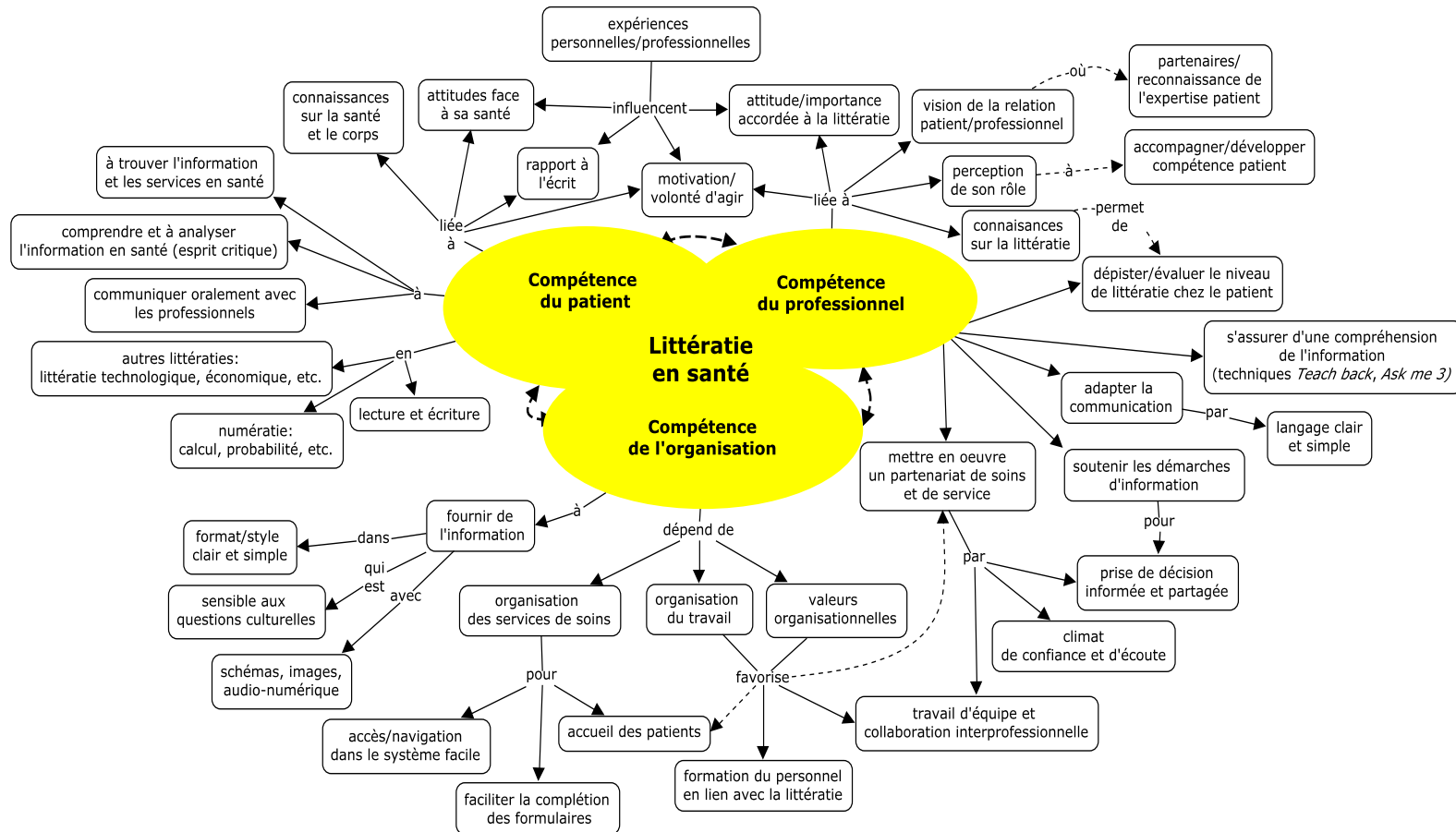
Abordée du point de vue de la personne, la littératie renvoie à l'ensemble des compétences, des connaissances et des stratégies qu'elle met en œuvre afin de trouver, lire, comprendre, utiliser et communiquer l'information (Sorensen et al., 2012). Développée par «un apprentissage graduel et constant, qu'il soit formel, non formel ou informel», au fil des expériences (Kaszap & Zanchetta, 2009, p.293), la littératie est fortement liée au contexte dans lequel elle s'inscrit, en fonction des savoirs à mobiliser (Thévenaz-Christen, 2011). Dans un contexte de santé, elle joue un rôle clé chez le patient afin de prendre en charge sa santé, prendre des décisions éclairées et participer à ses soins. Pour faire face à un événement ou résoudre un problème en lien avec sa santé, une personne doit savoir non seulement sélectionner et mobiliser des ressources, mais elle doit aussi savoir les organiser et construire une combinatoire particulière en fonction de la situation dans laquelle elle se trouve. Cette compétence est donc fortement contextualisée, s'exprimant dans une situation donnée, ici dans un contexte de santé spécifique.

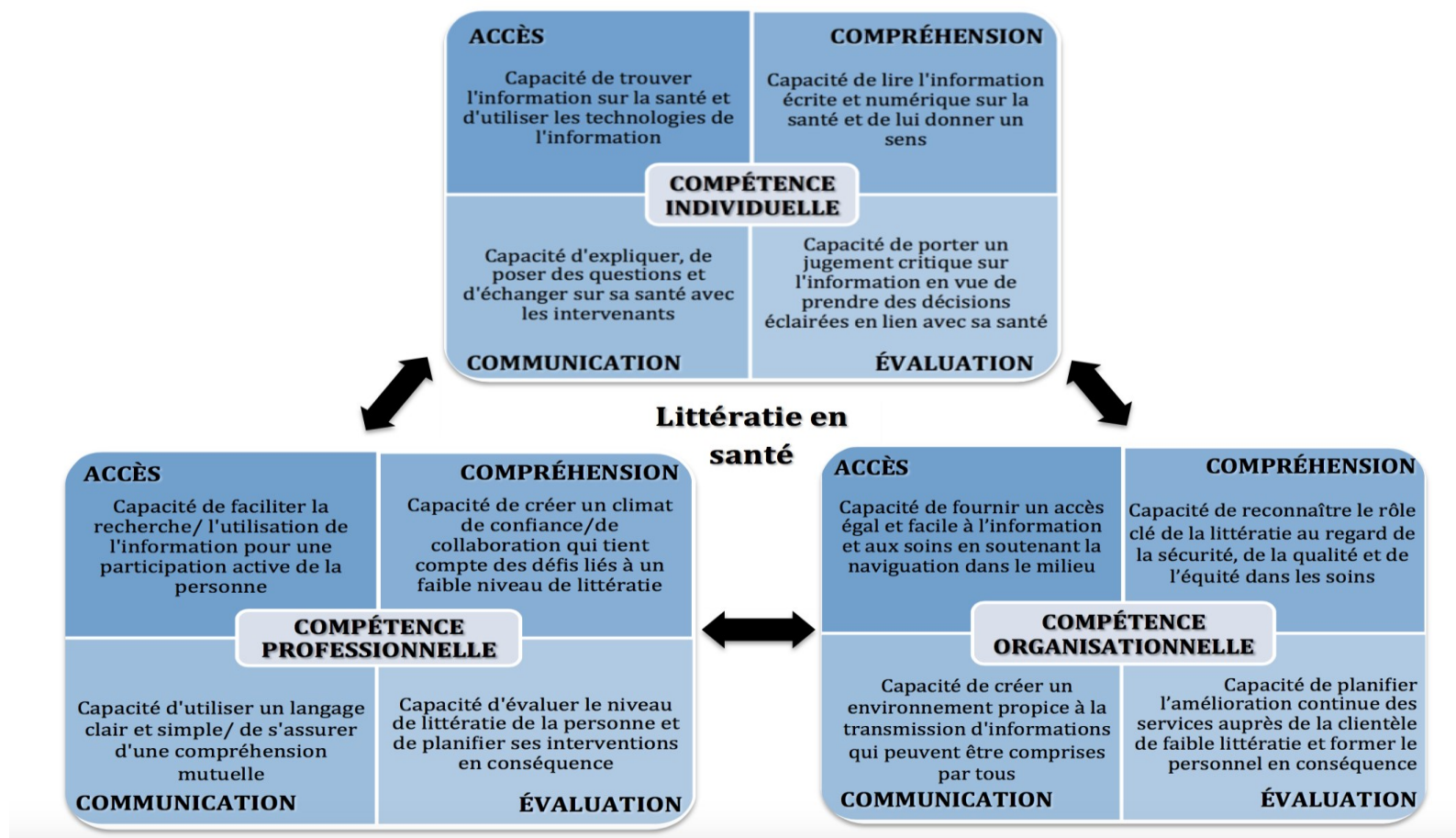
Du point de vue des professionnels et des institutions, la littératie en santé pose le défi de fournir une information accessible et de soutenir les efforts de mobilisation et de renforcement des compétences en littératie chez la patiente ou le patient. Comme représentée dans la carte conceptuelle à la page 27, la littératie en santé devient ainsi une responsabilité partagée entre le patient, le professionnel et l'organisation. De ce fait, la question de la littératie en santé ne s'aborde plus seulement du point de vue de la ou du malade, mais aussi du point de vue des professionnels et des organisations dispensant les soins. Ceux-ci sont maintenant appelés à développer leurs compétences pour agir en matière de littératie en santé, et ce, afin de mettre sur pied un partenariat de soins.

La carte conceptuelle 1 reprend certains éléments issus des écrits permettant de situer la littératie dans un contexte de santé. Le concept y est présenté comme un processus dynamique et évolutif, qui se modifie dans l'interaction entre la personne, les professionnels ou intervenants et les milieux qui dispensent les services. La compétence en littératie en santé peut ainsi s'aborder sous des angles différents, selon les acteurs en jeu (patient, professionnel et organisation). La figure 3 à la page 28 découle de cette carte conceptuelle et propose une vision plus schématique de la compétence en littératie pour ces trois acteurs, et ce, en fonction

des quatre mêmes dimensions (l'accès, la compréhension, l'évaluation et la communication de l'information), soit celles retenues par Sorensen et al. (2012). S'intéresser ainsi au développement des compétences en littératie en santé, c'est s'intéresser à des parcours de développement tant personnel que collectif, voire organisationnel.

Carte conceptuelle 1. La littératie en santé





Maud Bouffard ©

Figure 3. Conceptualisation synthèse de la compétence en littératie en santé

Inspiré et adapté de Abrams et al. (2014); Association canadienne de santé publique (2014); Barrett et al. (2008); Brach et al. (2012); Coleman et al. (2013); Jalbert (2016); Sorensen et al. (2012); Tourigny et Lemieux (2014)

2 Le développement professionnel continu : état des lieux

Le *professionnel* est, selon la définition qu'en fait Legendre, une personne qui a «atteint un haut niveau de dextérité et de performance dans sa sphère d'activités» (Legendre, 2005, p.1088). Aussi, le terme profession auquel il se rapporte peut s'utiliser dans des sens différents et référer à des réalités diverses. Selon Dubar, Tripier, et Boussard (2015, p.11), définie dans le sens d'«occupation par laquelle on gagne sa vie», la profession de quelqu'un est son activité rémunérée, quelle qu'elle soit. Le terme professionnel peut ainsi référer à toute personne qui exerce une fonction reconnue au sein d'une organisation (Dubar et al., 2015).

Selon Jarvis (1983, p.27), le professionnel est «une personne qui recherche continuellement la maîtrise d'un champ de compétence lié à son occupation, et cela, de façon à offrir le meilleur service possible au client⁸». Pour chaque profession, il existe un ensemble de savoirs, de savoir-faire, de savoir-être et de normes qui constituent des pratiques de référence sur lesquelles s'appuie la compétence du professionnel (Jarvis, 1983; Legendre, 2001). La professionnalisation relève ainsi d'une institution de formation, d'une organisation ou d'un tiers qui prescrit et évalue les compétences attendues, «renvoyant à un modèle du *bon professionnel*» (Jorro & Wittorski, 2013, p.15-16). Bien qu'il ne soit plus nécessaire d'appartenir à un ordre professionnel pour s'identifier comme professionnel, le qualificatif s'étant maintenant généralisé, l'exigence éthique demeure (Le Boterf, 2010). La ou le professionnel «ne possède pas seulement un métier, il l'exerce avec une forte exigence de service et de respect vis-à-vis de son client» (Le Boterf, 2010, p.58).

L'apprentissage au cours de la vie professionnelle s'effectue de multiples façons, au travail et hors travail (Wittorski, 2007). On évoque généralement la formation continue pour désigner toute forme d'apprentissage réalisée après la formation initiale (Legendre, 2005), comme souligne l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2011, p.8) :

La formation continue est un processus permanent, actif et soutenu dans lequel l'infirmière s'engage tout au long de sa vie professionnelle à acquérir, au moyen d'activités d'apprentissage, de nouvelles connaissances qui lui permettront de développer ses compétences et d'offrir à la population des soins et services de qualité.

⁸ Traduction libre.

Si le terme «formation continue» est souvent utilisé comme un synonyme de développement professionnel, pour Brodeur, Deaudelin et Bru (2005, p.7), il renvoie davantage aux interventions susceptibles de favoriser le développement des professionnels ou de leurs apprentissages. Le terme «développement professionnel», pour sa part, fait référence aux processus d'apprentissage de la personne et attribue de la valeur aux apprentissages occasionnels issus ou non de situations structurées (Donnay & Charlier, 2008, p.19) :

Le développement professionnel est un processus dynamique et récurrent, intentionnel ou non, par lequel, dans ses interactions avec l'altérité, et dans les conditions qui le permettent, une personne développe ses compétences et ses attitudes inscrites dans des valeurs éducatives et une éthique professionnelle et, par là, enrichit et transforme son identité professionnelle (Donnay & Charlier, 2008, p.15).

En ce sens, le développement professionnel continu englobe toutes démarches ou formes d'apprentissage, tant formelles qu'informelles (Brodeur et al., 2005; Day, 1999), et s'amorce dès la formation initiale (CSÉ, 2014).

Pour Day (1999, p.4), le développement professionnel peut être vu comme un processus par lequel les professionnels «acquièrent et développent de façon critique le savoir, les habiletés et l'intelligence émotionnelle qui sont essentiels à une pensée, à une planification et à une pratique de qualité, tout au long de la vie professionnelle⁹». Axé sur la démarche de la ou du professionnel au regard du développement de ses compétences, le développement professionnel peut ainsi s'aborder selon une perspective à la fois développementale et professionnalisante (Uwamariya & Mukamurera, 2005). La définition adoptée par le Conseil québécois de développement continu des médecins (2017, para.1) va dans ce sens :

Le développement professionnel continu consiste en toute démarche d'un médecin dans le but d'acquérir, de maintenir ou de parfaire ses connaissances, habiletés ou attitudes. Le développement professionnel continu consiste en une action individuelle ou collective, basée sur un besoin ou un intérêt, qui s'inscrit dans le cycle des apprentissages et qui vise à améliorer la qualité des soins offerts à la population.

Cette définition souligne que la démarche s'enracine dans les besoins individuels des professionnels, mais aussi dans ceux de la communauté au sein de laquelle ces personnes exercent, tel que les orientations de l'OMS le précisaient déjà au tournant des années 1990 (Abbatt & Mejia, 1990). C'est une démarche située dans un contexte de travail particulier, soutenue par une éthique professionnelle visant l'apprentissage et le bien-être des personnes

⁹ Traduction libre par Brodeur, M., Deaudelin, C., & Bru, M. (2005), p.6.

recevant les services du professionnel (CSÉ, 2014; Donnay & Charlier, 2008). Le tableau ci-après recense les principales caractéristiques de ce processus dynamique et continu.

Tableau 2. Caractéristiques du processus de développement professionnel

Orienté	vers un but, un projet, un progrès, qu'il soit personnel (sur le plan de sa pratique) ou lié à un projet plus large (celui de son organisation)
Situé	c'est-à-dire contextualisé dans un environnement particulier composé de situations de travail, de relations avec des acteurs et d'une organisation ayant son histoire et son fonctionnement propre
Partiellement planifiable	il est relativement imprévisible, le professionnel travaillant dans un milieu où il est sollicité de toutes parts par de nombreux autres acteurs
Dynamique et continu	il se produit continuellement et les apprentissages réalisés sont réinvestis dans les situations professionnelles quotidiennes
Soutenu par une éthique professionnelle	il a pour finalité le bien-être, la réussite ou l'apprentissage de sa clientèle
À responsabilité partagée	le professionnel en est le premier responsable, mais un environnement de travail favorable en est un facteur de succès

Tiré et adapté de CSÉ (2014, p.17); Daele (2010); Donnay et Charlier (2008) et enrichi par Le Boterf (2010).

Pour Donnay et Charlier (2008), le développement professionnel se nourrit des interactions avec «l'altérité», que ce soit les collègues ou les patients dans un contexte de soins, par la confrontation d'idées et les échanges qui sont une occasion de réfléchir à sa pratique. Si «se confronter à l'altérité, c'est apprendre sur soi et de l'autre» (Donnay & Charlier, 2008, p.16), c'est dans le cadre du travail que cette rencontre se vit.

2.1 Modèle de l'apprentissage professionnel informel

De façon générale, l'apprentissage se définit comme l'«acquisition de connaissances et le développement d'habiletés, d'attitudes et de valeurs qui s'ajoutent à la structure cognitive d'une personne» (Legendre, 2005, p.88). En lien avec le paradigme cognitiviste qui domine dans le champ de l'éducation et de la formation des adultes depuis les dernières décennies, apprendre est vu comme un processus par lequel le sujet construit de nouveaux savoirs en prenant appui sur les connaissances déjà acquises (Bourgeois & Mornata, 2012; Gauthier & Tardif, 2005). Sous la bannière du cognitiviste, les analyses et essais sur les processus d'apprentissage des adultes tendent à s'inscrire dans le courant de la théorie constructiviste (Bélanger, 2015). Orienté vers un apprenant qui construit son savoir, apprendre est «un acte

intime» (Bélanger, 2015), et de ce fait, comme l'explique Carré (2015, p.30), «apprentissage» et «formation» ne sont pas synonymes :

Le terme *apprentissage* décrit le processus psychologique, *interne au sujet* bien que toujours socialement situé, qui mène à la transformation durable de représentations, d'habiletés et d'attitudes, en milieu éducatif formel ou ailleurs.

La notion de *formation*, quant à elle, décrit une intervention sur autrui, en milieu généralement formel, visant le développement des compétences; en ce sens elle ne recouvre qu'une *intention de transformation d'autrui*.

Ainsi, apprendre se situe au niveau de la personne, des processus qu'elle met en œuvre, de son engagement et des ressources qu'elle utilise ou va chercher dans son environnement lorsqu'elle apprend et se développe (Enlart & Bourgeois, 2014).

Aborder le sujet de l'acquisition de connaissances demande de clarifier certains termes. En fait, du point de vue sémantique, l'*information* s'entend de «faits objectivés susceptibles de nourrir un corpus de connaissances dès lors qu'elle a du sens» (Carré & Charbonnier, 2003, p.32). Dans cette perspective, l'information est une donnée «inerte» (Carré, 2005), extérieure à la personne (Legroux, 2008), alors que la connaissance réfère à une représentation de la réalité telle que construite par une personne (Carré & Charbonnier, 2003; Le Ny, 2005). La *connaissance*, qui peut se définir comme «une croyance vraie et justifiée» (Nonaka & Takeuchi, 1997, p.40), est donc d'ordre personnel (Carré, 2005) et «est intégrée à l'individu, de sorte qu'elle est difficilement transmissible» (Legroux, 2008, cité par Lauzon, Roussel, Solar, & Bouffard, 2013, p.22). L'information permet ainsi d'interpréter les faits et les événements et de construire le savoir (Enlart & Charbonnier, 2014; Nonaka & Takeuchi, 1997). Le *savoir* quant à lui peut se concevoir comme «l'ensemble des connaissances approfondies acquises par un individu» (Legendre, 1993, p.1134), alors que *les savoirs* font référence à «un ensemble d'énoncés et de procédures socialement constituées et reconnues» (Beillerot, 2005, p.898).

En ce qui concerne l'apprentissage en tant que processus, l'attention se porte sur la façon dont l'individu construit ses connaissances dans l'interaction avec son environnement physique et social (Gauthier & Tardif, 2005; Merriam, Caffarella, & Baumgartner, 2007). En fonction de l'expérience vécue au fil de son parcours, l'adulte développe différentes habiletés pour réagir à une situation, faire face à l'imprévu ou répondre aux impératifs liés à l'exercice de son travail. Aussi, un solide lien existe entre le développement et l'apprentissage,

l'apprentissage contribuant au développement et le développement stimulant à son tour l'apprentissage (Solar & Danis, 1998). Le développement peut être vu comme «un ensemble de changements durables atteint par une personne, changements vers un stade supérieur de progrès, de croissance ou d'évolution» (Legendre, 2005). Le développement est ici conçu de façon dynamique, se voulant davantage un processus ou une démarche qu'un résultat (Solar & Danis, 1998). Le processus d'apprentissage comporte des opérations d'organisation destinées à donner des significations aux informations et aux expériences, et débouche «sur des connaissances, des comportements, des attitudes et des valeurs» qui vont guider les actions futures de l'individu (Hrimech, 1996, p.221). Apprendre modifie, modèle ou consolide un comportement (Knowles, 1990; Merriam et al., 2007), et de ce fait, suppose un changement après l'acquisition de nouveaux savoirs (CCA, 2007c) qui peut aboutir à une transformation (Mezirow, 1978; Mezirow & *and Associates*, 2000). Il y a donc apprentissage lorsque les connaissances sont utilisées dans un nouveau contexte ou selon une combinaison différente (Eraut, 2000), impliquant un changement repérable dans les manières de penser et d'agir de la personne (Enlart & Bourgeois, 2014).

Comme mis en lumière par le courant andragogique (Houle, 1996; Kidd, 1959; Knowles, 1970, 1973), les adultes sont des apprenants capables d'identifier leurs besoins de formation et en mesure d'assumer globalement la responsabilité de leur démarche (Bélanger, 2015; Blais, Chamberland, Hrimech, & Thibault, 1994; Elias & Merriam, 1983; Hiemstra, 2015; Knowles, 1990). En ce sens, l'apprentissage des adultes se déroule dans divers contextes, alors qu'il concerne «toute activité d'apprentissage entreprise à tout moment de la vie dans le but d'améliorer les connaissances, les qualifications et les compétences, dans une perspective personnelle, civique, sociale et/ou liée à l'emploi» (Commission des communautés européennes, 2001, p.39). Les politiques actuelles en matière de formation soulignent l'importance du rôle des apprentissages non formels et informels dans cet apprentissage tout au long de la vie (CONFINTEA, 2009; Ministère de l'éducation du Québec, 2002; UNESCO, 1997). Toutefois, si l'on évoque souvent l'apprentissage informel lorsqu'il est question des apprentissages liés au travail (Wihak, Hall, MacPherson, Warkentin, & Wihak, 2011), le concept n'est pas toujours clair puisqu'il s'utilise de différentes manières, selon différentes significations, et recoupe de multiples réalités (CCA, 2007a; Schugurensky, 2007). En effet,

l'apprentissage informel est associé tant à l'autoformation qu'à l'apprentissage par l'expérience, tout comme il renvoie aussi à différentes pratiques de formation en milieu de travail, ce qui en fait un concept difficile à cerner (Carré, 2008; CCA, 2007c; Wihak et al., 2011). Eraut (2000) récuse même le terme et lui préfère celui de non formel.

En raison de ce qui précède, ce chapitre s'intéressera à l'apprentissage adulte qui se réalise une fois la formation initiale ou qualifiante à l'emploi terminée. Des éléments clés pour appréhender l'apprentissage informel, et plus particulièrement celui qui se réalise en milieu de travail, seront présentés avant d'aborder le concept de développement des compétences professionnelles.

2.1.1 Apprentissage informel : au-delà d'un contexte

Dans la littérature, au tournant du XX^e siècle, des auteurs comme Lindeman (1926-réimprimé en 1961) abordent déjà l'apprentissage par le biais des expériences de la vie, mettant ainsi en lumière l'impact de l'apprentissage en dehors d'un cadre formel ou scolaire (Balleux, 2000b; Smith, 1997, 2004). En effet, pour Lindeman (1926-réimprimé en 1961), un des fondateurs de l'éducation des adultes du début du siècle dernier alors que les systèmes éducatifs étaient encore à leur balbutiement, l'apprentissage adulte est essentiellement un apprentissage informel et non directif, bien ancré dans les situations de la vie et permettant de découvrir le sens de l'expérience (Mezirow, 2001; Smith, 1997, 2004). C'est par les travaux de chercheurs comme Dewey (1938), Knowles (1950, 1970), Rogers (1969), Kolb (1984), Marsick (1987), Courtois (1989), Mezirow (1991) et Jarvis (1987) que le modèle de l'apprentissage informel s'est développé au fil du temps. La notion d'apprentissage informel puise en grande partie ses racines dans la tradition éducative humaniste (Carré, 1992; Rogers, 1969), où la personne joue un rôle de premier plan dans l'actualisation de son plein potentiel (Legendre, 1993; Tusting & Barton, 2006). Centré sur une personne apprenante qui s'autodirige et basé sur des situations authentiques et signifiantes, l'apprentissage informel se veut en quelque sorte le mode d'apprentissage adulte par excellence (Beckett & Hager, 2001; Knowles, 1950, 1973).

Tough (1971, 1978) est considéré comme un pionnier dans l'étude de ce phénomène sur le terrain (Brougère & Bézille, 2007). Ses recherches menées dans les années 1960 ont permis de faire la démonstration de la place prépondérante de l'apprentissage informel chez

les adultes. En effet, ses enquêtes ont montré que les adultes consacrent beaucoup de temps au cours d'une année à une activité ou à un projet d'apprentissage autogéré (Tough, 1978). Selon Tough (2002), le ratio des apprentissages chez les adultes serait de l'ordre de 20% dans un cadre formel, entrepris avec l'aide d'un formateur, pour 80% d'apprentissages dits informels ou non formels. Ces résultats l'ont conduit à suggérer la métaphore de l'iceberg, qui comme Barrette (2008, p.28) l'explique, illustre que les apprentissages qui se réalisent dans un contexte formel «ne constituent que la pointe apparente de l'apprentissage adulte», cachant l'importante dimension de l'apprentissage qui se produit en dehors de la formation structurée (Bélanger, Doray, & Levesque, 2008; Tough, 1971; 2002).

Apprentissage formel, non formel et informel

Les notions de formel, non formel et informel sont utilisées depuis fort longtemps. L'éducation informelle faisait partie des pratiques que prônait Mary Follet (1868-1933) dans la construction d'une volonté collective pour développer la démocratie aux États-Unis (Parker Follett, 1918) et Eduard Lindeman (1926-réimprimé en 1961) trouvait l'apprentissage informel nécessaire à la compréhension de l'expérience (Smith, 1997, 2004). Ce serait dans un rapport de l'Unesco de 1947 que la distinction entre formel, non formel et informel aurait été officialisée (Cristol & Muller, 2013; Pain, 1990). Ces catégories ont été créées dans le but de mesurer des comportements observables et descriptibles, d'assurer la comparaison entre les pays et de dégager les bonnes pratiques en matière de politiques de formation (Cristol & Muller, 2013). Dans cette catégorisation, qui s'est ensuite généralisée dans les écrits vers la fin des années 1960, «deux paramètres explicatifs prédominent : le niveau d'organisation des apprentissages et les formes de reconnaissance sociale auxquelles ils donnent lieu» (Cristol & Muller, 2013, p.17). Ainsi, dans la littérature, on distingue généralement 3 types d'apprentissage : le formel, le non formel et l'informel (Coletta, 1996).

➤ *L'apprentissage formel*

L'apprentissage formel renvoie habituellement aux apprentissages ayant lieu dans un contexte organisé et structuré (en termes d'objectifs, de durée ou de soutien à l'apprentissage) et conduisant à une reconnaissance officielle (Rubenson, Desjardins, & Yoon, 2007; Werquin, 2010). Ce type d'apprentissage «répond à un objectif clair et une intention de la part de l'apprenant, et/ou de celui qui a décidé de l'apprentissage : acquérir des savoirs, savoir-faire

et/ou compétences» (Werquin, 2010, p.24) reconnus par un diplôme. Dans ce contexte, le choix des contenus, des objectifs d'apprentissage, des moyens pour atteindre ces objectifs de même que l'évaluation est généralement sous le contrôle d'un formateur (Hrimech, 1996) ou d'une institution. L'apprentissage formel est souvent organisé de façon hiérarchique, en fonction de l'âge ou du niveau de connaissances ou d'habiletés de l'apprenant (English, 2005; Eraut, 2000).

➤ ***L'apprentissage non formel***

L'apprentissage non formel désigne, pour sa part, les activités d'apprentissage qui sont organisées et structurées, mais qui ne conduisent pas nécessairement à une attestation reconnue (CCA, 2007a; Rubenson et al., 2007). Ce type d'apprentissage peut s'acquérir sur le lieu de travail ou dans le cadre des activités d'organisations ou de groupes communautaires (CCA, 2007c). Il est intégré dans des activités planifiées, mais qui ne sont pas toujours explicitement désignées comme des activités d'apprentissage (Werquin, 2010).

L'apprentissage non formel est considéré comme étant intentionnel de la part de l'apprenant (Colley, Hodkinson, & Malcom, 2002; Rubenson et al., 2007; Straka, 2004). Celui-ci peut y exercer un certain contrôle sur le type de contenu et le choix des objectifs d'apprentissage, mais ne contrôle pas les méthodes pour les atteindre ni l'organisation des activités (Hrimech, 1996). Il est à noter que, dans certains cas, la définition des apprentissages non formels est assez similaire à celle des apprentissages formels (Werquin, 2010), ce qui en fait une catégorie aux frontières plus ou moins floues (Colley et al., 2002). La notion de «formes d'apprentissage structuré» est parfois utilisée pour parler de l'apprentissage formel et non formel, l'apprentissage informel étant considéré comme une forme d'apprentissage non structurée (Rubenson et al., 2007).

➤ ***L'apprentissage informel***

L'apprentissage informel se définit généralement par opposition à l'apprentissage formel et non formel (Marsick, Watkins, Collahan, & Volpe, 2009; Rubenson et al., 2007). Ainsi, il désigne des activités qui se déroulent dans un contexte non structuré, en dehors d'un cadre formel ou institutionnel, et qui ne sont pas associées à une reconnaissance officielle (English, 2005; Marsick et al., 2009; Rubenson et al., 2007). Pour Livingstone (1999, p.4), l'apprentissage informel fait référence à «toute activité menant à l'acquisition de

connaissances et/ou de compétences qui se produit en dehors des programmes de l'éducation formelle¹⁰». En ce sens, il souligne que ce sont des apprentissages qui se déroulent en dehors d'un programme à visée éducative, et non en dehors d'un établissement d'enseignement, l'apprentissage informel pouvant aussi avoir lieu à l'intérieur d'une institution (CCA, 2007a; Schugurensky, 2000).

Pour Coombs et Ahmed (1974), qui se sont intéressés à l'éducation informelle, c'est un processus qui s'inscrit dans une perspective d'apprentissage tout au long de la vie :

L'éducation informelle est le procédé de toute une vie selon lequel chaque individu acquiert et accumule des connaissances, des aptitudes et des attitudes à partir de ses expériences quotidiennes et de l'exposition à son environnement, que ce soit à la maison, au travail ou dans les loisirs.¹¹

Ainsi, les apprentissages informels découlent d'un grand nombre d'expériences vécues au travail, à la maison et au sein de la communauté (Hrimech, 1996). C'est un processus «impulsé» par l'expérience concrète, où une personne apprend par le contact avec son environnement, et qui résulte notamment de l'observation et de l'imitation de modèles (Hrimech, 1996, p.217; 223). L'apprentissage informel peut être recherché de façon intentionnelle par des activités de formation ou survenir de façon fortuite, imprévue et parfois même de façon inconsciente (Hrimech, 1996; Livingstone, 1999). Pour Pain (1990), c'est précisément «l'absence d'intentionnalité» (Brougère & Bézille, 2007) qui est mise de l'avant dans sa description du phénomène :

Des activités dont l'objectif n'était pas éducatif [...] provoquaient des effets chez les participants qu'on ne pouvait pas attribuer à une volonté intentionnelle. Il n'y avait ni but éducatif explicite, ni programme formalisé ni animateur ou enseignant désigné, mais des changements de comportement ou l'acquisition d'informations étaient repérables chez les individus. (Pain, 1990, p.7)

Ainsi, bien que mises en œuvre dans un contexte non intentionnellement structuré pour être éducatif, des activités et des expériences peuvent néanmoins aboutir à «un apprentissage de qualité» (Theil, 1989, p.33).

Apprentissage explicite et tacite

L'apprentissage informel peut prendre différentes formes et, pour des auteurs comme Eraut (2000) et Livingstone (1999), une distinction fondamentale se situerait au niveau de l'intention

¹⁰ Traduction libre.

¹¹ Traduction tirée du *Cadre conceptuel de l'apprentissage chez les adultes au Canada* du Conseil canadien sur l'apprentissage (2007), p.6.

d'apprendre. Ainsi, il y aurait d'une part l'apprentissage informel explicite ou délibéré, où un temps est consacré à cet effet, et d'autre part l'apprentissage implicite ou tacite, «largement non-conscient» et donc non-intentionnel (Brougère & Bézille, 2007, p.136; Eraut, 2000). L'apprentissage implicite fait référence au processus d'acquisition de connaissances qui se produit de façon inconsciente, en l'absence de savoir explicite ou «expliqué» par rapport à ce qui a été appris (Eraut, 2004; Hrimech, 1996). Ce type d'apprentissage renvoie à l'idée de Polanyi (1967) à propos de connaissances que l'on possède, mais que l'on n'est pas nécessairement capable de verbaliser (Brougère & Bézille, 2007). En fait, Polanyi distingue le savoir tacite et le savoir explicite : nous utilisons implicitement le premier lorsque nous réalisons une tâche, et, nous pouvons parler consciemment du deuxième (Davel & Tremblay, 2011). Comme l'expliquent Davel et Tremblay (2011, p.64), le savoir explicite est un savoir formalisé, codifié, accessible et qui peut être partagé, alors que le savoir tacite est la composante du savoir qui n'est pas facilement explicable parce que «profondément enracinée dans l'action» ou intériorisée (Polanyi, 1967).

Pour Nonaka & Takeuchi (1997), la connaissance tacite et la connaissance explicite ne sont pas des entités séparées, mais plutôt complémentaires. En fait, c'est par le biais de l'interaction entre les connaissances explicites (objective et rationnelle) et les connaissances tacites (subjectives et tirées de l'expérience) que le savoir serait créé, un processus qui prendrait forme dans les interactions humaines (Nonaka & Takeuchi, 1997; Solar, 2008). Le modèle de la spirale des connaissances développé par ces auteurs montre que la conversion entre les deux types de connaissances peut se faire selon quatre modes : la socialisation, l'extériorisation, la combinaison et l'intériorisation (Nonaka & Takeuchi, 1997, p.82). Dans ce modèle, la socialisation a pour but le partage de connaissances tacites, mais constitue «une forme limitée de création de connaissances» (Nonaka & Takeuchi, 1997, p.93). En effet, à moins que la connaissance ne devienne explicite, elle ne peut être facilement partagée (Nonaka & Takeuchi, 1997). C'est donc dans un mouvement de conversion entre connaissances explicites et tacites qu'il y a innovation et création de nouvelles connaissances, puis une diffusion au sein d'un groupe (Nonaka & Takeuchi, 1997). De là un élément clé pour comprendre l'apprentissage en milieu de travail (Fischer, Boreham, & Nyhan, 2004), alors que

la très grande majorité des écrits dans le champ d'études de la transmission des savoirs dans les organisations s'appuie sur les concepts de savoirs tacites et explicites (Lauzon et al., 2013).

Pour Cristol et Muller (2013, p.31), «dans l'idée d'apprentissage implicite, il s'agit de distinguer une qualité d'apprentissage réalisée avec attention, mais sans intention». En fait, il serait possible d'apprendre sans en avoir l'intention, mais non sans attention puisque l'information doit être traitée «attentionnellement» pour qu'un apprentissage se produise (Cristol & Muller, 2013, p.31). Un processus de réflexion est nécessaire pour que l'apprentissage implicite puisse intégrer le domaine conscient (Schön, 1994; Wihak et al., 2011), tel que le souligne Livingstone (1999, p.2) :

L'apprentissage informel explicite se distingue des perceptions quotidiennes, de la socialisation générale et de l'apprentissage informel plus tacite en raison de l'identification consciente de l'activité comme un apprentissage important. Les critères importants qui distinguent l'apprentissage informel explicite sont la reconnaissance rétrospective de nouvelles formes importantes de connaissances, de compréhension ou de compétences acquises de sa propre initiative et également la reconnaissance du processus d'acquisition¹².

Toutefois, il semble qu'une bonne part du savoir expert demeure inarticulé (Schön, 1994; Wihak, 2006; Wihak et al., 2011). En effet, les professionnels impliqués dans un apprentissage informel lié au travail rapportent qu'ils sont souvent conscients qu'un apprentissage s'est produit, et cela, même s'ils ne parviennent pas à préciser ce qu'ils ont appris (Wihak, 2006). Si le savoir tacite est parfois négligé, «simplement parce qu'il n'est pas soutenu par des explications ou par la parole», ce savoir est pourtant considéré comme un élément clé pour l'action compétente (Davel & Tremblay, 2011, p.64). L'apprentissage informel implicite serait en fait essentiel au développement de «l'expertise intuitive» des professionnels (Schön, 1994; Wihak et al., 2011, p.8).

Dans le but de fournir un modèle d'explicitation de l'apprentissage informel, Schugurensky (2000) a utilisé les critères de l'intentionnalité et de la conscience d'apprendre au moment où l'expérience est vécue. En fonction de ces critères, il a identifié trois principales formes d'apprentissage informel, soit l'apprentissage autodirigé, l'apprentissage fortuit et l'apprentissage tacite (CCA, 2007a). Ainsi, Schugurensky distingue l'apprentissage autodirigé,

¹² Traduction de Livingstone tirée du Cadre conceptuel de l'apprentissage chez les adultes au Canada publié par le Conseil canadien sur l'apprentissage (2007), p. 9.

caractérisé par une intention et une conscience d'apprendre, de l'apprentissage tacite, où au contraire, il y a absence des deux (Brougère & Bézille, 2007; Cristol, 2009; Schugurensky, 2000). Entre ces formes, il situe l'apprentissage fortuit, où il peut y avoir une conscience d'apprendre, mais sans intentionnalité (Brougère & Bézille, 2007; Schugurensky, 2000). L'apprentissage fortuit, ou *incidental learning* en anglais, est une forme d'apprentissage informel qui se définit comme «l'acquisition de connaissances, d'habiletés, d'attitudes ou de valeurs de manière inattendue ou par hasard dans le cours d'une activité sans visée éducative» (Hrimech, 1996, p.226). En ce sens, cet apprentissage est un «co-produit» d'une autre activité, telle que l'accomplissement d'une tâche, une interaction personnelle, une expérimentation par essais et erreurs, ou même d'un apprentissage formel (Hrimech, 1996; Marsick & Watkins, 1990; Schugurensky, 2000). L'apprentissage fortuit ne peut généralement pas être dissocié de la tâche à l'occasion de laquelle il se produit (Schugurensky, 2000). On apprend ainsi «en passant» (Brougère & Bézille, 2007).

Pour Bennett (2012), il serait possible d'ajouter une quatrième forme d'apprentissage au modèle de Schugurensky, soit l'apprentissage intégratif (Cristol & Muller, 2013). En effet, selon cet auteur (Bennett, 2012), le modèle de l'apprentissage informel doit prendre en considération les processus d'apprentissage implicites qui sont plus intuitifs ou «à la limite de la conscience» (Cristol & Muller, 2013, p.21). En ce sens, l'apprentissage intégratif serait intentionnel, mais intuitif et à la limite de la conscience. Ce processus d'apprentissage combinerait «un traitement non conscient de la connaissance tacite avec un accès conscient à l'apprentissage» (Bennett, 2012; Cristol & Muller, 2013, p.21). Pour Cristol et Muller (2013), si les modèles de Schugurensky et de Bennett permettent de mettre en évidence le jeu de deux variables dans les apprentissages informels, soit celle de l'intention et celle de la planification, les apprentissages informels vont bien au-delà de la distinction entre apprentissage intentionnel ou non intentionnel, planifié ou non planifié. Ces apprentissages «intègrent la pluralité des temporalités liées à l'intention, à l'attention, aux événements, aux circonstances», de même qu'au sens recherché (Cristol & Muller, 2013, p.48).

À partir des différentes typologies recensées dans les écrits, Cristol et Muller (2013) ont réalisé un travail de classification des types d'apprentissage informel. Comme présenté

dans le Tableau 3 ci-dessous, ils ont retenu sept formes en fonction des modalités de l'apprendre et la diversité des terrains favorables au développement de ces apprentissages.

Tableau 3. Classification des apprentissages informels de Cristol et Muller

Désignation des apprentissages informels	Attribut principalement mis en valeur
1. Apprentissage réflexif	Le rôle de l'intention comme clé de l'apprentissage
2. Apprentissage incident, fortuit, à l'occasion de, accidentel...	L'apprentissage événementiel <ul style="list-style-type: none"> • par inadvertance • soudain
3. Apprentissage implicite	Le rôle de l'attention comme productrice d'un apprentissage
4. Apprentissage professionnel	L'organisation comme environnement d'apprentissage
5. Apprentissage situé, tacite	Le lieu comme organisateur d'apprentissage
6. Apprentissage nomade, pervasif, ubiquitaire	L'opportunité technologique comme réalité augmentée pour apprendre
7. Apprentissage expérientiel	L'expérience dans sa double utilité <ul style="list-style-type: none"> • pour apprendre à agir efficacement • pour apprendre à se structurer soi-même

Source : Cristol et Muller, 2013, p.37

Cette classification offre une clé de lecture et se veut un outil de plus afin de mieux saisir la nature des apprentissages informels. Chose certaine, elle met en évidence les multiples formes que l'apprentissage informel peut prendre, de même que la diversité des terrains où il se contextualise, illustrant le fait que c'est une notion complexe, floue et selon plusieurs, encore instable (Carré, 2008; CCA, 2007a; Cristol & Muller, 2013; Schugurensky, 2007; Wihak et al., 2011).

Vers un modèle de l'apprentissage articulant formel et informel

Dans leur synthèse des écrits sur l'apprentissage non formel, Colley, Hodkinson & Malcom (2002) rapportent qu'il y a absence de consensus sur les critères permettant de distinguer les différentes formes d'apprentissage. Du fait qu'un apprentissage se compose souvent d'éléments plus ou moins formels, la distinction entre les apprentissages formels, non formels et informels devient plutôt ardue (Brougère, 2007; Carré & Charbonnier, 2003; Colley et al., 2002; Colley, Hodkinson, & Malcom, 2003; Cristol, 2009; Cross, 2007; Eraut, 2000, 2004; Wihak et al., 2011). Certains auteurs ont suggéré d'aborder l'apprentissage sous l'angle d'un continuum entre formel et informel (Colley et al., 2002, 2003; Eraut, 2004; Livingstone, 1999;

Livingstone & Raykov, 2013), continuum permettant d'établir des degrés de formalité (Werquin, 2010). Ainsi, un apprentissage expérientiel serait situé davantage à l'extrémité «informel» du continuum, ce qui permettrait de situer des activités d'apprentissage davantage structurées en termes de soutien ou de planification dans le milieu voire même vers l'extrémité «formel» de ce même continuum (Eraut, 2004).

Colley et al. (2002, p.17; 2003, p.28) ont exploré cette avenue et développé un cadre d'analyse permettant de situer un apprentissage sur ce continuum (Carliner, 2012; Wihak et al., 2011). Pour ce faire, ils ont identifié dans la littérature 20 critères généralement utilisés pour distinguer le formel de l'informel dans l'apprentissage (Straka, 2004). Ils ont ensuite regroupé ces critères en quatre grandes dimensions permettant d'analyser un apprentissage en termes de formalité/informalité. Ces dimensions sont les suivantes :

- **le lieu et le cadre** : cet aspect concerne le lieu où se déroule l'apprentissage (milieu scolaire, communauté ou milieu de travail), dans quel contexte il prend place, sur quelle période de temps, basé ou non sur un curriculum et menant à une certification ou non;
- **le but** : cet aspect vise à établir si l'apprentissage constitue la raison première de l'activité (plus formel) ou s'il en est dérivé (plus informel). Il est aussi question de voir qui a fixé le but de l'apprentissage, un employeur (plus formel) ou l'apprenant (plus informel);
- **le contenu** : cet aspect concerne ce qui est appris (type de savoirs) et ce que l'on compte retirer de l'apprentissage, comme l'acquisition d'un savoir théorique ou d'une compétence technique (plus formel) ou l'acquisition d'une pratique courante ou trucs du métier (plus informel);
- **le processus** : cet aspect concerne les activités d'apprentissage, le contrôle du processus d'apprentissage par un formateur (plus formel) ou par l'apprenant (plus informel), le soutien pédagogique, la relation formateur/apprenant et l'évaluation du processus.

Bien que le cadre de Colley et al. ait reçu un accueil favorable de la part des chercheurs et des praticiens dans le domaine de la formation, on lui a reproché le fait qu'il passe sous silence le rôle de la conscience (Carliner, 2012; Wihak et al., 2011), une distinction pourtant fondamentale afin de préciser davantage la nature de l'apprentissage et, par le fait même, sa clarté (Eraut, 2000; Livingstone, 1999; Polanyi, 1967). En ce sens, il a été recommandé de l'enrichir en ajoutant la dimension de la conscience d'apprendre (Sawchuk, 2008; Wihak et al., 2011) :

- **la conscience** : cet aspect concerne le degré de conscience qu'a l'apprenant du déroulement de l'apprentissage, une part des apprentissages plus informels pouvant être inconscients ou mis en lumière seulement a posteriori par un processus de réflexion.

Si un tel cadre d'analyse peut s'avérer difficile à opérationnaliser selon certains (Budowski, 2015; Hunter, 2009), il a l'intérêt d'aborder l'apprentissage sous un angle différent. Il permet de situer les dimensions de l'apprentissage à différents degrés sur le continuum de l'informalité, en plus de considérer leur interaction.

Ainsi donc, s'il n'y a pas de consensus quant à la façon de distinguer les apprentissages formels, non formels et informels, on semble toutefois s'entendre sur le fait que ces catégories ne constituent plus une façon efficace d'aborder le sujet de l'acquisition des connaissances et du développement des compétences¹³. La façon de concevoir les différentes formes d'apprentissage est passée de catégories aux frontières rigides à un continuum allant du formel à l'informel, alors que les frontières sont devenues plus floues, permettant une interrelation de dimensions formelles et informelles pour aborder l'apprentissage.

Pour Cristol et Muller (2013), il est clair qu'il y a dans la littérature la coexistence de deux logiques, soit celle du continuum et celle de l'hybridation des formes d'apprentissage. Selon ces auteurs (Cristol & Muller, 2013), la modélisation de l'apprentissage sous forme de continuum renvoie encore d'une certaine façon à une présentation hiérarchisée des apprentissages, ouvrant ainsi la voie à une suprématie de l'une des deux formes. Or, on sait que les modes d'apprentissage sont non seulement complémentaires (Hrimech, 1996; Reimann, Harman, Wilson, & McDowell, 2010; Roussel, 2011; Tynjälä, 2008), mais qu'ils «s'influencent mutuellement» à l'insu de l'adulte qui apprend, l'apprentissage informel se trouvant «complété, corrigé et orienté par l'apprentissage formel» (Hrimech, 1996, p.224; Lengrand, 1982) et vice-versa. En ce sens, une logique d'hybridation permet de dépasser ce clivage pour être davantage en phase avec le cheminement d'un apprenant (Cristol & Muller, 2013). En effet, comme Billett (2002) le souligne, la ligne de partage entre formel, non formel et informel rend mal compte des stratégies d'apprentissage de l'adulte, qui utilise toutes les occasions d'apprentissage et les informations qui lui semblent utiles pour atteindre ses objectifs et cheminer dans son parcours de développement (Cristol & Muller, 2013).

¹³ En se basant sur les écrits de Billett (2002, 2011); Brougère (2007); Carré et Charbonnier (2003); Colley et al. (2002, 2003); Cristol (2009); Cross (2007); Endrizzi (2015); Eraut (2000, 2004); La Belle (1982); Livingstone et Raykov (2013); Malloch, Cairns, Evans, et O'Connor (2011); Marsick (2009); Sawchuk (2008); Wihak et al. (2011).

En somme, alors que l'on se questionne sur l'utilité des distinctions entre formel et informel (Montandon, 2005), on tend actuellement à délaisser ces concepts pour aborder l'apprentissage qui se déroule en milieu de travail (Solar-Pelletier & Hart, 2014). Dans l'introduction du collectif *The SAGE Handbook of Workplace Learning* (2011), Cairns et Malloch invitent à dépasser ces concepts et à aller au-delà des oppositions entre formel et informel qui, à leur avis, limitent la compréhension de l'apprentissage en milieu de travail. C'est que, selon Billett (2002), ces concepts ne permettent pas réellement de saisir comment on apprend et développe ses compétences dans ce contexte (Solar-Pelletier & Hart, 2014). Aussi, comme l'explique Endrizzi (2015, p.12) en s'appuyant sur les travaux de Billett (2002), qualifier les apprentissages en milieu de travail comme non structurés serait inexact alors qu'«il existe des normes, des valeurs et des pratiques qui façonnent et soutiennent» ces apprentissages. En fait, comme l'étude de Reimann, Harman, Wilson, & McDowell (2010) l'illustre, bien que l'apprentissage réalisé dans les activités au travail soit perçu en surface comme étant imprévu ou fortuit, des mécanismes formels structurent et permettent de réguler cet apprentissage, tel que les rencontres d'équipe, la validation auprès de collègues ou une organisation du travail qui encadre le cheminement du novice à l'expert. Ainsi, comme l'exprime Billett (2011), «chaque environnement a sa grammaire propre pour faire apprendre¹⁴», et celui du travail peut ainsi s'avérer tout aussi organisé pour faciliter l'acquisition de connaissances.

Carte synthèse

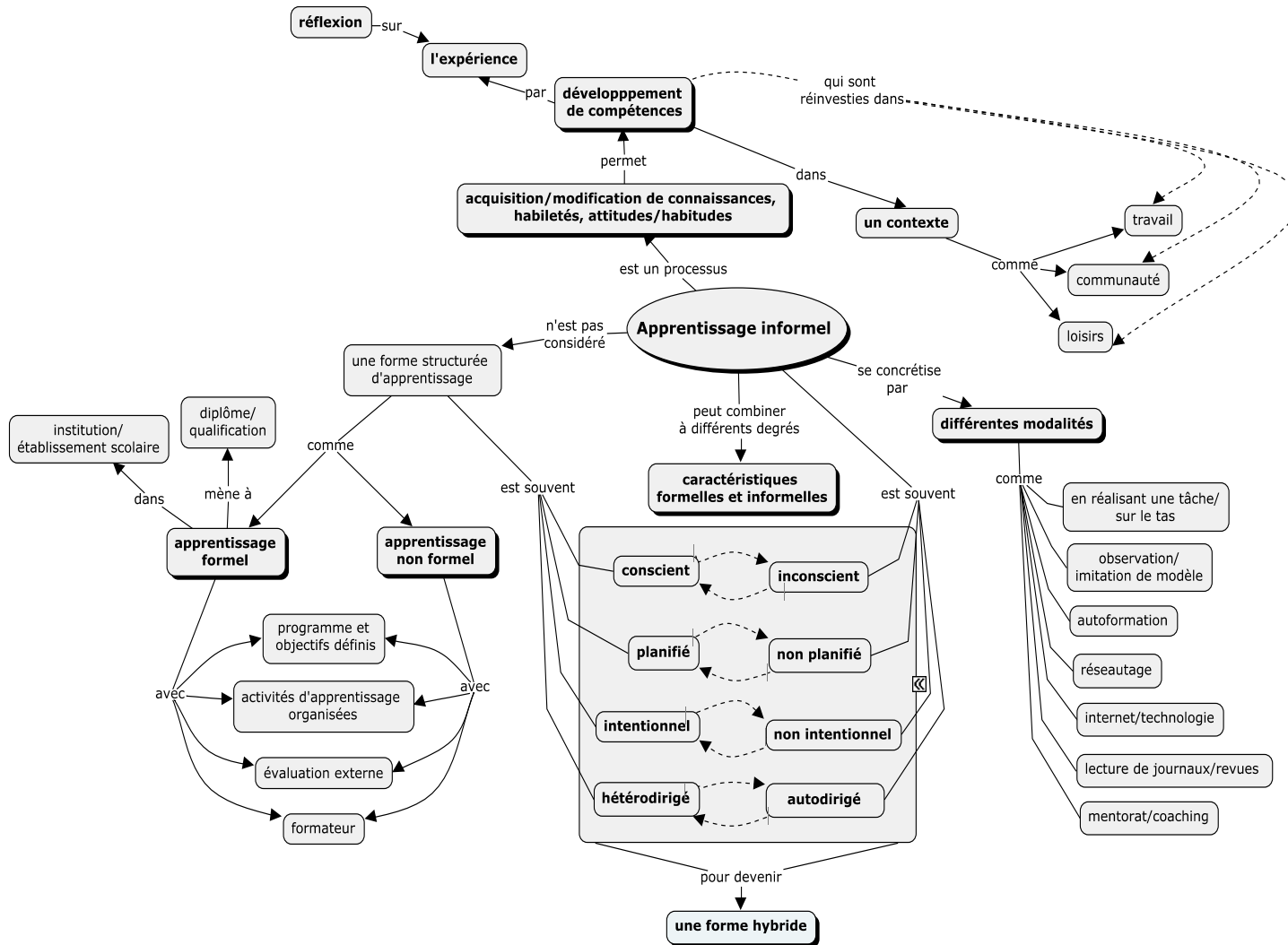
Alors que les apprentissages informels occupent une place centrale dans l'étude du développement de la connaissance, le concept n'est pas toujours très clair puisqu'il s'utilise de différentes manières et selon différentes significations. En fait, comme l'expliquent Cristol et Muller (2013, p.15), il y a un véritable «foisonnement sémantique de formulations» qui renvoient à l'apprentissage informel et qui, au lieu de clarifier la notion, contribuent souvent à en brouiller le sens. Il existe de ce fait un réel défi conceptuel lié à la compréhension des attributs de l'apprentissage informel (Colley et al., 2002; Cristol & Muller, 2013; Wihak et al., 2011).

¹⁴ Traduction de Billett par Bourgeois & Mornata, 2012, p.37.

Tel que repris dans la carte synthèse de cette section, l'apprentissage informel est traditionnellement conceptualisé par opposition à l'apprentissage formel et non formel, des formes d'apprentissage considérées comme structurées en termes de soutien, de planification et de reconnaissance. L'apprentissage informel est un processus d'acquisition de savoirs, de savoir-faire et de savoir-être qui s'ancre dans un contexte concret, que ce soit la vie quotidienne ou le travail. S'il peut être planifié ou survenir de façon fortuite ou même inconsciente, c'est par un mouvement de réflexion et d'explicitation de la connaissance dans l'action, traduisant un va-et-vient entre le tacite et l'explicite (Barrette, 2008), que de nouvelles connaissances sont créées puis réutilisées pour agir et collaborer au regard du travail (Nonaka & Takeuchi, 1997). S'il peut combiner des dimensions formelles et informelles à divers degrés, celles-ci pouvant être davantage observées par un découpage des temps de formation, de façon globale, il en résulte souvent plus une forme hybride.

C'est donc en nous inscrivant dans ce courant que nous retiendrons dans ce texte la logique de l'hybridation entre formel et informel pour aborder plus en détail l'apprentissage des professionnels au regard d'une pratique adaptée à des personnes à risque sur le plan de la littératie.

Carte conceptuelle 2. L'apprentissage informel



2.1.2 Apprentissage en milieu de travail

Caractérisé par un contexte changeant, le milieu de travail est un lieu d'apprentissage important (Barrette, 2008; CCA, 2007c). Pour Eraut (2004), ce qui est appris en milieu de travail porte sur les tâches à réaliser, le rôle à jouer et les performances à livrer, la résolution de problèmes et le travail d'équipe. L'apprentissage en milieu de travail peut ainsi être vu comme un moyen d'améliorer la performance individuelle ou celle de l'organisation, ou comme un processus de développement permettant d'atteindre ses objectifs personnels ou professionnels (Choi & Jacobs, 2011; Jacobs & Park, 2009). Selon la littérature, les activités d'apprentissage en milieu de travail sont beaucoup plus souvent de nature informelle (Livingstone & Raykov, 2013), apprendre par la pratique ou dans l'action étant la forme dominante d'apprentissage au travail (Barrette, 2008; Cross, 2007; Hughes & Campbell, 2009). En effet, selon les enquêtes de McCall, Eichinger et Lombardo de l'Université de Princeton (2013), la formation formelle ne représenterait que 10% dans le ratio des moyens utilisés pour développer ses compétences et acquérir des connaissances en milieu de travail. Les modalités associées à l'apprentissage informel auraient l'avantage d'être adaptées à la réalité du milieu, contribuant ainsi à en faire un apprentissage directement utilisable dans la pratique professionnelle (Boud, 1989; Dale & Bell, 1999; Hrimech, 1996; Laine, 2007).

Il y aurait deux types de déclencheurs à l'apprentissage informel en milieu de travail. Le premier, souvent «externe» à la personne, peut être une situation problématique, urgente et/ou nouvelle appelant une réaction ou un changement d'exigences lié à l'exécution de ses tâches (Barrette, 2008, p.404; Marsick & Volpe, 1999). Comme le soulignent Marsick et Watkins (1990), qui s'inspirent des travaux d'Argyris et Schön (1974), l'apprentissage informel et fortuit en milieu de travail se produit souvent en dehors de la routine, dans une situation de surprise qui amène le professionnel à se questionner. Le deuxième type de déclencheur, qui se veut «interne» à la personne, est souvent «un besoin ou une motivation personnelle, par exemple un désir d'aider quelqu'un, de s'améliorer ou d'apprendre quelque chose de nouveau» (Barrette, 2008, p.406). En ce sens, s'il est influencé par le hasard et les occasions qui se présentent (Marsick & Volpe, 1999), l'apprentissage professionnel informel est généralement caractérisé par une intention de se développer au regard de sa pratique (Hunter, 2009; Marsick et al., 2009). En fait, alors que l'apprentissage en milieu de travail

peut prendre différentes formes, elles seraient pour la plupart auto-initiées et auto-dirigées (Barrette, 2008; Hunter, 2009). Les professionnels sont caractérisés par un haut niveau d'autonomie quant à leur développement (Le Boterf, 2002b), et en ce sens, l'apprentissage professionnel informel recoupe l'ensemble du champ des formations par soi-même (Carré, 2013; Carré & Charbonnier, 2003), de même qu'il interpelle les concepts d'«autoefficacité» (Bandura, 2001, 2002), d'«autorégulation» (Zimmerman, 2000, 2008) et d'«autodétermination» (Deci & Ryan, 2000).

Les moyens d'apprendre et de se développer au travail sont multiples : l'autoformation, le mentorat, le coaching, le réseautage, les communautés de pratique et l'apprentissage en ligne sont autant d'exemples de modalités d'apprentissage en milieu de travail (Bouteiller & Morin, 2009; Cristol & Muller, 2013; Hughes & Campbell, 2009; Kim, Hagedorn, Williamson, & Chapman, 2004; Marsick & Watkins, 2001; Rubenson et al., 2007; Wihak et al., 2011). Dans la revue de littérature sur l'apprentissage en milieu de travail, Tynjälä (2008) recense en fait les principaux moyens suivants :

- en réalisant une tâche;
- par le biais de l'interaction et de la collaboration avec des collègues;
- en travaillant avec des clients/patients;
- en entreprenant une tâche nouvelle/un défi;
- par le biais de la réflexion et de l'évaluation de ses expériences de travail;
- par de la formation formelle;
- par les expériences réalisées en dehors du travail.

Les situations et les activités par lesquelles les professionnels apprennent et développent leurs compétences au travail sont ainsi des plus variées et vont combiner des dimensions plus ou moins formelles (Colley et al., 2003; Tynjälä, 2008). On apprend par «essais et erreurs», en observant les comportements d'autrui ou par la transmission orale ou verbale de savoirs explicites d'un expert à un plus novice (Bourgeois, 2014). Mais si on apprend ainsi dans l'activité du travail, «il s'agit non seulement de faire mais également de réfléchir à ce que l'on fait» (Bourgeois, 2014, p.150). En ce sens, le rôle de la réflexion dans cet apprentissage dans le cadre professionnel n'est plus à démontrer alors que l'explicitation et l'interprétation de l'expérience permettent d'orienter l'action (Bourgeois, 2014). À cet égard, la notion de réflexivité, qui trouve ses fondements dans les travaux de Dewey (1938) sur l'«expérience», de Schön (1984) sur le «praticien réflexif», de Kolb (1984) sur le «cycle d'apprentissage

expérientiel» (Bourgeois, 2014) et de Mezirow (1991) avec la théorie de l'«apprentissage transformationnel», est un élément central dans la conceptualisation de l'apprentissage informel en milieu de travail.

En plus de souligner l'importance de l'action et de la réflexion dans cet apprentissage, la littérature sur l'apprentissage en milieu de travail, ou *workplace learning*, met l'accent sur le fait que c'est un apprentissage situé, qui a une forte dimension sociale et collaborative (Billett, 2008; Bourgeois & Mornata, 2012; Clarke, 2004; Hager, 2011; Malloch et al., 2011; Marsick & Volpe, 1999; Roussel, 2010, 2015; Tynjälä, 2008). Si, par nature, tout apprentissage est social (OCDE, 2010), cela est d'autant plus le cas au travail, où les interactions sociales sont des facteurs d'apprentissage (Billett, 2008; Clarke, 2004). Ainsi, apprendre au travail ne peut être abordé sans tenir compte des liens «complexes et inextricables» avec l'environnement social (Marsick et al., 2009). En ce sens, les théories sur les groupes (Beillerot & Solar, 2011; Lewin, 1948; Solar, 2001a) ou les communautés de pratique (Wenger, McDermott, & Snyder, 2002; Wenger & Snyder, 2000), et tout le champ théorique des organisations apprenantes avec les notions de création de connaissances (Argyris & Schön, 1974, 1996; Nonaka & Takeuchi, 1997) et du *knowledge management*, avec les notions de réseaux de connaissances et de gestion des savoirs au sein des organisations (Lauzon et al., 2013), peuvent être mises à contribution pour aborder le développement des compétences en milieu de travail. En fait, l'apprentissage professionnel informel ouvre la voie vers des environnements contribuant à fournir les conditions et les occasions, ou *affordances* selon les termes de Billet (2001), pour favoriser et soutenir le développement des compétences professionnelles, des environnements «organiseurs» de l'apprentissage en un sens (Cristol & Muller, 2013).

Ainsi, la relation entre l'apprentissage et le travail est non seulement complexe mais peut être abordée sous de multiples angles et faire intervenir différents cadres théoriques. Pour Bourgeois et Mornata (2012), il y aurait finalement deux portes d'entrée possibles pour aborder ce phénomène. D'un côté, il est possible d'entrer via le travail, alors qu'on s'intéresse à l'apprentissage dans l'action et par l'action, c'est-à-dire au développement de compétences dans et par l'exercice de l'activité de travail (Bourgeois & Durand, 2012a; Bourgeois & Mornata, 2012). D'un autre côté, on peut entrer par l'apprentissage, un apprentissage situé

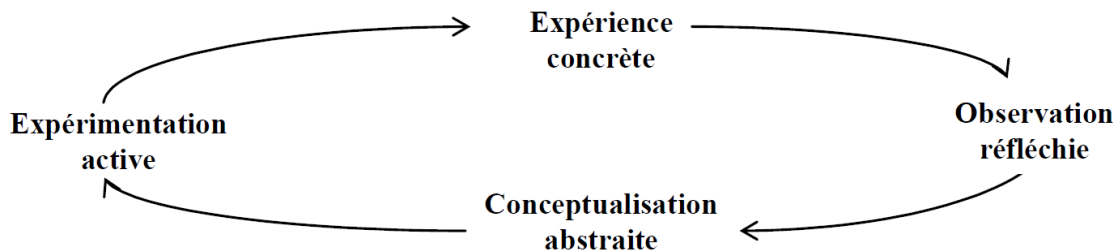
dans le milieu du travail, un contexte social donné (Bourgeois & Mornata, 2012). De cet angle, on regarde comment les processus d'apprentissage se font dans ce milieu et quelles sont les caractéristiques de l'environnement de travail qui peuvent les influencer (Bourgeois & Mornata, 2012). Sans vouloir distinguer l'une et l'autre de ces perspectives, qui apportent des éclairages complémentaires sur l'apprentissage du professionnel, nous nous intéressons ici aux principales caractéristiques de l'apprentissage qui se déroule dans un contexte de travail, et cela, dans le but de fournir des bases théoriques à notre compréhension du processus de développement des compétences liées à la pratique professionnelle. Et puisque les écrits soulignent que l'apprentissage en milieu de travail se fonde sur l'expérience et la réflexion, qu'il est le plus souvent autodirigé et qu'il a une forte dimension sociale et collaborative (Barrette, 2008; Cunningham & Hillier, 2013; Hunter, 2009; Marsick & Volpe, 1999; Marsick & Watkins, 1990; Roussel, 2015; Skule, 2004), nous avons choisi d'approcher l'apprentissage professionnel informel par le biais de ces trois caractéristiques.

Le rôle central de l'expérience et de la réflexivité

L'apprentissage du professionnel se déroule souvent dans une situation authentique et concrète, et donc, expérientielle par nature (Burns & Schaefer, 2003; Roussel, 2015). Ainsi, on associe souvent l'apprentissage informel en milieu de travail à l'apprentissage expérientiel (Cristol & Muller, 2013; Werquin, 2010), un processus par lequel la connaissance est créée à partir de l'expérience (Brougère & Bézille, 2007; Dewey, 1938; Kolb & Fry, 1975; Legendre, 1993). Issu du «paradigme du constructivisme», selon lequel le rapport au monde et à l'expérience est modulé par la pensée, l'apprentissage par l'expérience se fonde sur l'idée que la personne joue un rôle actif dans la construction de sa connaissance (Gauthier & Tardif, 2005; Tusting & Barton, 2006). Les théories sur l'apprentissage par l'expérience s'éloignent ainsi d'une vision de transmission des connaissances où l'individu a un rôle passif pour aborder le processus de création de connaissances comme une expérience qui se construit dans l'interaction avec l'environnement (Garrick, 1998).

Pour appréhender l'apprentissage par l'expérience, Kolb (1984), en se basant notamment sur les travaux de Dewey (1938) et de Lewin (1967), a développé un modèle qui illustre le cycle de l'apprentissage expérientiel (voir figure 4). Ce modèle, sous-jacent à plusieurs théories sur l'apprentissage adulte (Finger, 1989), est basé sur «deux opérations

mentales différentes mais liées : la préhension de l'expérience et sa transformation» (Kolb, 1984; Pineau, 1989, p.25). Ainsi, le cycle débute par l'expérience vécue par la personne dans l'interaction avec son environnement physique et social (Pineau, 1989). L'expérience vécue déclenche ensuite un processus de réflexion et de réorganisation des connaissances (English, 2005), un processus aux multiples dimensions qui se déroule à travers «des cycles itératifs d'action et de réflexion» (Marsick, 2009; Marsick & Watkins, 2007, p.30). Ce processus va de l'expérience concrète «à la réflexion sur cette expérience, source elle-même d'une expérimentation, suivie d'une réflexion, d'une nouvelle expérience, etc.» (Brougère & Bézille, 2007, p.150; Kolb, 1984). Les concepts sont ainsi «éprouvés dans l'action pour gagner en signifiante et en validité» (Bourassa, Serre, & Ross, 1999, p.171). C'est en prenant appui sur ses connaissances antérieures qu'une personne peut interpréter les nouvelles expériences, construire du sens et finalement réinvestir ses nouveaux acquis dans ses activités professionnelles (Billett, 2008; Gauthier & Tardif, 2005). Pour Balleux (2000a), la force de ce modèle réside principalement dans sa représentation cyclique, qui permet de concevoir l'apprentissage non pas comme un résultat mais bien sous la forme d'un processus toujours inachevé.



Le cycle d'apprentissage de Kolb

Tiré de Landry (1989, p.41)

Figure 4. Le cycle d'apprentissage expérientiel de Kolb

Si les travaux de Jarvis (2006) ont souligné l'importance des aspects tant cognitifs qu'émotionnels dans le processus par lequel la personne expérimente une situation sociale (Merriam et al., 2007), Mezirow (1981) en a exploré son pouvoir de transformation. Tel qu'expliqué par Duchesne (2010, p.37), pour Mezirow, chaque personne a des «habitudes de

l'esprit» (*habits of mind*) constituées de «présupposés (idéologies, normes sociales, coutumes, préférences, philosophies, visions du monde, valeurs, jugements, etc.) qui lui servent à filtrer ou à interpréter les expériences» auxquelles elle est soumise. Un processus conscient de réflexion sur l'expérience peut amener cette personne à modifier ces perspectives afin d'en développer de nouvelles, mieux intégrées (Duchesne, 2010), qui guideront par la suite ses actions tant dans sa vie personnelle que professionnelle (Mezirow, 1981, 2000). Cette façon d'aborder l'apprentissage mise sur le fait que la personne est prête à remettre en question ses points de vue ou ses valeurs, acceptant par le fait même d'être transformée par une expérience (Duchesne, 2010). Car l'expérience n'est pas synonyme d'apprentissage ou de développement (Solar & Danis, 1998). Apprendre requiert un certain effort, ne serait-ce que pour rendre explicites les connaissances permettant d'atteindre ou de répéter un succès (Marsick & Watkins, 2007). Une certaine capacité d'observer et de réfléchir à son expérience et, bien sûr, une volonté de le faire sont de ce fait nécessaires pour qu'il y ait apprentissage (Jarvis, 1987; Marsick & Watkins, 1990).

Au final, l'expérience renvoie au champ des compétences (Osty, 2013). Si les compétences du professionnel s'appuient sur des connaissances et des savoirs théoriques, elles s'appuient aussi sur des savoirs issus de l'expérience de travail. Bien que nous aborderons plus en détail le développement des compétences dans la section suivante de ce travail, soulignons que c'est à la lumière de ses expériences que le professionnel est amené à reconfigurer et à s'approprier des savoirs théoriques ou des prescriptions (Vanhulle, 2012), favorisant ainsi le développement d'un savoir-agir plus incarné et flexible. C'est en s'engageant dans «un dialogue avec lui-même» concernant les différentes expériences vécues dans son environnement de travail que le professionnel chemine dans son développement (Baskett & Marsick, 1992, p.11). En ce sens, c'est par une activité constante de réflexion sur l'expérience qu'il oriente, évalue et progresse dans son apprentissage, une démarche où il exerce un certain pouvoir décisionnel sur ses besoins de formation et les ressources mobilisées (Brougère & Bézille, 2007; Foucher, 2000; Tremblay, 2003).

Le concept d'autodirection

Comme le préfixe *autos* le laisse entendre, l'apprentissage autodirigé, ou *self-directed learning* dans la littérature nord-américaine (Carré, 1993), renvoie aux formations par soi-même (Cyrot,

2011). Selon Carré (1993, p.18), dans son acception la plus large, la notion d'apprentissage autodirigé «recouvre l'ensemble du champ des efforts éducatifs autonomes des adultes» et, donc, recoupe le concept d'autoformation. Bien ancrée dans la théorie humaniste, cette forme d'apprentissage repose sur l'idée que l'adulte est autonome, a un désir inné d'apprendre et qu'il est en mesure de faire des choix et d'assumer globalement sa démarche éducative (Bélanger, 2011; Blais et al., 1994; Knowles, 1970, 1973; Merriam et al., 2007; Rogers, 1969; Tusting & Barton, 2006; Vienneau, 2011). Pour Tremblay (2003, p.59), l'autoformation peut se définir comme :

Une situation [...] favorable à la réalisation d'un projet pendant lequel la plus grande motivation d'une personne est d'acquérir des connaissances (savoir) et des habiletés (savoir-faire) ou de procéder à un changement durable en soi-même (savoir-être). Pour ce faire, cette personne assume un contrôle prépondérant en regard d'une ou de plusieurs dimensions de son projet : contenu, objectifs, ressources, démarche et évaluation.

Cette définition souligne le fait que c'est un apprentissage généralement intentionnel puisque contrôlé et dirigé par l'apprenant lui-même (Hrimech, 1996; Tremblay, 2003). Lorsqu'on parle d'autoformation professionnelle, on renvoie souvent aux apprentissages où le professionnel exerce un certain pouvoir décisionnel sur ses besoins de formation, les buts et contenus de la formation, les ressources humaines et matérielles, les méthodes d'apprentissage, les lieux et moments de l'apprentissage ou l'évaluation des acquis (Foucher, 2000).

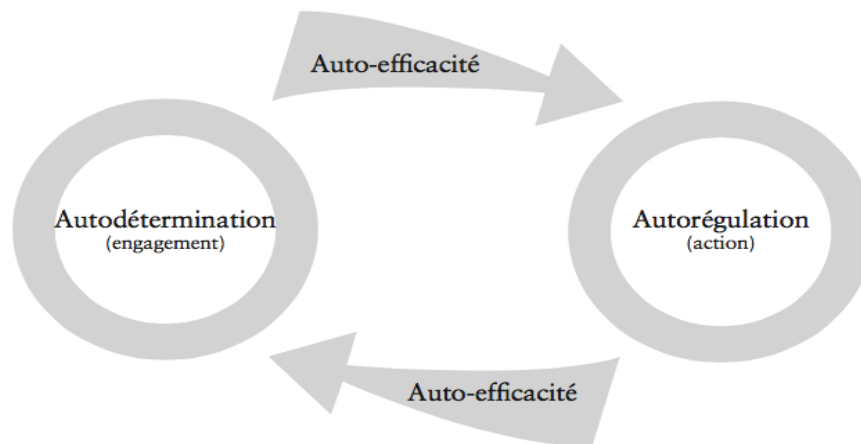
Plusieurs voies sont possibles pour aborder la «galaxie de l'autoformation» telle que baptisée par Carré (1992, 2003) pour faire référence au caractère «fédérateur» du concept. Selon le rapport à la formation et le concept d'autodirection des apprentissages, l'accent peut être mis sur les pratiques d'apprentissage indépendantes des institutions d'éducation formelle (*approche intégrale ou autodidaxie*); la construction de soi à travers des parcours de vie (*approche existentielle*); les réseaux ou groupes sociaux et professionnels par lesquels s'effectue l'autoformation (*approche socio-organisationnelle*); les dispositifs pédagogiques qui la favorisent (*approche éducative*) ou les processus psychologiques qui sous-tendent l'autodirection (*approche cognitive*) (Carré, 1992; 2003, p.68; Cosnefroy, 2010). Toutefois, si ces déclinaisons de l'*autos* dans la formation et le développement des compétences font intervenir des cadres théoriques différents (Cosnefroy, 2010), elles peuvent se résumer à l'idée d'«agentivité» (Carré, 2013; Endrizzi, 2015). L'agentivité, qui se fonde sur la croyance de la personne en sa capacité à influencer sur les situations qu'elle rencontre (*auto-efficacité*), rejoint en

ce sens le sentiment de compétence qui nourrit la démarche autonome de l'apprenant (Bandura, 2001; Carré, 2004, 2010). La croyance de la personne en ses capacités de changer sa situation grâce à ses propres efforts, tant individuellement que collectivement, est déterminante pour le développement de ses compétences au travail (Evans, 2002; Evans, Waite, & Kersh, 2011).

De là, il y a une distinction à faire entre l'apprentissage autodirigé en tant que processus, où l'apprenant dispose de choix et exerce un certain contrôle sur la démarche, et l'autodirection de l'apprenant comme capacité ou volonté d'agir (Brockett & Hiemstra, 1991; Carré, 2010; Foucher, 2009). En ce sens, Brockett et Hiemstra (1991) distinguent l'autodirection de l'apprentissage, qui fait référence au processus par lequel l'apprenant assume la responsabilité première de la planification, du déroulement et de l'évaluation de son apprentissage, et l'autodirection de l'apprenant, qui concerne la volonté et les décisions de l'apprenant concernant la prise en charge de son apprentissage. De son côté, Carré (2003; 2010) parle d'une double dimension de l'apprentissage autodirigé par le biais de l'«autodirection» et de l'«autorégulation» dans l'apprentissage :

L'apprenant autodirigé est à la fois fortement engagé dans son propre projet (autodétermination), armé de techniques et de ressources cognitives, matérielles et humaines dont il est capable de réguler les usages en fonction de ses propres objectifs (autorégulation), le tout étant fortement soutenu et dynamisé par un sentiment affirmé de son efficacité personnelle à apprendre (Jézégou, 2014, p.272).

L'autodétermination, qui s'appuie entre autres sur les travaux de Deci et Ryan (2000), renvoie à l'idée d'une personne qui se sent l'auteur de ses décisions et de ses actes (Jézégou, 2015), qui se sent en contrôle du sens et de l'intentionnalité de son projet (Carré, 2003). Ainsi, si l'autodétermination recoupe la motivation à apprendre, l'autorégulation, elle, renvoie aux processus par lesquels la personne gère ses pensées, ses émotions et ses actions en vue d'atteindre ses objectifs (Carré, 2015). Tel que l'illustre la figure ci-dessous, l'autodirection résulte donc d'un contrôle à deux niveaux, le choix, la finalité et l'intention du projet de formation d'un côté, puis «le pilotage» de l'apprentissage de l'autre (Cosnefroy, 2010, p.40), le tout s'articulant par le biais du sentiment d'être une personne apprenante «compétente».



Source : Carré, 2010, p.166

Figure 5. La double dimension de l'autodirection dans la formation

Pour Hiemstra (2000), il importe toutefois de ne pas réduire l'apprentissage autodirigé à sa dimension psychologique, c'est-à-dire à la motivation et à l'autorégulation, alors qu'il résulte de l'interaction entre l'autodirection et des facteurs contextuels ou des dispositifs de formation (Jézégou, 2008). En ce sens, de façon plus globale, l'apprentissage autodirigé peut aussi s'aborder dans la dynamique de trois dimensions qui interagissent, soit celle de la personne, du processus et du contexte (Tremblay, 2003; Tusting & Barton, 2006). Bien que les termes employés pour les désigner peuvent différer, ces trois dimensions concernent généralement (Foucher, 2000, p.42; Hiemstra & Brockett, 2012, p.158) :

- 1) la dimension de la **personne**, qui renvoie aux caractéristiques individuelles (telles que la créativité, la capacité de réflexion critique, les expériences antérieures, la motivation, la résilience, le concept de soi, etc.) permettant de s'engager et réussir des activités autoformatrices;
- 2) la dimension du **processus**, qui fait référence aux façons et aux moyens de réaliser l'autoformation (planification, organisation, réalisation et évaluation des activités d'apprentissage, etc.);
- 3) la dimension du **contexte**, ou dimension **organisationnelle** pour l'autoformation reliée au travail, qui renvoie à l'influence de l'environnement sociopolitique et culturel ou à l'environnement de travail (climat, organisation, finances, politiques organisationnelles, etc.) sur l'activité autoformatrice.

Tel qu'illustré à la figure 6, le modèle de Hiemstra et Brockett (2012) situe l'apprentissage autodirigé au cœur de ces trois dimensions d'égale importance. Ce modèle montre qu'au-delà

des modalités ou moyens de se former, qui peuvent prendre différentes formes, l'environnement joue un rôle important pour stimuler et faciliter l'apprentissage tout comme des caractéristiques individuelles influenceront la démarche.

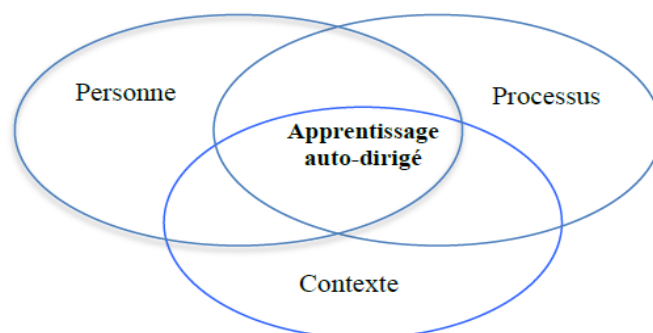


Figure 6. Modèle réactualisé de l'apprentissage autodirigé de Hiemstra et Brockett (2012)

Plusieurs facteurs liés au contexte organisationnel sont propices à soutenir ou non une démarche d'apprentissage autodirigé en milieu de travail. Selon les travaux de Wihak et Hall (2011), la culture de l'organisation est un élément crucial alors qu'elle encourage la mise en place de plans de perfectionnement, offre des formations du type «apprendre à apprendre» et facilite l'accès à des ressources pour se former, que ce soit des ressources matérielles, humaines ou des activités de formation. En fait, la mise en place de pratiques d'accompagnement entre expert et novice, la création d'occasions de collaboration et de travail d'équipe et l'instauration de périodes propices aux échanges et à l'analyse des pratiques sont autant de moyens pour les organisations d'encourager les apprentissages informels (Cristol & Muller, 2013). En se basant sur les travaux de Skule (2004), Roussel (2015, p.41) explique que dans le cas de fonctions qui exigent un haut niveau d'apprentissage, l'apprentissage informel peut être favorisé par une organisation du travail qui permet «un haut degré d'exposition au changement, un contact soutenu avec les clientèles externes, une responsabilité accrue sur le plan de la décision ainsi que des occasions fréquentes d'échanges avec des professionnels du domaine externes à l'organisation». Un système de valeurs au sein de l'organisation qui stimule la motivation à s'autoformer et encourage le partage de connaissances, tout en offrant une reconnaissance vis-à-vis des efforts déployés par les

professionnels pour améliorer leur pratique, constitue finalement un terreau fertile à ces apprentissages professionnels (Foucher, 2000).

Il revient toutefois à l'individu de tirer profit des occasions qui se présentent à lui et c'est en ce sens que des compétences individuelles vont influencer la qualité de la démarche (Hrimech, 1996; Schugurensky, 2000). La proactivité ou la capacité de prendre des initiatives, la créativité ou la capacité d'explorer diverses possibilités et la capacité de s'engager dans un processus de réflexion critique sont des facteurs favorisant l'efficacité de l'apprentissage informel en général (Marsick & Watkins, 1990). Pour Tremblay (2003; Tremblay et al., 2000, p.175-176), la qualité d'un apprentissage autonome reposerait en grande partie sur quatre compétences-clés : 1) la capacité d'apprendre en dehors d'un cadre structuré, et de tolérer l'incertitude; 2) la capacité d'apprendre à apprendre et de se connaître comme apprenant; 3) la capacité d'établir un réseau de ressources humaines et matérielles; et 4) la capacité de réfléchir sur et dans l'action. Car c'est par une activité constante de réflexion sur l'expérience que le professionnel oriente, évalue et chemine dans son apprentissage (Brougère & Bézille, 2007; Tremblay, 2003).

Au final, si l'autoformation devient la compétence à apprendre, rejoignant ainsi l'idée d'«apprenance» de Carré (2005), elle repose essentiellement sur le «vouloir» et le «savoir» apprendre de ce dernier et dans une certaine mesure, sur un «pouvoir» apprendre dans un contexte donné (Carré, 2005; Le Boterf, 2004).

La dimension sociale du processus

Le fait que les apprentissages des adultes sont «nécessairement, et indissociablement, des processus à la fois individuels et sociaux» est un postulat partagé par les écrits scientifiques (Carré, 2015, p.36). Comme le formule Carré (2015, p.36), «on apprend toujours seul, mais jamais sans les autres». En ce sens, la dimension sociale de l'apprentissage informel est bien connue alors que «l'environnement humain de l'autodidacte constitue une source de connaissances et de régulation cognitive incontournable» (Cyrot, Jeunesse, & Cristol, 2013b, 4e de couverture). Dans le cas de l'apprentissage professionnel, on lui reconnaît de façon générale un caractère davantage interpersonnel qu'individuel (Billett, 2002, 2008; Bourgeois & Mornata, 2012; Cairns & Malloch, 2011; Colley et al., 2002; Eraut, 2004; Marsick et al., 2009; Tynjälä, 2008; Wihak et al., 2011). En fait, l'interaction sociale avec les pairs, les

supérieurs, les clients ou des personnes plus expérimentées est considérée comme étant au cœur du processus d'acquisition de savoirs et de valeurs au travail (Bourgeois & Mornata, 2012).

En fait, il semble que les principales ressources utilisées par les professionnels pour apprendre en lien avec leur travail seraient humaines. Dans l'étude d'Iseminger et Donaldson (2012), des professionnels œuvrant en santé mentale ont indiqué apprendre principalement en échangeant et en discutant activement de leurs cas avec des collègues, soulignant ainsi l'importance de la collaboration et du réseautage dans le développement de leurs compétences. Une recherche de Coulombe (2012), dont les observations sur le terrain ont conduit à une modélisation des processus et des stratégies permettant à des professionnels d'apprendre informellement en situation de travail, a contribué à mettre en lumière trois étapes clés (p.52-56):

- 1) «**construire**» (participer à des tâches, échanger avec les autres, résoudre des problèmes, s'auto-documenter);
- 2) «**se représenter et rendre significatif**» (contribuer/influencer la pratique, instrumenter, concrétiser);
- 3) «**réseauter, partager et adapter**» (négocier le projet commun, réagir en cours de processus, créer un contexte d'avancement, tenir compte des contraintes locales, créer une responsabilisation mutuelle, développer des relations utiles à l'action, établir des réseaux d'experts, harmoniser les interprétations, adopter des règles de fonctionnement ainsi que des termes et des outils communs).

Ainsi, s'il y a une construction de savoirs qui se fait par le professionnel, puis une expérimentation concrète dans sa pratique, le processus mènerait à la création d'un savoir commun propre à l'organisation, mais partagé par le personnel, la direction et les clients (Coulombe, 2012). En fait, pour Héber-Suffrin (1997, p.4-5), il y a un processus d'échanges de savoirs qui émerge de l'interaction entre trois dimensions complémentaires, soit «une dynamique personnelle d'autoformation, une dynamique inter-individuelle de formation réciproque et une dynamique organisationnelle de construction de réseaux et du système».

En ce sens, la notion de groupe est importante dans l'apprentissage professionnel en milieu de travail. Un groupe se veut d'abord un ensemble de personnes qui partagent des valeurs et des intérêts et qui interagissent dans un but commun (Legendre, 1993). Ainsi, une équipe de travail est un groupe dans lequel il y a une «convergence des efforts dans la

réalisation d'une tâche commune» (Solar, 2001a, p.38), cette dernière ayant souvent une obligation de production ou de rendement que le groupe n'a pas nécessairement. En santé, il est courant de parler d'équipes interdisciplinaires, où plusieurs intervenants ayant une formation et une compétence spécifique, le plus souvent liée à une discipline, interagissent ensemble pour mieux desservir une clientèle (Hébert, 1997; Poulin, 2006). Si interdisciplinaire fait référence «à des disciplines et à des spécialistes de ces disciplines», la collaboration interprofessionnelle est, quant à elle, associée «à des professions et aux personnes qui les exercent» (RUIS, 2014, p.10). Si l'on tend maintenant à parler d'équipe interprofessionnelle, s'appuyant sur une pratique collaborative (OIIQ, CMQ, & OPQ, 2015), ces groupes renvoient à l'idée d'une synergie propice à faire émerger une «compétence collective» (CEILCC, 2005; Hébert, 1997; Le Boterf, 2006).

De fait, les équipes de travail ont un important rôle à jouer dans le développement des compétences en milieu de travail (Bourgeois & Mornata, 2012). Elles favorisent d'une part l'échange de savoirs et le partage d'expertise (Bourassa et al., 1999), tout en offrant de nombreux avantages tant sur le plan cognitif que sur les plans émotif et métacognitif. Selon les travaux de Solar (2001b), le groupe permet aux individus de faire avancer leur propre réflexion par la confrontation des points de vue, offre la possibilité de profiter de l'expérience des autres et contribue à augmenter la motivation au regard de l'apprentissage. Aussi, sur le plan métacognitif, il permettrait, entre autres choses, de découvrir de nouvelles façons de travailler et de fonctionner, d'organiser son travail ou de gérer son temps, tout en favorisant la réflexion sur le cheminement professionnel (Solar, 2001b). Le travail en groupe aurait donc un effet démultiplicateur sur l'apprentissage, de même qu'il favoriserait l'intégration des nouveaux savoirs (Solar, 2001b). L'esprit d'équipe, la qualité des échanges et la pertinence des sujets abordés seraient des facteurs favorisant l'évolution des pratiques au sein des organisations (Coulombe, 2012). La collaboration, qui permet de générer de nouvelles idées grâce au partage de connaissances et d'expériences, contribuerait ainsi à valoriser et à construire «un réservoir des meilleures pratiques» (Coulombe, 2012, p.56).

En contexte non structuré, au sein des organisations, la notion de groupe s'est élargie avec le développement de plus en plus important des communautés de pratique (Solar, 2009). Tremblay (2005, p.695) rappelle qu'«une communauté de pratique est généralement définie

comme un groupe de personnes ayant en commun un domaine d'expertise ou une pratique professionnelle, et qui se rencontrent pour échanger, partager et apprendre les uns des autres, face-à-face ou virtuellement» (Bourhis & Tremblay, 2004; Wenger et al., 2002). Les participants à une communauté de pratique sont généralement liés par un «intérêt commun dans un champ de savoir [...], un désir et un besoin de partager des problèmes, des expériences, des modèles, des outils et les meilleures pratiques» (APQC, 2001, cité par Bourhis & Tremblay, 2004, p.15). Dans le domaine de la santé, les communautés de pratique s'implantent de plus en plus, et ce, dans divers milieux. Au Québec, des communautés de pratique virtuelles regroupent depuis quelques années des infirmières issues de différents établissements de santé¹⁵. Ces groupes visent notamment la mise en commun des connaissances et des outils de travail permettant le développement professionnel continu des infirmières. En milieu clinique, des communautés de pratiques interprofessionnelles ont aussi été mises sur pied tant au sein de grands établissements de santé offrant des soins spécialisés que dans des centres locaux de services communautaires (CLSC) offrant des services de première ligne (Lebel, Soubhi, Lefebvre, Poissant, & Rioux, 2009). En plus des bénéfices rapportés pour le développement des compétences chez les professionnels, la participation de patients et de proches à ces groupes permet d'intégrer leurs besoins et préoccupations, en plus de contribuer à mettre sur pied un partenariat de soins (Lebel et al., 2009). Les communautés de pratique s'avèrent une modalité d'apprentissage qui favorise le développement des compétences tant individuelles que collectives (Bourhis & Tremblay, 2004).

Finalement, si les théories contemporaines de l'apprentissage au travail reconnaissent toutes le rôle à la fois de l'*agentivité* de l'apprenant et de son environnement dans le processus, elles peuvent différer sur le poids à accorder à chacun (Carré, 2015). Si pour certains, il s'agit d'un rapport de force ou d'une influence l'un sur l'autre, pour d'autres, il est davantage question d'une construction «de l'un et de l'autre au travers de leur relation» (Piguet, 2013, p.29; Roger, 2010). D'ailleurs, divers auteurs abordent la formation par les pôles de l'*éco-* (apprendre au contact de), de l'*auto-* (apprendre par soi), de l'*hétéro-*

¹⁵ Communauté virtuelle de pratique des infirmières GMF du Québec (<http://liferay6.cess-labs.com/web/cvp-gmf/accueil>), et Communauté virtuelle d'apprentissage et de pratique en soins d'urgence du Québec (<http://liferay.cess-labs.com/web/cvap-soins-urgence-Quebec/accueil>).

(apprendre de l'autre) et de la *co-* (apprendre ensemble) (Cristol, 2013a; Galvani, 2004, 2008; Pineau, 1989, 2000; Pineau & Marie-Michèle, 1983). Comme l'explique Galvani (2004, p.100), la coformation réciproque (Hébert-Suffrin, 1998) se développe dans les échanges au sein d'un groupe ou d'un réseau, où la variété des points de vue et des savoirs échangés permettent à chaque personne d'explorer collectivement ses expériences pour mieux les comprendre et en interpréter le sens. Ces groupes deviennent «un lieu d'articulation de l'expérience personnelle (comme épreuve du monde vécu), de la pratique (comme agir en vue d'une fin), et de la théorisation (comme pratique compréhensive du sujet)» (Galvani, 2004, p.100). ^[11]Le *co-* peut ainsi être vu comme le pôle du sujet social apprenant (Cristol, 2013a).

Carte synthèse

En somme, l'*apprentissage* renvoie à un processus «interne au sujet bien que toujours socialement situé, qui mène à la transformation durable de représentations, d'habiletés et d'attitudes» (Carré, 2015, p.30). Si l'apprentissage est souvent qualifié d'«informel» lorsqu'il se déroule en dehors d'un programme structuré pour apprendre, il peut être qualifié de «professionnel» lorsque les nouveaux savoirs sont susceptibles d'être investis dans l'activité professionnelle (Carré & Charbonnier, 2003). Les apprentissages informels sont souvent intentionnels, la personne initiant le processus d'apprentissage tout en gardant un certain contrôle sur les moyens qu'elle utilise pour atteindre ses objectifs (Carré, 2000; Hrimech, 1996). En ce sens, l'autodirection devient un concept-clé pour aborder l'apprentissage professionnel qui mise sur l'idée «de se diriger soi-même plutôt que d'être dirigé» (Carré, 2000, p. 216-217), mais aussi sur un sentiment de compétence au regard de sa démarche où des stratégies d'autorégulation sont mises en œuvre.

Comme la carte synthèse de la page 63 l'illustre, nous avons identifié trois caractéristiques principales permettant de décrire l'apprentissage informel en milieu de travail :

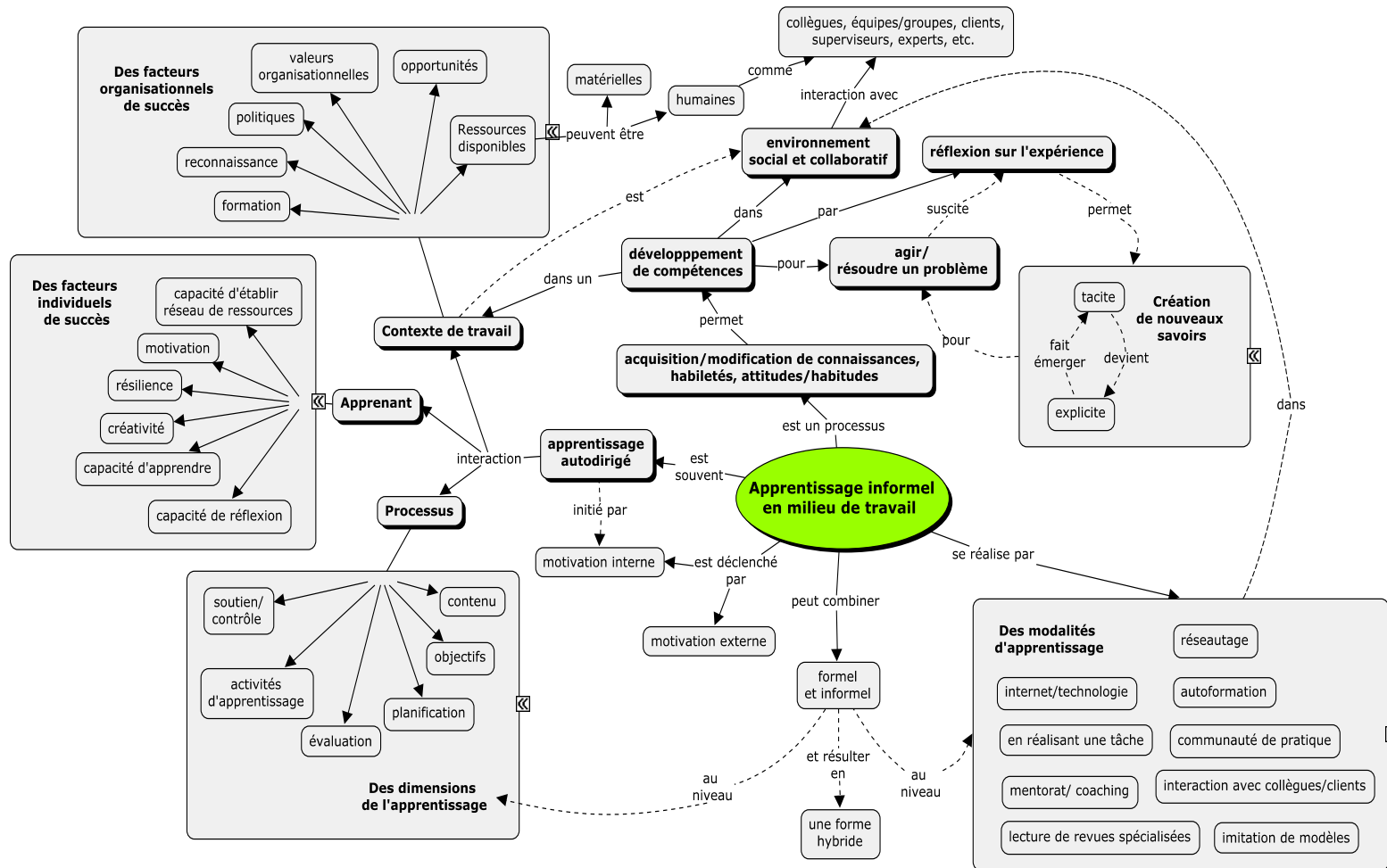
- 1) une réalisation dans l'action, cet apprentissage se voulant un processus de va-et-vient entre l'expérimentation et la réflexion;
- 2) un caractère souvent autodirigé, cet apprentissage prenant forme lorsque la personne en ressent le besoin, a la motivation pour s'y engager et l'occasion de la faire;

- 3) une dimension sociale et collaborative importante, cet apprentissage se réalisant le plus souvent dans les activités du travail et les interactions avec des collègues, clients, experts ou au sein d'équipes de travail.

Alors que le professionnel progresse à son propre rythme et gère le «comment» et le «quand» utiliser les différentes ressources à sa disposition (Cunningham & Hillier, 2013), ces ressources pour apprendre et se développer au travail peuvent prendre de multiples formes. Que ce soit de la formation formelle et structurée (formation continue, en cours d'emploi, intra- et extra-organisationnelle) ou non structurée (mentorat, communautés de pratiques, etc.), les environnements, en termes d'organisation, de valeurs, de pratiques collaboratives et interprofessionnelles, peuvent fournir les occasions d'apprendre (Billett, 2004; Bourgeois & Mornata, 2012). L'organisation devient ainsi un élément important pour soutenir et favoriser cet apprentissage alors qu'elle joue un rôle de premier plan pour offrir une variété de ressources, des occasions de partage et d'échange, des activités de perfectionnement, susciter le goût d'apprendre et reconnaître les efforts déployés.

Au final, les écrits mettent en lumière la figure d'un «sujet social apprenant» (Carré & Caspar, 2011b; Piguet, 2013) qui renvoie d'abord à une personne, capable d'autodirection et d'autorégulation, à la construction de ses savoirs, et dont le projet prend la forme des relations sociales propres à un milieu. En fait, on parle de plus en plus au sein de la littérature d'une «agentivité limitée» (Evans et al., 2011), alors que le potentiel d'apprentissage des lieux de travail suscite de plus en plus d'intérêt (Bourgeois & Durand, 2012). Ainsi, alors que la recherche sur l'apprentissage en milieu de travail s'intéresse beaucoup à la dimension collective et organisationnelle (Marsick, Watkins, & O'Connor, 2011), certains invitent à penser davantage en termes d'une «pédagogie de la facilitation» (Carré, 2015), voire d'une «pédagogie des situations professionnelles», articulant dispositions individuelles et environnements capacitants et facilitants (Endrizzi, 2015). C'est dans ce contexte qu'il devient d'autant plus pertinent de s'intéresser aux parcours de développement des compétences au regard de la littérature en contexte de travail.

Carte conceptuelle 3. L'apprentissage informel en milieu de travail



2.1.3 Apprentissage et développement des compétences professionnelles

La notion de qualification, en référence au travail, n'est pas nouvelle et renvoie «aux capacités à la fois requises pour assumer un poste de travail et acquises par la formation scolaire (et attestées par la certification) et par l'expérience professionnelle» (Deprez, 2002, p.5). En fait, comme l'explique Dubar (2005, p.831), si on distingue parfois la qualification des individus, définie comme «l'ensemble des capacités acquises qu'ils peuvent mobiliser dans le travail», et la qualification des emplois, soit «l'ensemble des qualités qu'on doit posséder pour les occuper», la qualification est souvent abordée comme la mise en relation de ces deux éléments. Au cours des dernières décennies, un glissement vers la notion de compétence a eu lieu, traduisant selon Wittorski (1998, p.1) une rupture avec «la certitude et la prévisibilité des comportements alors que l'heure est davantage à des capacités générales permettant de gérer globalement une situation». En ce sens, la qualification serait plus du côté de «l'organisation des compétences dans un système de classification des emplois», alors que la compétence serait du côté de l'action de l'individu dans une situation donnée (Wittorski, 1998, p.2). Le modèle des compétences réfère ainsi à des personnes agissant dans des situations de travail (Zarifian, 2004).

En fait, la notion de «compétence» a transformé la façon de penser l'apprentissage et la formation des professionnels, et cela, tant dans les milieux d'éducation qu'au sein des organisations (Enlart, 2014a). Si on parle désormais davantage de «compétences» que de «qualifications» (Wittorski, 1998), ce n'est pas seulement une question de vocabulaire comme le souligne Illeris (2011), mais bien pour refléter une façon de «penser» la formation. La compétence, loin d'être une finalité, s'aborde comme un point de départ qui ouvre vers un parcours de développement tant formel qu'informel pour faire face à l'imprévisibilité et aux exigences d'adaptabilité d'un travail qui, lui aussi, ne cesse de se transformer (Illeris, 2011). Aussi, alors que «les modes de formation "classiques" sont parfois mal adaptés à certaines compétences» (Carré & Charbonnier, 2003, p.17), notamment celles qui relèvent du champ relationnel, la logique de compétences interpelle les apprentissages non institués et non planifiés, qualifiés d'«informels» (Carré & Charbonnier, 2003; Le Boterf, 2000).

Les situations professionnelles sont souvent davantage caractérisées par la complexité et l'imprévisibilité que par la routine, et en ce sens, appellent des pratiques professionnelles pertinentes et toujours renouvelées qui témoignent d'«une intelligence des situations» (Le Boterf, 2010). Selon Le Boterf (2008, p.29), la *pratique professionnelle* est le «cours d'action» qu'il est possible de distinguer de la tâche prescrite, ce qui met en évidence la différence entre les exigences de l'acte ou du geste (les activités prescrites communes à tous les professionnels) et les attitudes et séquences opérationnelles par lesquelles une personne répond réellement à ces exigences. Elle peut se définir comme :

Le déroulé des décisions, des actions et des interactions qu'un sujet met en œuvre pour réaliser une activité prescrite, pour résoudre une situation problématique, pour faire face à un événement, pour répondre à des exigences fixées par des procédures ou indiquées dans un référentiel (Le Boterf, 2008, p.29).

C'est en quelque sorte une certaine «façon de s'y prendre» pour agir, un mini processus d'actions ou d'opérations propre à la personne qui la met en œuvre (Carré, 1992; Le Boterf, 2008; 2011b). Chaque pratique est en ce sens unique : il y a autant de pratiques qu'il y a de professionnels (Carré, 1992; Le Boterf, 2008). La ou le professionnel compétent est finalement celui qui a développé un certain savoir-agir lui permettant de gérer un ensemble de situations professionnelles complexes (Le Boterf, 2002b).

Qu'est-ce qu'une compétence?

La notion de compétence, qui a fait son apparition dans le monde de l'éducation et de la formation dans les années 1970, a permis de mettre l'accent sur la variété des acquis nécessaires pour savoir-agir, des acquis qui ne relèvent pas uniquement de la formation formelle (Legendre, 2001). Bien que les définitions de la compétence soient nombreuses et multidimensionnelles, variant selon les auteurs, celle-ci peut se concevoir comme «un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations» (Tardif, 2006, p.22). Ces ressources peuvent être internes et propres à l'individu (au niveau cognitif, affectif, etc.) ou externes, c'est-à-dire des ressources de l'environnement indispensables au développement de la compétence (Institut national de santé publique du Québec, 2011; Le Boterf, 2009; Tardif, 2006). Pour Enlart (2011, p.232), la «compétence permet d'agir et/ou de résoudre des problèmes professionnels de manière satisfaisante dans un contexte particulier, en mobilisant diverses capacités de manière intégrée». Il serait donc possible de reconnaître qu'une personne

sait agir avec compétence si elle sait combiner et mobiliser un ensemble de ressources pertinentes (connaissances, habiletés, comportements, qualités, réseaux de ressources...) pour gérer différentes situations et produire des résultats satisfaisant à certains critères de performance pour un destinataire (Le Boterf, 2004, p.70; 2005, p.774). En ce sens, c'est un savoir-agir reconnu, qui dépend d'une appréciation sociale (Wittorski, 1998; 2002) et professionnelle. Renvoyant au processus permettant de «générer le produit fini qu'est la performance» (Wittorski, 1998, p.2), le concept de compétence intègre finalement tout ce qui permet de performer dans une situation donnée (Illeris, 2011).

Bien que la compétence demeure un concept difficile à cerner, il semble y avoir un consensus sur certaines de ses caractéristiques (Enlart, 2011). Premièrement, la compétence est du domaine de l'action (Le Boterf, 2008); elle permet d'agir puisqu'on est compétent pour résoudre un problème ou produire une activité (Enlart, 2011; Legendre, 2001). Deuxièmement, la compétence est toujours contextuelle, c'est-à-dire qu'elle n'existe pas en soi, indépendamment des contextes et conditions de son utilisation (Enlart, 2011; Le Boterf, 2002b; Legendre, 2001). Troisièmement, même si les «rubriques constitutives» des compétences peuvent diverger, on s'accorde souvent pour y retrouver du savoir, du savoir-faire et du savoir-être (Enlart, 2011, p.231-232). Cependant, tel qu'expliqué par Le Boterf (2004) et Scallon (2004), le concept de compétence va au-delà d'une somme de savoirs et doit permettre de raisonner en termes de combinatoire. Pour faire face à un événement, pour résoudre un problème, une personne doit non seulement sélectionner et mobiliser des ressources, mais elle doit aussi savoir les organiser et construire une combinatoire particulière (Le Boterf, 2002a). Le caractère combinatoire et intégrateur de la compétence est donc une caractéristique importante (Scallon, 2004; Tardif, 2006), qui laisse entendre qu'il y a quelque chose «en plus» des capacités seules permettant de devenir compétent (Enlart, 2011).

Les travaux de Tardif (2006) soulignent aussi deux autres caractéristiques de la compétence, soit son caractère développemental et évolutif. La compétence prend appui sur des ressources existantes, ressources qui sont appelées à se développer au fil de leur utilisation dans divers contextes (Legendre, 2001). Ainsi, les apprentissages qui permettent la maîtrise progressive d'une compétence sont non seulement nombreux, mais sont aussi étalés dans le temps (Tardif, 2006). La compétence se développe tout au long de la vie (Tardif, 2006) et, en

ce sens, il est toujours possible d'accroître une expertise et de devenir de plus en plus compétent (Legendre, 2001). Puisque ce savoir-agir complexe repose sur une combinaison de ressources et qu'il est toujours possible d'associer de nouvelles ressources internes ou externes à une compétence (Tardif, 2006), les possibilités de développement se révèlent infinies.

Le tableau 4, qui résume les principales caractéristiques de la compétence, fait ressortir le fait que le développement d'une compétence se concrétise dans l'action (Enlart, 2011) et s'aborde nécessairement dans la durée (Tardif, 2006). En ce sens, on parle de parcours de développement se réalisant par le biais d'une variété d'apprentissages et d'expériences, tant formels qu'informels (Legendre, 2001). Comme l'explique Wittorski (2000, p.270), les compétences peuvent se développer à la suite de l'acquisition de nouveaux savoirs (après une formation, par exemple) ou lorsque le professionnel, femme ou homme, est placé dans une situation nouvelle qui le pousse à développer de nouvelles façons d'agir ou à «recombinaison» ses façons de faire. De fait, «développer une compétence n'implique pas nécessairement l'acquisition de nouvelles ressources», mais peut consister à apprendre à mieux utiliser les ressources que l'on possède déjà (Legendre, 2001, p.19).

Tableau 4. Caractéristiques d'une compétence conçue comme un savoir-agir complexe

Caractéristiques	Perspectives
Un caractère intégrateur	Chaque compétence fait appel à une multitude de ressources de nature variée.
Un caractère combinatoire	Chaque compétence prend appui sur des orchestrations différenciées de ressources.
Un caractère développemental	Une compétence se développe tout au long de la vie. Elle n'est jamais achevée : aussi, les apprentissages pour la maîtrise d'une compétence donnée peuvent s'étaler dans le temps dans une logique de complexification croissante.
Un caractère contextuel	Chaque compétence est mise en œuvre dans des contextes qui orientent l'action. Le caractère contextuel permet d'introduire l'idée cruciale des familles de situations.
Un caractère évolutif	Chaque compétence est conçue afin d'intégrer de nouvelles ressources et de nouvelles situations sans que sa nature soit compromise.

Tiré de Tardif, 2006, p.26.

Finalement, comme le souligne Lorino (2014) en s'appuyant sur Zarifian (2009), la compétence est une prise d'initiative et de responsabilités réussie au regard des situations professionnelles. En ce sens, elle est ancrée dans l'activité du travail, avec deux

caractérisations, soit «avec succès» et «service rendu» auprès de la clientèle (Lorino, 2014, p.208).

Comment se développent-elles?

Alors que la formation initiale et continue est nécessaire pour acquérir et actualiser ses connaissances et ses savoir-faire, il est connu que bon nombre de compétences ne peuvent se développer que par et dans le travail (Bourgeois & Durand, 2012a). Si on reconnaît que le travail est formateur (de Terssac, 2011), c'est lorsqu'il s'accompagne d'une activité d'analyse réflexive «que l'acte de travail devient acte de formation» (Barbier, 2011, p.3). Comme l'explique Pineau (2007, p.2), c'est avec le «tournant réflexif» (Schön, 1991) qui a marqué le champ de la professionnalisation à la fin des années 1980 qu'il y a eu un passage de la science appliquée au praticien réflexif par une «reconnaissance scientifique et une prise en compte à part entière de l'importance de la réflexion courante en action, in vivo, en pratique, des acteurs sociaux». En ce sens, les travaux de Schön (1984, 1991) ont grandement contribué à faire reconnaître la réflexion en cours d'action et sur l'action comme outil de développement des compétences professionnelles (Boutet, 2001). Certaines tâches demandent de l'«invention», et de ce fait, une certaine structuration de la situation rencontrée en fonction de ses propres perspectives ne peut se faire que par une articulation entre la réflexion dans l'action et sur l'action (Durand, 2012, p.75-77).

Si l'on reprend la typologie de Wittorski (2000, p.265; 270), les processus de développement des compétences dans et par l'action pourraient se faire comme suit :

- 1) **par l'action seule**, à la suite d'essais et d'erreurs, d'ajustements successifs et d'adaptation progressive des comportements sans accompagnement réflexif, ce qui produit des compétences liées à l'action. On peut y associer des savoirs tacites ou «cachés dans l'agir professionnel» (Schön, 1994);
- 2) **par la combinaison action et réflexion sur l'action**, soit par une itération entre une démarche d'essais et d'erreurs, et une réflexion ou un questionnement par rapport à la situation et à l'action produite, favorisant la production de nouveaux savoirs dans l'action;
- 3) **par la réflexion rétrospective sur l'action et par la réflexion anticipatrice de changement sur l'action**, qui contribuent à la production de savoirs sur et pour l'action. Ces processus pourraient s'observer notamment à certains moments explicitement prévus pour analyser les pratiques professionnelles par le biais d'échanges ou de groupes de discussion.

Cette activité réflexive permettrait au professionnel d'articuler ses savoirs d'expérience et ses savoirs théoriques (Barbier, 2011), une démarche essentielle pour l'action compétente. En fait, l'apport du recul réflexif dans le processus de développement des compétences se ferait à différents niveaux, comme le souligne la synthèse de Le Boterf (2008, p.55-58). En effet, cet exercice permettrait au professionnel de :

- 1) **faire progresser ses pratiques**, en permettant d'identifier ses points forts et ses points faibles et en favorisant une meilleure compréhension de ses façons d'agir;
- 2) **mieux connaître ses schèmes opératoires**, qui ne sont pas directement visibles et dont la mise en mots est nécessaire pour y accéder;
- 3) **transférer**, par la réflexion, ses façons d'agir et ses combinatoires de ressources dans d'autres situations que celles dans lesquelles il en a fait l'apprentissage;
- 4) **gérer son bagage de ressources**, une meilleure connaissance de ses ressources permettant d'en connaître les limites et les champs d'application, de même que les besoins d'actualisation ou de perfectionnement. Aussi, puisque les émotions peuvent être des ressources ou des freins à l'action, mieux connaître ses ressources émotionnelles et ses réactions permet de mieux pouvoir les contrôler et les utiliser. C'est un élément essentiel pour des professions basées sur des relations humaines, comme c'est le cas pour les infirmières et les infirmiers ou les médecins;
- 5) **construire son identité professionnelle et donner un sens à ce qu'il fait**. La réflexion permet de prendre conscience de ses façons de faire, du comment et du pourquoi et de construire, d'une certaine façon, sa capacité à conduire soi-même ses apprentissages (Le Boterf, 2006, p.134; 2009, p.231).

Il y a ainsi un développement de la pratique professionnelle qui se réalise à partir de l'expérience, mais une réflexion sur l'action est nécessaire pour apprendre de celle-ci (Argyris & Schön, 1974). S'il y a réflexion sur l'action, il y a aussi réflexion sur les ressources, personnelles ou externes, disponibles ou à développer, afin d'en saisir le potentiel pour l'action compétente (Le Boterf, 2011a).

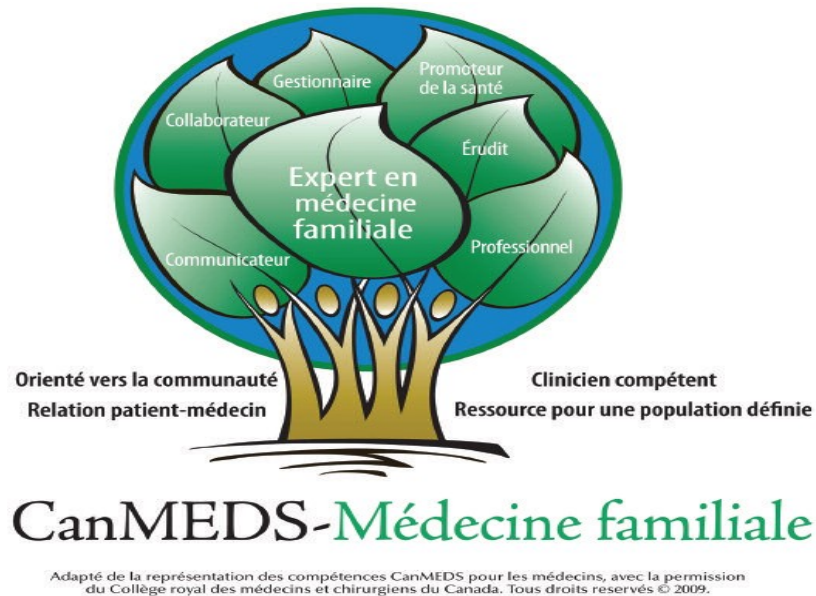
Au final, la construction d'une pratique professionnelle s'appuie sur une dynamique permanente de développement des compétences, qui se veut «l'actualisation des connaissances et la transformation des expériences professionnelles en nouveaux savoirs pratiques, alimentant une "base de données" de savoirs constitués, dans laquelle le professionnel puise pour ajuster son mode d'intervention» (Osty, 2013, p.31). Ce processus continu débute dès la formation initiale et se poursuit tout au long de la vie professionnelle. Si le terme «ingénierie de formation» a souvent été abordé comme la conception d'un dispositif de formation, le

concept plus récent de «navigation professionnelle», proposé par Le Boterf (2010), permet de se distancier un peu plus de la formation au sens traditionnel du terme (Enlart, 2014b). Alors que l'individu est «reconnu comme acteur du développement de ses compétences», il ne serait plus question d'ingénierie de programme, mais d'une «*ingénierie de contextes apprenants*» (Le Boterf, 2010, p.115). En ce sens, pour Le Boterf (2010, p.115), «il ne s'agit plus de concevoir des programmes ou des cursus s'adressant à un ensemble d'individus qui doivent tous emprunter le même chemin», mais plutôt de penser en termes de parcours «personnalisés», composés à la fois de moments de formation collective et individuelle, plus spontanés et qui prennent la forme des occasions qui se présentent. Il y a, dans cette façon d'aborder le développement de la compétence, une grande part d'imprévisibilité alors que la démarche échappe à la planification en étant tributaire à la fois de l'environnement et de l'activité du travail elle-même.

Le parcours de développement des professionnels de la santé

Dans le champ de la santé, les parcours de professionnalisation du personnel, tant dans le réseau de la santé que des services sociaux, y sont abordés par une approche par compétence. Si on prend l'exemple des médecins, l'approche par compétence (APC) de la formation repose sur des principes d'intégration, de continuité dans le parcours d'apprentissage, d'autonomie et de réflexion sur l'apprentissage et sur la pratique (Laurin, Audétat, & Sanche, 2013). Ainsi, on vise le développement de professionnels capables d'agir de façon compétente dans des situations cliniques complexes (Laurin et al., 2013). Une femme ou un homme médecin doit apprendre à développer, à combiner et à mobiliser des compétences selon ses différents rôles, son milieu de pratique, ses besoins personnels et ceux de sa communauté (Tannenbaum et al., 2011). Pour l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (2000, p.8), la compétence nécessaire à la pratique «s'acquiert et s'entretient continuellement par une pratique réfléchie des soins infirmiers, un apprentissage toute la vie durant et une intégration de l'apprentissage à la pratique». Les ordres professionnels de la médecine et des soins infirmiers proposent ainsi l'idée de parcours de développement qui sont pensés dans la continuité et qui intègrent l'apprentissage dans le cadre du travail (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2000; Laurin et al., 2013; Tannenbaum et al., 2011).

On attend d'un professionnel qu'il réponde à des exigences éthiques mais aussi à des règles déontologiques, prescrites par son ordre professionnel par exemple, afin d'offrir un service digne de confiance à son client (Le Boterf, 2010). Ainsi, pour l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (2000, p.6), les compétences professionnelles renvoient aux «connaissances, qualifications, jugements et attributs personnels qu'une infirmière ou un infirmier doit intégrer et utiliser pour exercer une fonction précise dans un certain milieu d'une manière sûre et conforme à la déontologie». La référence aux compétences dans le champ professionnel peut être vue comme «une manière de mettre en lisibilité» le travail prescrit, en termes de «ce qui doit être fait (l'activité) et comment cela doit être fait (les compétences)» (Enlart, 2014a, p.28). Sous forme de référentiel de compétence, c'est un «outil de clarification et d'explicitation du travail attendu» (Enlart, 2014a, p.28). Par exemple, la *Mosaïque des compétences* créée par l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (Leprohon, Lessard, Lévesque-Barbès, & Bellavance, 2009) permet de représenter et de définir les compétences souhaitées de l'infirmière ou de l'infirmier à diverses étapes de son développement professionnel, allant de novices à expertes (Benner, 2003). Le cadre des compétences *CanMeds* (voir figure 7) élaboré par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (Frank, Snell, Sherbino, & Boucher, 2015) et adopté par le Collège des médecins de famille du Canada, décrit également les habiletés essentielles et générales qui servent de cadre de référence à toutes les disciplines de la santé, et ce, tout au long du continuum de formation, soit de la formation initiale à la formation professionnelle continue (Tannenbaum et al., 2011). Le développement professionnel continu y est présenté comme un temps où le médecin modifie sa pratique selon les besoins liés à l'exercice de ses fonctions dans son contexte de travail (Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2015).



Source : Laurin et al. (2013); Tannenbaum et al. (2011).

Figure 7. Les compétences de base CanMEDS

Il est à noter que ces cadres de compétences renvoient à des cliniciens compétents, mais aussi à des professionnels qui valorisent la relation médecin-patient dans des actions orientées vers les besoins de leur communauté (Tannenbaum et al., 2011). Tant le CanMEDS que la Mosaïque des compétences infirmières misent sur un savoir communiquer l'information, ainsi que sur des savoirs relationnels, que ce soit avec le patient ou dans le contexte d'une collaboration interprofessionnelle. D'ailleurs, le référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme (CPIS, 2010, p.11), applicable à toutes les professions, souligne l'importance de ces compétences pour la mise en œuvre d'une pratique orientée vers «un partenariat entre une équipe de professionnels de la santé et une personne et ses proches dans une approche participative».

Aussi, bien que le domaine de «l'éducation ou la promotion de la santé» fait consensus dans les écrits sur le développement de la compétence chez les infirmières et infirmiers (Murray, St-Onge, & Therrien, 2013, p.9), le cadre de compétences pour le partenariat développé par le RUIS (2014), qui s'adresse à tous les intervenants et intervenantes dans un contexte de santé, le met en exergue. En effet, ce référentiel (voir l'annexe A) met l'accent sur les compétences en éducation à la santé à développer en vue de travailler à «l'habilitation

progressive» du patient pour qu'il soit en mesure de participer aux soins (RUIS, 2014, p.26). Au final, il est possible de dire que les compétences professionnelles en matière de littératie s'ancrent dans les domaines de compétences que tous les intervenants en santé, tant hommes que femmes, ont à développer au cours de leur carrière.

Développement professionnel continu

Tous les professionnels, peu importe leur champ d'expertise, ont l'obligation et la responsabilité de développer des compétences et de les maintenir à jour. Selon les travaux de Bélanger, Daniau et Larivière (2009, p.289), le développement professionnel continu chez des professionnels, qui ont une qualification élevée et des exigences de mise à jour continue, se distinguerait par le fait qu'il se réalise surtout «sous la forme d'une autoformation plus ou moins assistée, tant par la recherche documentaire individuelle et le suivi assidu de la littérature scientifique que par des processus d'inter-apprentissage entre pairs qui prennent notamment la forme d'échanges informels» au travail. Ces professionnels ont accès, via Internet, à différentes sources d'information (revues scientifiques, bibliothèques universitaires, moteurs de recherche) et la lecture, qui comprend le suivi de l'actualité scientifique, se ferait souvent en dehors des horaires réguliers de travail, voire à domicile (Bélanger et al., 2009). L'inter-apprentissage entre pairs, lui, se ferait souvent par de simples échanges informels dans les activités du travail ou par le biais de conseils donnés par des personnes plus expérimentées (Bélanger et al., 2009).

Selon le Dr Ladouceur (2011), qui a contribué à la mise sur pied du *Plan d'autogestion du développement professionnel continu* (DPC) adopté par le Collège des médecins du Québec (2007), le développement professionnel continu chez les médecins se ferait effectivement en grande partie sous forme d'autoformation. En fait, les activités d'autoapprentissage auxquelles les médecins ont recours pour assurer le développement de leurs compétences en cours d'emploi peuvent être (Ladouceur, 2011, p.7-8):

- 1- des activités intégrées dans la pratique médicale, comme les conversations avec des collègues, les interactions des représentants de l'industrie pharmaceutique ou d'équipements médicaux, les rencontres de travail informelles ou la lecture de journaux médicaux. Ces activités se feraient sans but ou objectif d'apprentissage précis, et de manière souvent spontanée;
- 2- des activités qui découlent du besoin de solutionner un problème inhabituel ou inattendu soumis par un patient ou un collègue et pour lequel le médecin se sent

dépourvu. La démarche se ferait alors dans le but d'orienter une décision diagnostique ou thérapeutique à prendre. Ces activités peuvent être des consultations avec des spécialistes, une revue de la littérature scientifique ou la consultation de documents officiels;

- 3- des formes d'activités plus structurées dont les buts et les objectifs sont spécifiés dès le départ et qui permettent d'acquérir et de développer un champ d'expertise ou de compétence. Ces activités peuvent être des groupes de travail, du mentorat ou de l'encadrement clinique.

La grande majorité des activités de formation continue des infirmières et infirmiers se concrétiseraient également sous forme d'autoapprentissage, initiés dans le but de répondre à un besoin ou à des préoccupations liées à l'exercice de ses fonctions (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2011; Ouellet, 2012). Piguet (2008, p.106;174), dont les travaux portaient sur l'apprentissage informel des infirmières, a identifié 7 pratiques autoformatives : la recherche documentaire, le partage,^[SEP]la demande d'aide pour l'analyse d'une situation complexe,^[SEP]l'appel à un expert,^[SEP]le temps d'appropriation,^[SEP]l'utilisation de nouvelles connaissances dans sa pratique et^[SEP]l'observation des bonnes pratiques de ses collègues. Les apprentissages infirmiers informels seraient en bonne partie incidents, soit de «survenue aléatoire» en fonction de la pratique quotidienne et des opportunités qui se présentent dans le milieu du travail, mais conscients (Muller, 2016, p.46).

Les moyens de développement professionnel continu employés par les médecins varient selon leurs sujets d'intérêt, leurs modes d'apprentissage, leur disponibilité et leurs besoins (Collège des médecins du Québec, 2007). Une enquête de Mamary et Charles (2003) menée auprès de 949 médecins afin d'étudier leurs activités d'apprentissage des 12 derniers mois rapporte qu'assister à des conférences et lire des journaux spécialisés s'avèrent les formes de formations autodirigées les plus fréquentes. Les médecins affirment aussi apprendre auprès de leurs pairs, au sein d'équipes de travail et de réseaux (Burford et al., 2013; Muller & Carré, 2010), qui aujourd'hui prennent différentes formes avec l'utilisation des technologies de la communication. Par exemple, les wikis, permettant les échanges et le partage de ressources au sein d'une communauté de pratique, ou d'une organisation (Solar, Solar-Pelletier, & Thériault, 2015), suscitent de plus en plus d'intérêt dans le milieu de la santé et une telle plateforme est même actuellement utilisée par un groupe d'urgentologues au Québec (Archambault et al., 2010; Croteau, 2014). Les modules de formation en ligne sont également des moyens utilisés pour se former, notamment sur le sujet de la littérature en santé. En effet,

tant aux États-Unis qu'au Canada anglophone et francophone, plusieurs modules de formation en ligne ont été développés¹⁶. Ceux-ci ont entre autres comme objectif d'informer les professionnels de la santé sur ce qu'est la littératie, la façon de dépister les patients susceptibles d'éprouver des difficultés à traiter l'information et les stratégies de communication qui sont à privilégier dans le cadre de leur pratique.

En résumé, la littérature souligne l'importance majeure des apprentissages informels dans les professions de santé (Burford et al., 2013; Muller & Carré, 2010) alors que la grande majorité des activités de formation continue se concrétiseraient sous forme d'autoapprentissage, initiés dans le but de répondre à un besoin ou à des préoccupations liées à l'exercice des fonctions exercées, et d'apprentissage dans la pratique (Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2015; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2011; Ouellet, 2012). Bien que la consultation de sites spécialisés sur Internet et la lecture de revues professionnelles sont des moyens souvent privilégiés, une grande part des apprentissages professionnels se réalisent à l'occasion de situations de soins (Muller, 2010; Ouellet, 2012; Skar, 2010). Selon l'étude de Muller (2010), les apprentissages professionnels informels dans le champ de la santé se feraient beaucoup au contact de pairs ou de collègues de champs d'expertise différents lors de périodes d'échanges et de collaboration, et le patient aurait souvent un rôle de déclencheur d'apprentissage par ses questions et par les situations de soins qu'il suscite.

Dans le contexte où l'on reconnaît qu'il y a du formel et de l'informel dans tout apprentissage, Budowski (2015) s'est intéressé à repérer ce qui pourrait relever de chacune de ces formes dans le cadre d'un apprentissage tout au long de la vie professionnelle chez les médecins. S'il conclut qu'il est difficile, voire «utopique» (Budowski, 2015, p.324), d'essayer de faire la distinction entre les savoirs formels, non formels et informels au sein des trois dispositifs d'apprentissage coopératif étudiés, ses travaux ont mené à la proposition d'une

¹⁶ À titre d'exemples, notons ici quelques plateformes de formation en ligne sur la littératie en santé :
- «Alphabétisme en matière de santé», développé à l'Université de Moncton (<http://alphabetismeensante.ca>);
- «La littératie en santé : Vous parlez à vos patients, mais comprennent-ils ? L'importance de la littératie en santé dans votre pratique», développé par l'Association médicale canadienne (<https://www.mdcme.ca>);
- «Health literacy for public health professionals», développé par le Centers for Disease Control and Prevention» (<http://www.cdc.gov/healthliteracy/findtraining/onlinecourse.html>)

nouvelle classification des apprentissages dans le cadre de la formation des professionnels de la santé. Le modèle de Budowski (2015, p.330) est développé sur deux axes horizontaux principaux, soit d'abord le «degré de structuration de l'apprentissage», qui peut être aléatoire (les possibilités d'apprendre en dehors des institutions), flexible (apprentissage par autoformation), réglementé (développement personnel continu) ou rigide (formation médicale initiale), et des «contextes de l'apprentissage» plus formel et informel. Combinés à deux axes verticaux (pratique versus théorique et qualification versus certification), ce modèle, qui peut être consulté à l'annexe B, a l'intérêt d'être plus précis dans les dimensions d'apprentissage que ne peut le permettre un simple «axe informel-formel» (Budowski, 2015, p.329). Il ne permet toutefois pas d'aborder l'articulation entre ces dimensions.

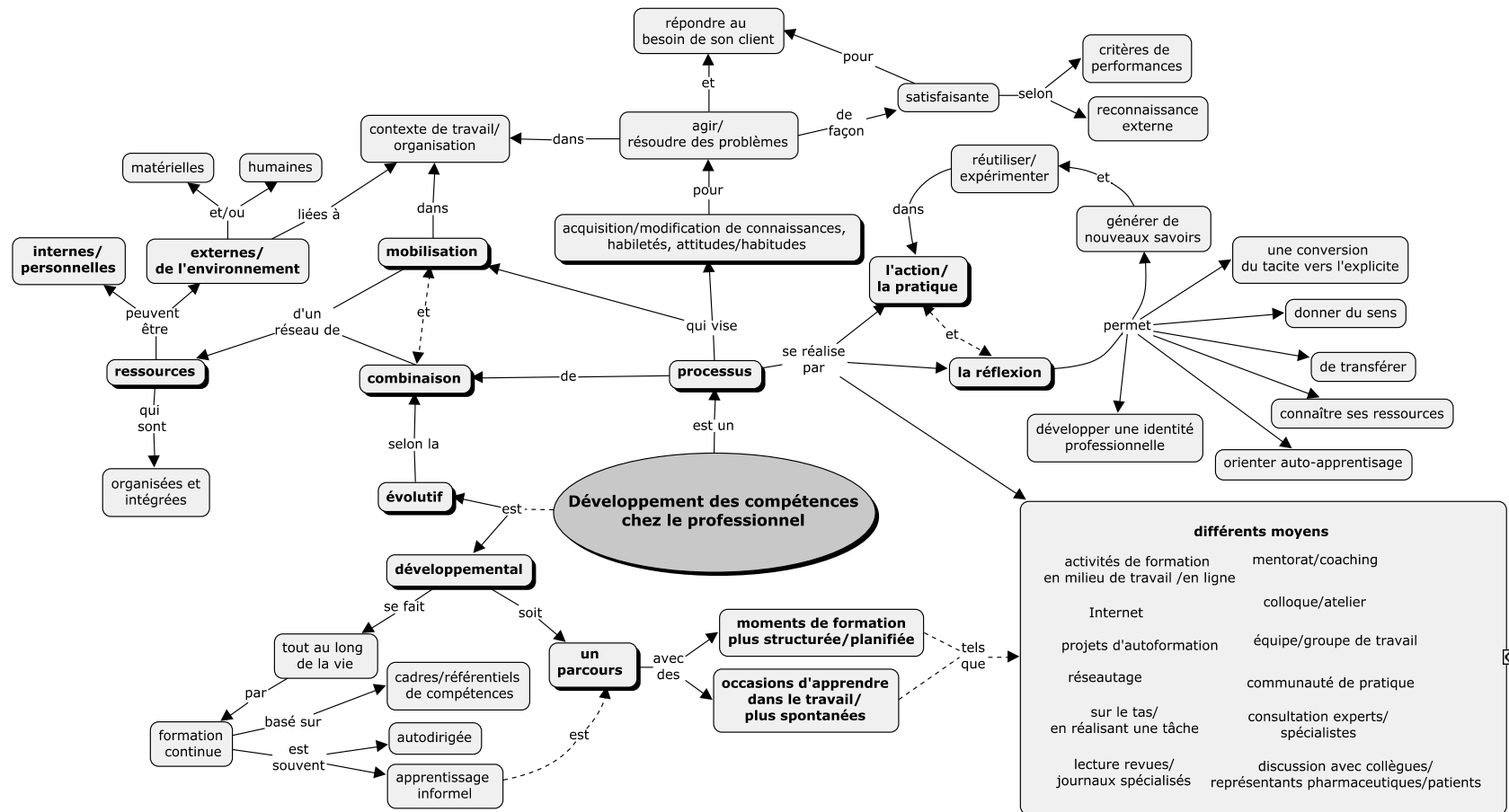
Carte synthèse

Que ce soit pour faire face aux transformations des activités du milieu de la santé, aux nouvelles demandes de travail en collaboration interprofessionnelle ou aux défis liés à l'exercice de leur pratique auprès de certaines clientèles, les professionnels cherchent constamment à développer de nouvelles compétences (Hunter, 2009; Muller & Carré, 2010). Après une formation initiale qualifiante, les intervenants en santé s'inscrivent dans un processus d'apprentissage tout au long de leur parcours professionnel afin d'acquérir, de combiner et de mobiliser différentes ressources pour agir et résoudre des problèmes en situation de travail. Comme l'illustre la carte synthèse à la page 78, ces ressources peuvent être internes/personnelles (connaissances, habiletés, motivation, capacité d'apprentissage, etc.) ou externes, telles des ressources matérielles (revues, base de données, logiciel, etc.) ou humaines (collègues, experts, patients, etc.), disponibles dans l'environnement de travail. La réflexion et la capacité de prendre du recul par rapport à une situation, ainsi que par rapport à ses pratiques et aux ressources disponibles et/ou mises en œuvre, sont des éléments cruciaux dans le développement des compétences chez des professionnels comme les infirmières, les infirmiers et les médecins, hommes et femmes. Elles permettent non seulement la création de nouveaux savoirs, mais orientent aussi les activités de développement professionnel.

C'est donc avec l'idée d'un parcours de développement des compétences en cours de pratique que nous avons revisité notre carte synthèse de l'apprentissage informel. La perspective du développement professionnel attribue de la valeur aux apprentissages spontanés

et occasionnels, «qu'ils émergent ou non de situations structurées» (Donnay & Charlier, 2008, p.19). L'apprentissage informel est de plus en plus mis en valeur dans les milieux de santé, alors que la formation professionnelle continue n'est plus perçue comme l'unique façon de contribuer aux changements dans les pratiques (Muller, 2016). Les activités de formation sont des «moments privilégiés de structuration des apprentissages» en lien avec le travail (Donnay & Charlier, 2008, p.19), tout comme les activités du travail, «dans des rapports complexes entre action et réflexion» (Durand, 2012, p.74), permettent le développement de compétences nécessaires à la pratique professionnelle. En fait, les deux formes sont vues comme complémentaires (Burns, Schaefer, & Hayden, 2005; Choi & Jacobs, 2011; Svensson, Ellström, & Aberg, 2004). Telle l'image de parcours de navigation professionnelle (Le Boterf, 2010), les itinéraires, les escales et les partenaires de voyage échappent bien souvent à la planification.

Carte conceptuelle 4. Développement des compétences chez le professionnel



3 Objectif et questions de recherche

Dans le contexte où bon nombre d'adultes ne sont pas en mesure de traiter l'information¹⁷ en lien avec leur santé de façon optimale et autonome, et où un partenariat dans les soins est mis en place, les professionnels de la santé sont appelés à développer de nouvelles compétences en matière de littératie. Ces compétences ont été définies comme «les savoirs, savoir-faire et attitudes dont les professionnels de la santé ont besoin pour mener une action efficace au regard de l'information et des services à donner à une clientèle de faible niveau de littératie¹⁸» (Coleman et al., 2013, p.83). Dans une approche collaborative de soins, les professionnels doivent être en mesure d'offrir toute l'information nécessaire de manière accessible afin que la personne puisse la comprendre et participer aux décisions en lien avec sa santé (Coleman et al., 2011; Légaré, 2009; RUIS, 2014; Thoër, 2013). Mais au-delà de la responsabilité d'informer, le partenariat de soins s'appuie sur «une relation d'apprentissage» au sein de laquelle la personne développe une compréhension de sa maladie et de son traitement, et cela, afin d'être autonome et active dans ses démarches de santé (Pomey, Flora, Karazivan, et al., 2015, p.S43; RUIS, 2014).

Dans un récent avis, le Conseil supérieur de l'éducation (2013) a émis des recommandations en vue d'actions liées à la littératie. Dans cet avis, au lieu d'aborder la littératie par le déficit de compétences, on a privilégié l'angle des interventions visant à soutenir les pratiques des adultes «faibles lecteurs» afin de mobiliser leurs compétences et ainsi contribuer au renforcement de celles-ci (CSÉ, 2013, p.4). Pour ce faire, le Conseil s'appuie sur les travaux de Bélisle (2007) et invite à s'intéresser au rapport à l'écrit de ces adultes ainsi qu'aux pratiques qu'ils mettent en œuvre dans leur quotidien :

Les adultes ayant de faibles compétences en littératie ont généralement des pratiques de l'écrit qualifiées d'ordinaires, c'est-à-dire qui relèvent de leur vie quotidienne (loisir, vie familiale, travail), qui diffèrent selon qu'elles s'inscrivent dans la vie publique ou privée, qui sont souvent

¹⁷ D'un point de vue sémantique, rappelons les distinctions suivantes : 1) *l'information* s'entend de faits objectivés susceptibles de nourrir le corpus de connaissances d'une personne; 2) *la connaissance*, qui ne peut être transmise, réfère à une représentation de la réalité telle que construite par une personne; 3) *le savoir* se veut pour sa part une combinaison de connaissances structurées acquises par une personne et socialement partagées et validées (Carré & Charbonnier, 2003, p.32-33; Lauzon et al., 2013, p.22).

¹⁸ Traduction libre.

liées à l'action (préparation de listes pour les courses, préparation des repas, prise de rendez-vous, etc.) et auxquelles ils peuvent participer (Bélisle, 2007, p. 20).

Puisque les adultes de faible niveau de littératie ont des pratiques associées à l'écrit «en dehors de l'éducation formelle», on peut envisager de soutenir ces pratiques (Bélisle, 2007, p.2) afin d'enrichir les compétences en littératie qu'ils possèdent déjà et les aider à combler leurs lacunes dans ce domaine (CSÉ, 2013). Une recommandation du Conseil supérieur de l'éducation va donc en ce sens et souligne le rôle que les intervenantes et intervenants en santé ont à l'égard de la littératie :

Considérant que les intervenantes et les intervenants des réseaux qui offrent des services de première ligne peuvent agir pour susciter la demande de formation des adultes concernés et les amener ainsi à combler leur déficit de compétences;

Considérant que ces intervenantes et ces intervenants doivent aussi s'assurer que les adultes ayant un faible niveau d'alphabétisme comprennent l'information dont ils ont besoin; [...]

Le Conseil recommande à la ministre de l'Éducation, du Loisir et du Sport, notamment en collaboration avec la ministre de l'Emploi et de la Solidarité sociale et le ministre de la Santé et des Services sociaux, de tenir sur une base périodique des activités de perfectionnement à l'intention des intervenantes et des intervenants des réseaux de l'emploi ainsi que de la santé et des services sociaux et portant sur le faible alphabétisme d'une partie de la population adulte, afin qu'ils tiennent mieux compte des besoins particuliers de cette population (CSE, 2013, p.140).

La formation continue au regard de la littératie du personnel œuvrant dans le milieu de la santé devient ainsi une priorité d'action, comme le soulignent également plusieurs autres organisations gouvernementales et internationales (U.S. Department of Health and Human Services, 2010; WHO, 2013). Et cette recommandation de mettre davantage d'efforts sur un développement professionnel en la matière s'adresse à tous les intervenants et intervenantes œuvrant dans les milieux de santé, peu importe leur champ de pratique (IOM, 2004).

Depuis quelques années déjà, la littératie est intégrée dans les curriculums des établissements responsables de la formation initiale du personnel en santé. Toutefois, le développement de telles compétences reposerait souvent sur la formation continue et les pratiques d'apprentissage informel en cours d'emploi (Barrett et al., 2008). Et si, de façon générale, l'apprentissage réalisé en milieu formel a été beaucoup étudié, l'apprentissage réalisé en dehors des institutions de formation l'a été relativement moins (Barrette, 2008; Livingstone, 2001), ce qui est d'autant plus le cas dans le «jeune» champ des recherches en littératie en santé (Coleman et al., 2013; Coleman, Nguyen, Garvin, Sou, & Carney, 2016; Pleasant, 2011; Sheridan et al., 2011). Aussi, alors que le développement professionnel en cours d'emploi ouvre vers un apprentissage qui se construit sous forme de parcours, où les

frontières entre le formel et l’informel sont floues, plusieurs questions subsistent quant à la compréhension des dimensions de cet apprentissage ainsi qu’à la façon de le favoriser au sein des organisations (Coleman et al., 2016).

Dans le cadre de la présente recherche, la perspective de développement professionnel retenue «met davantage l’accent sur les processus d’apprentissage d’une personne, que sur les dispositifs, les méthodes et les stratégies», alors qu’elle «reconnaît de la valeur aux apprentissages occasionnels issus ou non de situations structurées» (Donnay & Charlier, 2008, p.19). Le développement professionnel se fait par le biais d’expériences spontanées en cours de pratique, de même que par des expériences plus conscientes et planifiées (Brodeur et al., 2005; Day, 1999), dans une démarche d’apprentissage combinant le formel et l’informel à différents degrés. En ce sens, l’objectif poursuivi par la présente recherche est le suivant :

Comprendre comment des intervenantes et intervenants développent, en cours de pratique, leurs compétences en vue de soutenir la participation d’une clientèle de faible niveau de littératie à ses soins de santé.

De ce fait, nous nous intéresserons aux parcours de professionnels, femmes et hommes, au regard de la littératie en santé. Puisqu’il est impossible de couvrir tous les aspects d’un tel objectif, nous avons formulé certaines questions de recherche dans le but de poser les limites de ce qui sera étudié. Ainsi, nous souhaitons apporter certains éléments de réponse aux questions suivantes :

- *Comment décrire la compétence de professionnels en matière de littératie en santé ? Peut-on identifier de «bonnes pratiques»?*
- *Comment se fait le développement de cette compétence en cours d’emploi?*
- *Comment représenter le développement de cette compétence en milieu de travail et, plus particulièrement, l’articulation des dimensions formelles et informelles de cet apprentissage?*

Pour réaliser ces objectifs, nous envisageons de procéder à des entretiens auprès d’infirmières et d’infirmiers, ainsi qu’auprès de médecins, femmes et hommes, car ces professionnels jouent un rôle de premier plan dans l’accompagnement du patient dans sa démarche en santé. D’autres personnes, qui sont en rapport direct avec des personnes de faibles niveaux de littératie et intervenant en lien avec la santé, seront également rencontrées. La présente étude

ne vise pas une comparaison entre ces groupes de professionnels, mais cherche à comprendre le développement des compétences liées à une pratique adaptée aux besoins d'une clientèle à risque de présenter des difficultés à traiter l'information écrite, et ce, peu importe le champ d'intervention.

L'analyse des données recueillies, dans une approche de nature qualitative et interprétative, se fera dans le but de construire un modèle de l'apprentissage professionnel au regard de la littératie en santé en contexte de travail. Alors qu'en recherche qualitative «les objets d'étude sont souvent dynamiques et complexes», la modélisation s'avère une méthode particulièrement utile pour «rendre intelligible» un phénomène qui le serait difficilement à travers des réalités multiples (Colerette, 2009, p.145). Ainsi, en nous basant sur l'expérience d'intervenants, nous souhaitons enrichir les connaissances en ce qui a trait aux pratiques à cibler afin de soutenir les adultes de faible niveau de littératie dans leur démarche en santé, mais aussi contribuer à identifier et réunir les conditions permettant d'en favoriser le développement. Car comme le rappelle Le Boterf (2010, p.139), ce sont «les premiers récits de navigateurs qui sont à la base des cartographies».

4 Méthodologie de la recherche

Au cours de ce chapitre, nous précisons l'approche méthodologique choisie en fonction des objectifs de la recherche et présenterons du même coup les éléments retenus de la recension des écrits en vue d'orienter la démarche. La population à l'étude, les techniques et instruments de collecte de données ainsi que la façon de traiter les données seront aussi plus amplement explicités.

4.1 Éléments retenus du cadre théorique

À la suite de la revue de la littérature, certains éléments ont été jugés plus pertinents afin de guider la façon de traiter les questions qui motivent ce travail. D'abord, l'apprentissage informel se décrit comme un concept large, qui renvoie à de multiples réalités, alors que ses balises peuvent être l'objet de différentes interprétations. De plus, les écrits tendent à souligner la contreproductivité, voir la «stérilité», des oppositions entre formel et informel, de même qu'entre formation et développement des compétences, pour aborder et comprendre les liens entre l'apprentissage et le travail. De fait, il y aurait davantage à gagner à développer des cadres «ouverts» permettant d'envisager des parcours qui s'articulent selon la personne qui construit ses savoirs et les environnements au sein desquels cette même personne «se construit». En ce sens, il n'y aurait pas d'intérêt à se centrer sur une modalité ou un contexte pour apprendre au regard de la littérature, alors qu'il y aurait plus à découvrir en s'ouvrant à des possibilités de modalités et de contextes.

Le cadre de l'apprentissage professionnel informel serait ainsi inclusif et, pour cette raison, a été choisi pour aborder les questions de recherche, et ce, bien que le développement des compétences au cours de la vie professionnelle du personnel en santé soit souvent associé à un parcours d'autoformation. L'entrée par le modèle de l'autoformation invite à mettre l'accent sur la dimension de la personne, son auto-direction et son auto-régulation dans l'apprentissage, alors que le modèle de l'apprentissage informel oriente davantage sur le «contexte» de l'apprentissage. Cet angle permet d'approfondir l'articulation du formel et de l'informel dans ce processus d'acquisition de savoirs et de développement de compétences qui prend forme dans l'environnement du travail. Nous retenons cependant le concept de

l'«autodirection» ou d'«agentivité» comme un élément central dans l'apprentissage professionnel informel.

Cadre d'analyse proposé

Pour Carré et Charbonnier (2003, p.32), l'apprentissage est qualifié de *professionnel* lorsqu'il «porte sur des acquisitions qui seront investies immédiatement ou ultérieurement dans l'activité professionnelle», et il devient *informel* lorsqu'il «ne procède pas d'une programmation à visée pédagogique» conçue par une tierce personne:

L'apprentissage professionnel informel est un processus qui renvoie à l'acquisition et/ou à une modification durable de connaissances, d'habiletés ou d'habitudes susceptibles d'être investies dans l'activité professionnelle, produite en dehors des périodes explicitement consacrées aux actions de formation instituées par l'organisation ou par un agent éducatif formel. (Carré & Charbonnier, 2003, p.33)

Si nous retenons les termes d'*apprentissage professionnel informel* de Carré et Charbonnier, nous en proposons une définition permettant d'ouvrir vers une hybridation des formes d'apprentissage. Ainsi, dans le cadre de ce travail, l'***apprentissage professionnel informel*** sera vu comme :

L'apprentissage d'une personne adulte, capable d'autodirection, qui construit ses savoirs par le biais d'une articulation entre l'expérience et la réflexion et qui se construit et se transforme au moyen des interactions sociales qu'elle recherche et entretient au sein de son environnement;

Professionnel, dans le sens d'un développement de compétences orientées vers une action adéquate auprès de la clientèle, en fonction de ses besoins, ici un soutien dans la compréhension de l'information sur la santé, et du projet poursuivi, ici un partenariat dans et au regard des soins;

Informel, qui renvoie non pas à une opposition au formel mais plutôt à une absence de forme attendue ou prescrite, l'apprentissage prenant celle que le professionnel veut bien lui donner, en fonction de ses besoins, de ceux de sa clientèle, mais aussi des occasions qui se présentent à lui dans le contexte de sa pratique.

Il est à noter que, dans le cadre du présent travail, le terme «professionnel» est employé dans un sens large et inclusif. Il est à propos de rappeler qu'un professionnel peut être défini comme une personne spécialisée dans un secteur d'activité et/ou exerçant une fonction

reconnue au sein d'une organisation. De ce fait, nous utilisons le terme «professionnel» de façon inclusive pour désigner toutes les personnes qui interviennent dans une relation de services, que ce soit dans le domaine médical ou des services sociaux. D'ailleurs, le terme *intervenant* sera aussi employé pour désigner ces mêmes personnes.

Selon Bourgeois et Durand (2012b, p.13), lorsqu'on s'intéresse à l'apprentissage dans le cadre du travail, trois niveaux d'analyse sont possibles, soit 1) l'individu, 2) le groupe ou l'équipe de travail, composé d'individus rassemblés dans une même activité et orientés vers des buts communs, et 3) l'organisation, où des individus et des groupes sont en interaction et qui est elle-même insérée au sein d'un contexte socio-politique et culturel donné. Les questions formulées dans le cadre de cette étude invitent à se centrer principalement sur l'individu, et de ce fait, l'analyse ne portera pas sur les équipes de travail ni les contextes organisationnels. Bien entendu, puisque nous cherchons à comprendre comment les professionnels, femmes et hommes, développent leurs compétences au regard de la littératie, les équipes de travail et les pratiques organisationnelles seront nécessairement abordées par le biais des ressources sur lesquelles elles et ils s'appuient pour apprendre. Enfin, précisons que si l'apprentissage peut être vu à la fois en tant que processus et résultat, notre regard portera ici sur le parcours de développement, et en ce sens, la discussion ne sera pas orientée vers l'analyse de la «performance» de la pratique professionnelle.

Développement des compétences au regard de la littératie

Apprendre à soutenir et à favoriser la participation de patients de faible niveau de littératie à leurs soins s'inscrit dans une démarche de développement professionnel continu. Selon les termes de Jorro et Wittorski (2013, p.15), le développement professionnel réfère à l'apprentissage et «relève du sujet agissant quand il met en œuvre une *activité contribuant au développement d'une expérience "en actes"* qui est le support de transformations pour lui-même». Dans le cadre de cette recherche, nous allons situer le développement professionnel continu en cours d'emploi, c'est-à-dire après la formation initiale et qualifiante.

Du point de vue des professionnels, les compétences en littératie devraient permettre d'évaluer les besoins et les habiletés en matière de littératie chez les patients¹⁹, de mettre en œuvre des stratégies de communication appropriées, de planifier la façon de livrer l'information et de mettre en place les conditions favorables à un partenariat de soins. Si l'on reprend les éléments du tableau 1 de la page 21 résumant les «bonnes pratiques» et la carte synthèse sur la littératie en santé à la page 27 du présent document, le développement de la compétence du professionnel au regard de la littératie en santé se fait à trois niveaux :

Au niveau des savoirs, soit «ce que je sais» sur :

- la littératie et les habiletés nécessaires pour utiliser l'information écrite, sur les niveaux de compétences dans la population et les indicateurs ou «drapeaux rouges» souvent révélateurs d'un faible niveau de littératie chez une personne;
- l'impact d'un faible niveau de littératie sur la santé, la relation/communication patient-professionnel et l'autogestion de sa condition;
- l'impact d'un faible niveau de littératie sur le parcours d'une personne dans le système de santé, mais aussi sur sa façon de chercher et d'utiliser l'information;
- les techniques de communication adaptées à un faible niveau de littératie;
- moi-même, mes ressources et mes façons d'agir et de réagir au regard de la littératie;
- sur la manière de chercher de l'information, du soutien, de développer de nouveaux savoirs.

Au niveau des savoir-faire, soit «ce que je fais» pour :

- évaluer les habiletés du patient à trouver, comprendre et utiliser l'information sur sa santé;
- adapter ma communication, tant à l'oral qu'à l'écrit;
- ajuster mes interventions en lien avec la littératie face aux difficultés rencontrées;
- impliquer le patient dans les décisions/démarches relatives à ses soins;
- remplir mon rôle dans la relation de soins;
- articuler mes savoirs théoriques et expérientiels au regard de la littératie;
- apprendre et me développer;
- m'outiller et trouver des ressources pour intervenir efficacement;
- établir des relations de collaboration dans mon environnement de travail.

¹⁹ Dans le but de faciliter la compréhension du texte, nous avons choisi d'utiliser le terme «patient», privilégié dans le secteur des soins de santé (Thirlet, 2011), pour référer à toute personne qui reçoit les services d'un professionnel ou d'un intervenant en lien avec sa santé physique ou mentale. Nous sommes conscients toutefois que cette terminologie ne s'applique pas à tous les intervenants que nous avons rencontrés. Le terme «patient» était cependant celui employé par la grande majorité d'entre eux.

Au niveau des savoir-être, soit «ce que je suis»/«ce que je pense et vis» par rapport :

- à mes forces et mes qualités personnelles en lien avec une pratique efficace auprès de la clientèle
- à mes valeurs et à mes représentations de la littératie et du partenariat de soins;
- à ma perception et ma compréhension de la clientèle;
- à l'importance que j'accorde à la littératie dans ma pratique;
- à mon sentiment de pouvoir et d'efficacité personnelle;
- à mes réflexions et à l'utilisation des situations problèmes pour modifier ma pratique;
- à la vision de mon «rôle» et de mes responsabilités, ainsi que celles du patient;
- aux rapports avec mes pairs et mes collègues au sein de l'équipe de travail ou de l'organisation;
- à l'auto-évaluation de mes interventions en lien avec la littératie;
- à mon degré de satisfaction personnelle et professionnelle.

Adapté et inspiré de Deccache (2003, p.6)

Les composantes de ces trois dimensions sont bien entendu appelées à se redéfinir au fil du développement de la compétence, qui ne se résume pas à une addition de ces savoirs, savoir-faire et savoir-être. C'est plutôt dans une combinaison et une construction de savoirs toujours renouvelées que le processus prend forme, appelant ainsi à se comprendre dans un modèle dynamique. Aussi, en nous basant sur les travaux de Le Boterf (2009, p.226-232; 2010, p.99-105), nous en proposons un afin d'aborder le développement professionnel au regard de la littératie en santé. Ce modèle se compose de trois dimensions :

1) Les ressources, soit celles utilisées pour se développer et pour agir. Elles se situent sur deux plans, soit les ressources personnelles et les ressources de l'environnement (voir figure 8) :

- **les ressources personnelles** sont multiples et de divers ordres : connaissances, savoir-faire, capacités cognitives, ressources émotionnelles, compétences comportementales, savoirs expérientiels, aptitudes, qualités personnelles, etc.;
- **les ressources de l'environnement** sont celles que la ou le professionnel ne possède pas lui-même, mais qui sont disponibles dans son environnement :
 - elles peuvent être humaines, on pense par exemple à des collègues, des équipes de travail/des communautés de pratique, des patients;
 - elles peuvent être matérielles, on pense par exemple à des revues spécialisées, des bases de données, des manuels de référence, Internet;

- elles peuvent aussi être des activités de formation qui permettent d'aller chercher de l'information et d'acquérir de nouveaux savoirs ou de nouvelles habiletés.

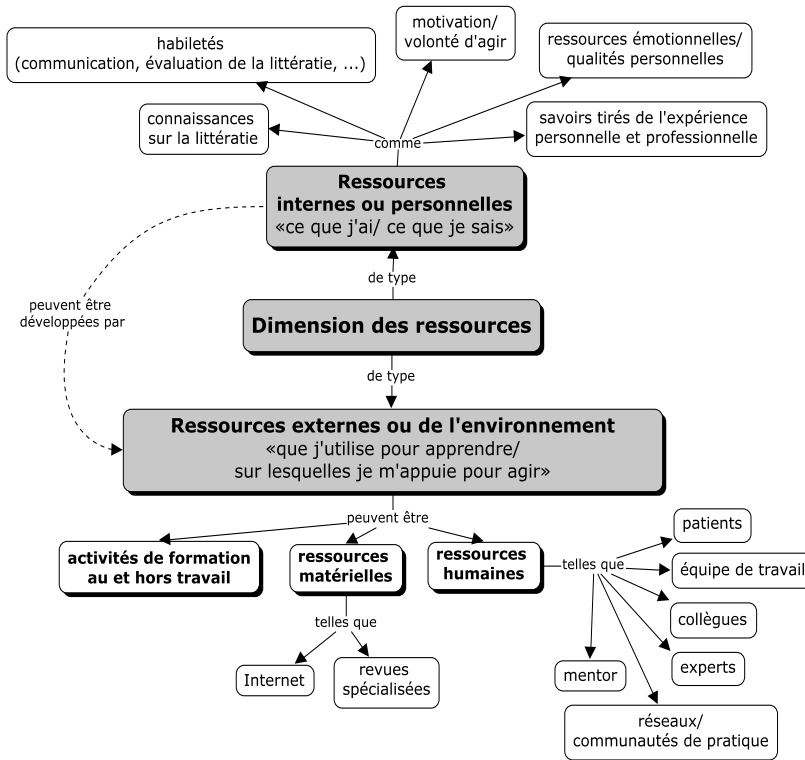


Figure 8. Dimension des ressources

2) L'action et les résultats qu'elle produit, c'est-à-dire les pratiques professionnelles mises en œuvre et leurs performances (voir figure 9) :

- cette dimension concerne ce qui est fait au regard de la littératie en santé. Ces actions sont liées à l'environnement de travail (climat de travail, initiatives organisationnelles à l'égard de la littératie en santé, opportunités de formation, occasions d'échange et de partage sur les pratiques, etc.), à l'organisation de la tâche (équipe de travail, temps alloué pour les rencontres avec le patient, etc.) et au type de clientèle auprès de laquelle le professionnel intervient;
- cette dimension concerne aussi les effets de ces actions, c'est-à-dire la performance (évaluation de la pratique et des résultats).

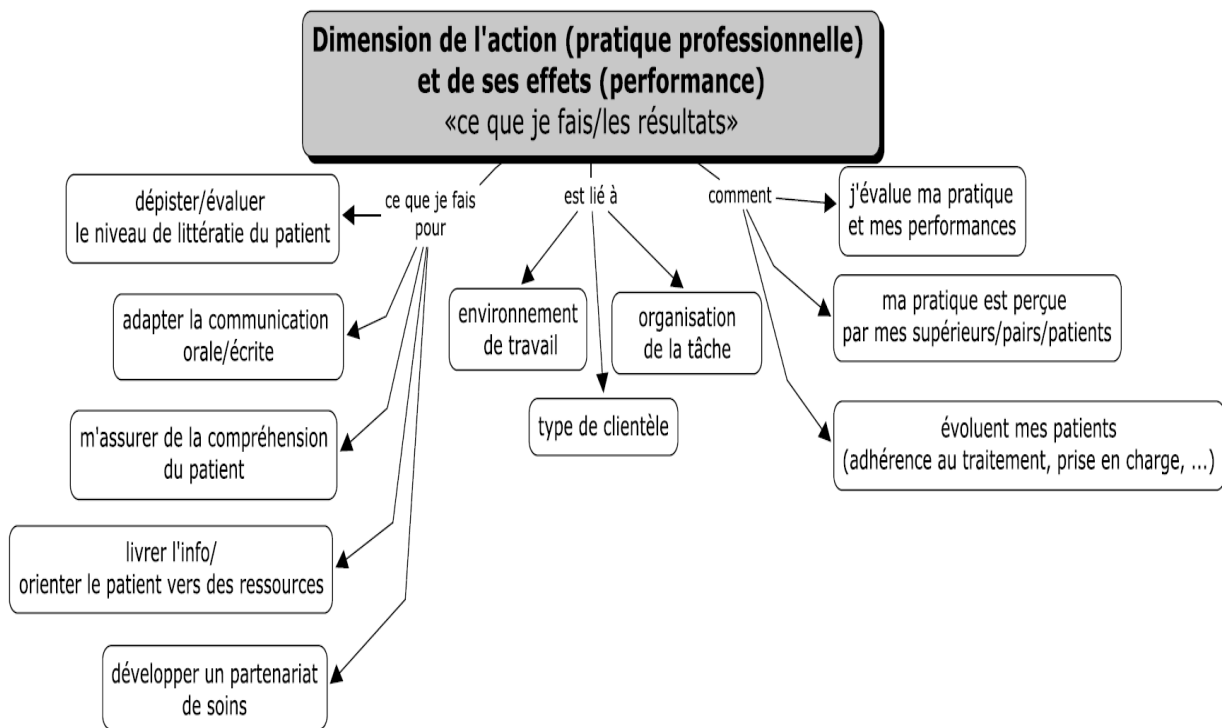


Figure 9. Dimension de la pratique professionnelle et de ses effets

- 3) **La réflexivité**, soit la prise de recul par rapport aux deux autres dimensions. La réflexion permet au professionnel de développer une compréhension des situations dans lesquelles il intervient, de comprendre pourquoi et comment il agit et d'orienter sa démarche d'autoformation. Elle lui permet aussi de prendre conscience de ses propres ressources et de celles dont il dispose dans son environnement (voir figure 10).

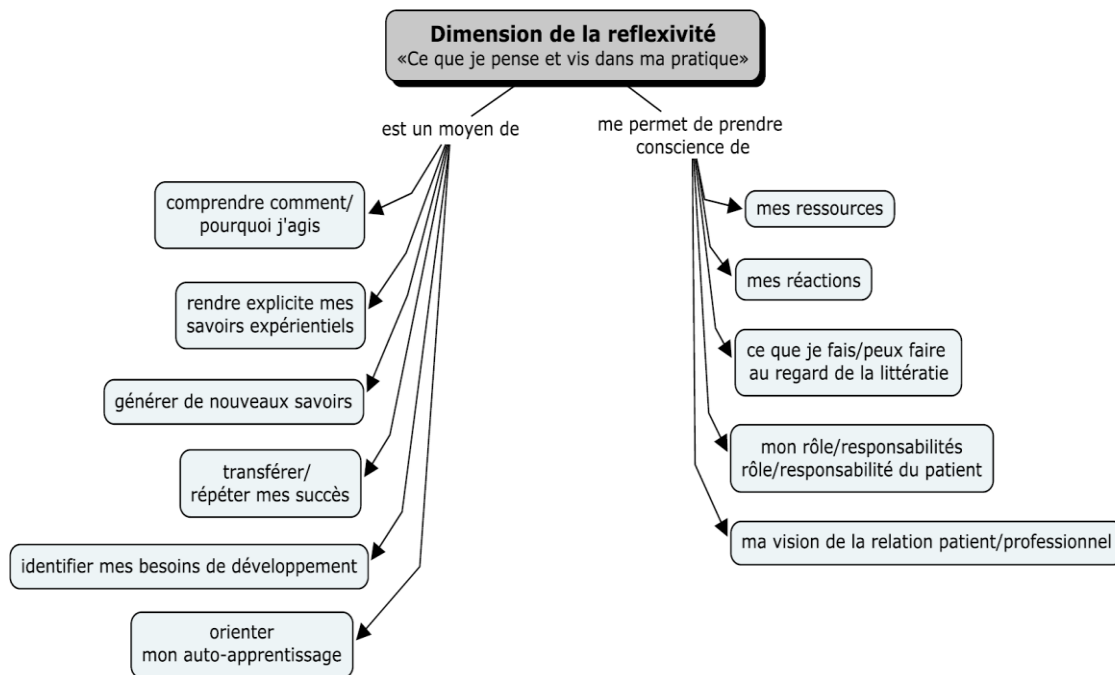
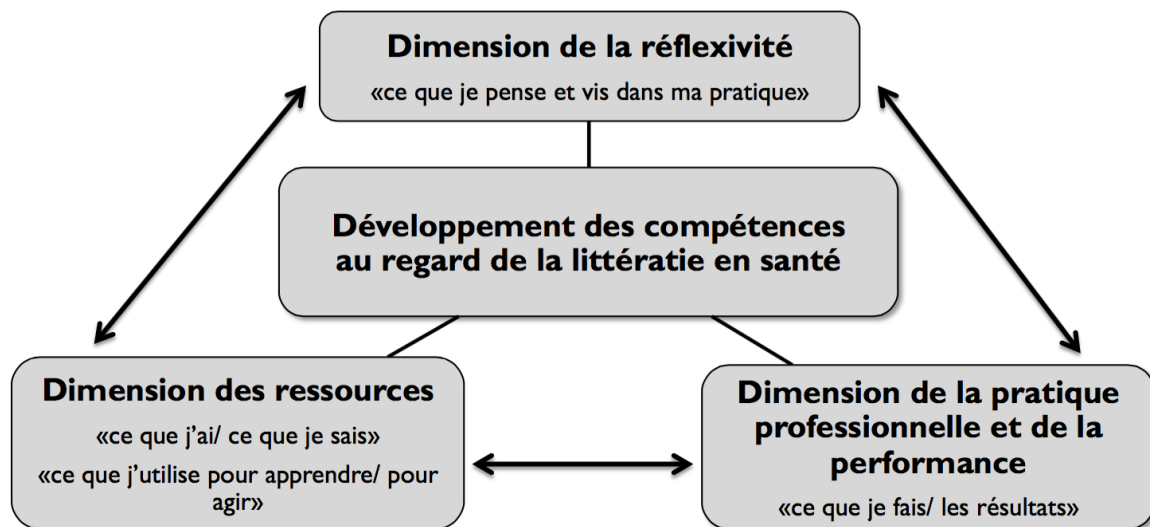


Figure 10. Dimension de la réflexivité

La compétence du professionnel au regard de la littérature en santé se construit et s'actualise dans l'interaction de ces trois dimensions. Celles-ci s'articulent dans un modèle de développement des compétences professionnelles qui se veut dynamique et interactionnel (voir figure 11), où il y a réflexion sur l'action mais aussi une prise de recul par rapport à ses propres ressources et à celles disponibles dans son environnement. Si certaines de ces ressources seront utilisées avant l'action, pour développer de nouveaux savoirs, d'autres seront utilisées pour agir.

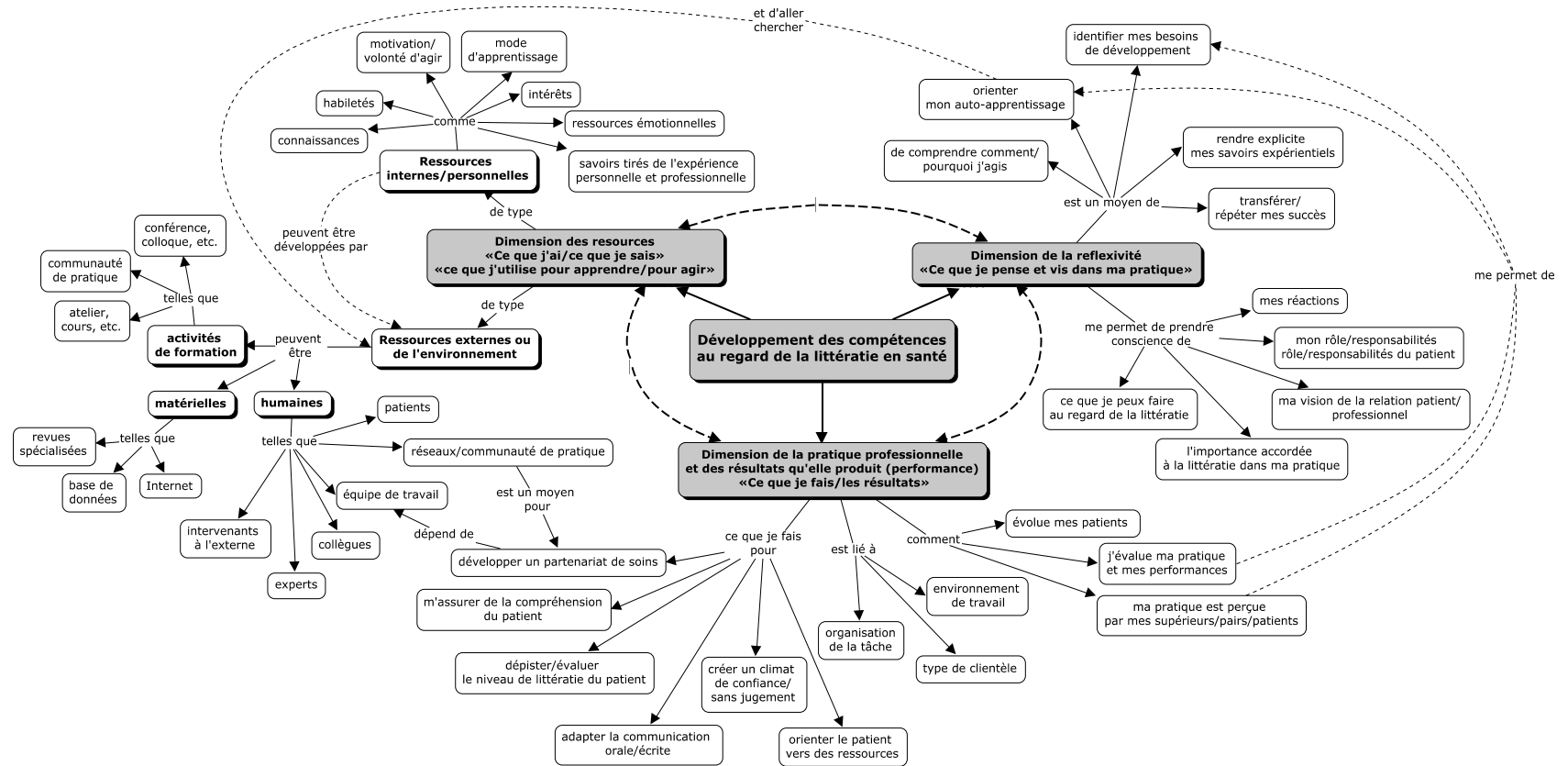


Modèle adapté de Le Boterf (2009)

Figure 11. Modèle de développement des compétences au regard de la littératie en santé

La carte synthèse de la page suivante, reprend les différents éléments pour chacune des dimensions et constitue le cadre conceptuel de la recherche. Le poids de chacune de ces dimensions va varier selon les situations ainsi que selon les professionnels de la santé. C'est à partir de ce modèle de base que nous allons travailler tout au long de la démarche de recherche.

Carte conceptuelle 5. Cadre conceptuel de la recherche



4.2 Orientation méthodologique

La nature de notre questionnement oriente vers le choix d'une méthodologie qualitative. Comprendre la façon dont se développent les compétences des professionnels se prête à un travail de terrain afin de découvrir ce que ces personnes font et pensent. En ce sens, notre étude s'inscrit dans un paradigme plutôt compréhensif, dit aussi interprétatif, où il ne s'agit pas de généraliser un savoir mais bien de fournir des hypothèses de travail et des applications pratiques à partir des résultats obtenus (Paillé, 2009a, 2009b; Savoie-Zajc, 2004). Dans le cas présent, le but de la démarche n'est pas de généraliser des pratiques, mais bien d'en comprendre le développement en matière de littératie dans un contexte de santé, et ainsi fournir des pistes permettant de le soutenir et le favoriser. La recherche qualitative/interprétative s'avère donc davantage appropriée pour comprendre le parcours des intervenantes et intervenants qui seront rencontrés, de même que le sens qu'ils donnent à leur expérience (Anadón, 2006). Pour Paillé (2009b, p. 182), c'est une option scientifique qui permet «d'être près des gens, des milieux, des expériences et des problèmes», et même, dans un certain sens, de travailler en collaboration avec les acteurs du terrain.

Il existe plusieurs façons d'aborder la recherche qualitative et nous avons retenu ici celle de la théorisation ancrée ou enracinée. Cette méthode, basée sur la théorie de Glaser et Strauss (1967, 2009), puis développée aussi par d'autres chercheurs dont Strauss et Corbin (1990), Paillé (1994) et Paillé et Mucchielli (2012), vise à enraciner les concepts dans les données amassées sur le terrain afin de laisser «émerger» de ces données une théorie (Strauss & Corbin, 2004, p.30). C'est un processus qui s'inscrit dans une démarche d'explicitation à partir de témoignages, d'expériences ou de pratiques (Mukamurera, Lacourse, & Couturier, 2006; Paillé & Mucchielli, 2012). En misant sur le fait que «le comportement humain est influencé de façon significative par le milieu dans lequel il se manifeste» (Boutin, 2008, p.12), ce type de recherche propose une interprétation d'un phénomène bien enraciné dans un contexte donné (Karsenti & Savoie-Zajc, 2004; Miles & Huberman, 2003; Paillé & Mucchielli, 2006). En raison du fait qu'elles sont issues des données, les théories enracinées sont ainsi susceptibles de se rapprocher de la réalité et de fournir des pistes pour l'action (Strauss & Corbin, 2004), ce qui correspond aux objectifs de recherche que nous nous sommes fixés.

4.3 Critères de participation

Pour répondre à nos questions de recherche, des entretiens semi-structurés seront réalisés avec des professionnels, hommes et femmes, qui interviennent dans un contexte de santé. Nous nous sommes ainsi engagés à rencontrer des personnes exerçant dans le champ de la médecine et des soins infirmiers, ces dernières ayant un rôle de premier plan dans l'accompagnement du patient dans sa démarche en santé. Il était aussi entendu que d'autres intervenants, tels que des travailleurs sociaux, des nutritionnistes ou des psychologues, seraient rencontrés. Cette étude ne vise pas une comparaison entre ces groupes de professionnels, mais cherche plutôt à comprendre le développement des compétences liées aux interventions en littératie en santé chez les professionnels et intervenants en général.

Pour cette recherche, de nature qualitative et interprétative, un échantillon de 20 professionnels a été ciblé (voir tableau 5). Pour constituer cet échantillon, c'est la pertinence et l'intérêt des cas retenus en lien avec l'objet d'étude qui importait le plus (Pirès, 1997). L'échantillon devait être composé d'un minimum de 5 personnes intervenant dans le champ de la médecine et 5 dans le champ des soins infirmiers, pour être ensuite complété au gré du recrutement jusqu'à l'obtention d'au moins 20 personnes au total.

Le recrutement des participants s'est fait avec l'objectif de rejoindre des professionnels qui se démarquent par la mise en œuvre de «bonnes pratiques» en littératie. Afin d'orienter la démarche, nous avons formulé certains critères de sélection. Tout d'abord, tous les professionnels participants devaient exercer directement auprès de patients, et donc ne pas se consacrer exclusivement à des tâches administratives ou d'enseignement. Ce critère nous semblait essentiel pour s'assurer de rencontrer des personnes qui ont l'occasion de mobiliser leurs savoirs dans l'action. Ensuite, ces intervenantEs devaient travailler auprès d'une clientèle faisant partie d'un des groupes à risque sur le plan de la littératie (se référer aux p. 7-8 du chapitre 1). Le type et la description des tâches, les missions de l'organisation ainsi que la communauté qu'elle dessert ont été des éléments utilisés pour juger de ce critère.

Enfin, les personnes rencontrées devaient se démarquer par la mise en œuvre de bonnes pratiques en matière de littératie (se référer au tableau 1 en p. 21). Ce troisième critère de sélection se voulant beaucoup plus large, nous avons choisi de considérer comme obligatoire à la participation au projet l'une de ces bonnes pratiques, soit celle de travailler dans une

approche orientée vers le partenariat et la participation du patient dans les soins. Ce critère a été évalué sur la base des éléments suivants : 1) une reconnaissance par des pairs professionnels ou par un organisme pour l'excellence de leur travail en lien avec le partenariat de soins ou la littératie en santé; 2) un travail qui se fait au sein d'une équipe ou d'une organisation qui a pour mission la responsabilisation, l'autonomie et la participation dans les soins d'une clientèle à risque; 3) une démarche de développement personnel et professionnel orientée vers des enjeux liés à la participation aux soins, l'autonomie décisionnelle ou la littératie en santé. Idéalement, les participants au projet devaient avoir développé une certaine habileté dans la façon d'adapter l'information ou de la communiquer à une clientèle vulnérable sur le plan de la littératie, que ce soit par le biais d'outils éducatifs adaptés ou de projets visant la vulgarisation de l'information en santé.

Le tableau 5 résume les critères de participation visant à maximiser les chances de rencontrer des professionnels qui ont développé un certain savoir-agir au regard de la littératie en santé. Conséquemment, les critères d'exclusion à ce projet sont les suivants :

- ne pas exercer directement auprès de patients;
- ne pas travailler auprès d'un groupe à risque sur le plan de la littératie;
- ne pas travailler dans une approche orientée vers le partenariat de soins;

Alors que les critères souhaités, mais non obligatoires, sont les suivants :

- mettre en œuvre une pratique qui mise sur le dépistage/l'évaluation de la littératie;
- avoir développé des outils ou des moyens de faciliter l'accès et l'utilisation de l'information en santé auprès de la clientèle cible;
- se démarquer par des activités ou des réalisations orientées vers une meilleure communication auprès de la clientèle cible.

Tableau 5. Recrutement des participantEs et critères de sélection

Nombre total de participants	Nombre de participants par profession	Critères de sélection
20	Médecine Minimum 5	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenir directement auprès de patients • Intervenir auprès d'une clientèle à risque sur le plan de la littératie : <ul style="list-style-type: none"> - 66 ans et plus - DES ou moins - sans emploi ou de profession exigeant peu de qualifications - vivant en milieu socio-économique défavorisé - immigrant de langue maternelle autre que le français ou l'anglais
	Soins infirmiers Minimum 5	
	Autres professions Minimum 5	

4.4 Démarches de recrutement et bilan

Le devis de ce projet a été approuvé par le Comité plurifacultaire d'éthique de la recherche de l'Université de Montréal en octobre 2014 (voir annexe C). Au cours des semaines qui ont suivi, des démarches ont été entamées afin de trouver des personnes se démarquant par leur travail auprès d'un groupe de la population à risque sur le plan de la littératie. Par l'entremise de collègues, nous avons été orientés vers deux milieux d'intervention dans le réseau de la santé où une approche collaborative de soins est mise en œuvre auprès d'une clientèle à risque d'un faible niveau de littératie. Ainsi, des démarches d'approbation éthique ont été entamées dans ces milieux auprès des comités d'établissement chargés d'évaluer les projets de recherche. Nos demandes ont été acceptées et le projet approuvé au courant de l'automne 2014 par les deux établissements, soit un Centre de santé et de services sociaux (CSSS), d'une part, et un Centre hospitalier offrant des soins spécialisés, d'autre part.

Le recrutement auprès du personnel dans ces milieux s'est fait ensuite avec l'appui des responsables aux ressources humaines qui ont fourni en référence les coordonnées de personnes susceptibles de répondre aux critères de participation formulés. Les personnes recommandées ont été contactées directement et de façon personnelle par la chercheuse, et ce, afin d'assurer une participation libre et volontaire de leur part. Une invitation à participer au projet (voir annexe D) leur a été transmise, le plus souvent par courriel, puis un appel téléphonique a été réalisé. Au cours de cet appel, une fiche contact a été complétée (voir l'annexe E) afin de valider les critères de participation, puis le projet a été présenté et expliqué verbalement. Toutes les personnes ainsi contactées (n=8) ont accepté de participer au projet. C'est ensuite par un processus de recrutement dit «boule de neige», où nous demandions à la personne rencontrée si elle avait à nous recommander une personne en lien avec les objectifs de l'étude, que les autres participantEs dans ces milieux ont été trouvés (n=8). Au final, c'est 16 intervenantEs qui ont été recrutés au sein de ces deux établissements et de leurs cliniques affiliées.

En parallèle, nous avons sollicité notre réseau personnel de connaissances, fait des recherches sur Internet, consulté des publications ou revues professionnelles et contacté des organismes en santé communautaire. Nous avons ainsi identifié 21 professionnels se démarquant par un parcours de développement en lien avec la littératie en santé et le partenariat de soins. Ces personnes ont été contactées par courriel et par téléphone afin de solliciter leur participation au projet et valider les critères de participation. C'est finalement 14 intervenantEs qui ont été recrutés de cette façon. La non-participation des 7 autres personnes contactées s'explique par le fait qu'elles n'ont pas donné suite à notre invitation, ou si elles l'ont fait, elles l'ont éventuellement décliné en raison d'un manque de temps.

Dans ces démarches, les critères de sélection établis afin d'orienter le recrutement des participantes et participants en fonction de l'objet de la recherche ont pu dans l'ensemble être respectés. Tout d'abord, toutes les personnes rencontrées ont à intervenir directement auprès de patients, et celles qui ont des responsabilités administratives ou qui sont engagées dans des activités de recherche consacrent toujours une partie de leur temps à un travail auprès de la clientèle. Le deuxième critère, soit celui d'une pratique orientée vers une clientèle à risque sur le plan de la littératie, a également pu être observé. En effet, nous avons été en mesure de

cibler des personnes qui travaillent exclusivement ou en partie auprès d'une clientèle identifiée comme faisant partie d'un groupe de la population à risque de présenter de plus faibles compétences en littératie (se référer aux pages 7-8 du chapitre 1). Souvent, plus d'un groupe à risque étaient représentés au sein de la clientèle des intervenantEs. Toutefois, un groupe en particulier devait représenter la principale ou la grande majorité de leurs patients.

Enfin, le critère de la mise en œuvre d'une bonne pratique a lui aussi été respecté. Les éléments identifiés comme permettant de juger d'une pratique qui se démarque par une approche orientée vers le partenariat de soins se sont avérés utiles. Sur le terrain, ces pratiques ont été associées à des approches participatives ou collaboratives de soins, fondées sur l'autonomie ou la reprise du pouvoir par la personne, ou orientées vers la prise de décisions partagées. Plusieurs des personnes rencontrées avaient développé et mis sur pied des outils éducatifs, d'aide à la décision ou de vulgarisation de l'information adaptés à la clientèle cible. D'autres se démarquaient au niveau d'activités ou de projets orientés vers un accès facilité à l'information, notamment par le biais de la technologie. Dans aucun cas toutefois nous nous sommes appuyés sur le critère de l'évaluation et du dépistage de la littératie dans le cadre de la pratique.

Le devis du projet proposait de rencontrer 20 professionnels du milieu de la santé, avec un minimum de 5 du domaine de la médecine, 5 des soins infirmiers et 5 exerçant dans des champs connexes. Tel que le tableau 6 le montre, le recrutement nous a finalement permis de rencontrer un total de 30 personnes, dont 7 œuvraient dans le champ de la médecine, 9 dans celui des soins infirmiers et 14 dans un champ d'intervention autre. Alors qu'aucune spécification à l'égard du type de profession ne figurait au devis pour cette catégorie, elle se compose de personnes exerçant dans les domaines de la pharmacie, de la nutrition, de l'activité physique, de la psychologie, de la psychoéducation, du travail social et de l'intervention par les pairs.

Dans la catégorie «autres professionnels», un nombre maximal de participants avait été fixé à 7. Toutefois, au fil des rencontres sur le terrain, il est apparu pertinent d'élargir notre échantillon et d'augmenter le nombre d'intervenantEs appartenant à cette catégorie. Dans le contexte où nous ne cherchions pas à brosser le portrait du développement de la compétence au regard de la littératie uniquement chez le personnel médical, recueillir des informations sur

le parcours d'intervenants de différents champs de pratique ne pouvait qu'enrichir le modèle et permettre une meilleure compréhension du phénomène.

Aussi, dans cette catégorie, à la recommandation de professionnels sur le terrain, nous avons inclus 3 personnes qui interviennent à titre de pairs aidants. À la différence du modèle de patient partenaire, qui réfère à tous les patients (Flora, Berkesse, Payot, Dumez, & Karazivan, 2016), celui de pair aidant réfère à des patients agissant à titre d'intervenants dans les organisations. En ce sens, le pair aidant est une personne qui est ou a été un patient et qui, considéré comme un membre du personnel, possède des habiletés, des compétences et des qualités susceptibles d'être mises à profit dans l'accompagnement de la clientèle vers le rétablissement (Gélinas, 2006; Lapointe, 2014; Repper & Carter, 2010). Le pair aidant se distingue des autres intervenants par le fait que, dans le cadre de son travail, il divulgue son vécu avec la maladie (Lagueux, 2014; Lapointe, 2014; Repper & Carter, 2010, 2011).

Les pairs aidants que nous avons rencontrés ont reçu une formation en lien avec leur rôle, travaillent à temps complet au sein d'une équipe interprofessionnelle et sont rémunérés pour ce travail. Deux de ces intervenants œuvrent au sein d'un établissement qui offre des soins et services en santé mentale, et un dans un organisme communautaire qui offre des soins et services en lien avec le traitement des dépendances. Ces personnes interviennent directement auprès de la clientèle dans une relation d'aide et de service, et de ce fait, dans le cadre de cette étude, ils sont considérés comme des professionnels au même titre que les autres participants.

Tableau 6. Nombre de participantEs par secteurs d'activité

Secteurs d'activité	Nb
Soins infirmiers	9
Médecine	7
Nutrition	3
Intervention sociale	3
Intervention par les pairs	3
Pharmacie	2
Psychologie	1
Psychoéducation	1
Éducation physique	1
TOTAL	30

Un portrait des participantes et participants à ce projet suivra dans la prochaine section, alors que nous nous intéresserons au profil socio-démographique de ces personnes, aux caractéristiques de leur environnement de travail ainsi qu'à la clientèle auprès de laquelle ils exercent.

4.5 Portrait des personnes rencontrées

Le projet nous a permis d'interviewer 30 femmes et hommes qui travaillent et accompagnent des personnes dans la prise en charge de leur santé. Tel que présenté dans le tableau 7 plus bas, davantage de femmes que d'hommes ont été rencontrées. En effet, 24 des 30 participants à l'étude sont des femmes et 6 sont des hommes. De plus, ces participants ont dans l'ensemble plusieurs années d'expérience auprès de la clientèle, 23 d'entre eux exerçant leur profession depuis plus de 10 ans. Il n'est cependant pas surprenant de retrouver dans notre échantillon autant de professionnels ayant cumulé plusieurs années d'expérience sur le terrain dans le contexte où ceux-ci étaient sélectionnés en partie en fonction d'une certaine expertise d'intervention auprès de la clientèle.

Du fait que les participants à ce projet sont issus du milieu de la santé, ils sont pour la grande majorité très scolarisés et plusieurs d'entre eux exercent un travail hautement spécialisé. Les 9 femmes et hommes exerçant la médecine ou la pharmacie ont bien sûr le

diplôme de docteur comme formation qualifiante, mais 5 d'entre eux ont en plus une maîtrise ou un doctorat en lien avec la pédagogie médicale ou la santé des populations. Parmi les personnes du champ de la médecine, 4 sont des médecins de famille et 3 sont des médecins spécialistes. Du côté du personnel infirmier, 8 ont un baccalauréat en sciences infirmières alors qu'une personne a le diplôme d'études collégiales comme formation donnant accès à la profession. Soulignons qu'une autre infirmière, qui avait au départ le DEC comme formation qualifiante, est retournée aux études compléter le baccalauréat en sciences infirmières. Aussi, dans ce groupe, 4 ont obtenu des qualifications additionnelles telles qu'un certificat, une maîtrise ou un doctorat en lien avec leur champ de pratique.

Tableau 7. Profil socio-démographique des participantEs

		Nb
Sexe	Femmes (F)	24
	Hommes (H)	6
Sexe par secteurs d'activité	Médecine/pharmacie (n=9)	7 F
		2 H
	Soins infirmiers (n=9)	7 F
		2 H
	Autres professions (n=12)	10 F
		2 H
Années d'expérience	10 ans et moins	7
	Plus de 10 ans	23
Formation- Médecins/pharmaciennes (n=9)	Maîtrise ou doctorat	5
	Spécialisation/surspécialisation en médecine	3
	Doctorat en médecine/pharmacie	9
Formation- Infirmières/infirmiers (n=9)	Maîtrise ou doctorat	2
	Certificat	2
	Baccalauréat en sciences infirmières	8
	DEC en sciences infirmières	1
Formation- Autres professionnels (n=12)	Maîtrise	3
	Baccalauréat	9
	Programme de formation accrédité et/ou formation en milieu de travail	3

Enfin, en ce qui concerne la formation de base des autres professionnels rencontrés, ils ont tous un baccalauréat ou une maîtrise dans leur champ respectif, à l'exception des 3 pairs aidants. Deux des pairs aidants, un homme et une femme, ont un certificat octroyé dans le cadre du programme de *Formation québécoise spécialisée en intervention par les pairs*, une formation de 119 heures reconnue par la Direction de la formation continue de l'Université Laval. Soulignons qu'un de ces intervenants, en plus de son certificat, était déjà titulaire d'un baccalauréat dans un autre domaine avant de faire sa formation en intervention par les pairs. Enfin, le pair aidant qui n'avait pas suivi ce programme avait quant à lui une formation en partie dispensée par son organisation sur l'approche cognitivo-comportementale, ainsi qu'en psychothérapie émotivo-rationnelle. Le tableau 7 ci-dessus reprend les principaux éléments du profil socio-démographique de notre population.

4.5.1 Caractéristiques de l'environnement de travail

Les participants au projet travaillent pour la majorité dans les grandes régions de Québec (n=22) et de Montréal (n=6), alors que 2 seulement pratiquent dans des établissements situés à l'extérieur de ces régions. Dans l'ensemble, le lieu de travail est situé en milieu urbain ou semi-urbain, c'est-à-dire dans une grande ville ou dans les environs. Une seule personne exerce dans un hôpital situé en région rurale²⁰.

En ce qui concerne le type d'organisation, la principale distinction à faire concerne les organismes communautaires versus les grandes institutions du réseau de la santé. Dans notre échantillon, 8 intervenantEs travaillent dans des organismes communautaires. Ces organismes ont en commun le fait de desservir principalement une clientèle défavorisée sur le plan socio-économique, en plus d'avoir un personnel et un budget plus restreint. L'accès à ces milieux est toutefois souvent plus facile pour la clientèle, et les professionnels y travaillant disposent en général de plus de temps avec chaque patient.

²⁰ Nous avons utilisé les termes milieu urbain, semi-urbain et rural en nous basant sur une adaptation libre des définitions généralement acceptées de ces termes. Ainsi, milieu urbain réfère à une grande ville de plus de 150 000 habitants et un milieu rural à une petite ville en zone agricole, souvent de moins de 2 000 habitants. Un milieu semi-urbain se veut une catégorie intermédiaire faisant référence à des villes en périphérie d'une plus grande ville.

Comme le tableau 8 ci-contre le met en évidence, la majorité des participantEs au projet travaillent au sein d'établissements du réseau de la santé. En effet, 22 pratiquent dans des hôpitaux ou des établissements offrant des soins et des services spécialisés. Parmi ces participants, 7 travaillent dans des milieux d'intervention situés à l'extérieur de l'hôpital auquel ils sont rattachés, soit 5 dans une unité de médecine familiale et 2 dans des cliniques spécialisées dans le suivi de patients à l'externe. Ces milieux satellites sont bien entendu régis par les normes et les politiques de l'établissement qui les chapeaute, mais ils ont leur propre organisation du travail.

Tableau 8. Caractéristique du milieu de travail en fonction du nombre de participantEs

		Nb
Lieu de travail	Région de Québec	22
	Région de Montréal	6
	Autres régions	2
Environnement	Milieu urbain	19
	Milieu semi-urbain	10
	Milieu rural	1
Type d'organisation	Établissement du réseau de la santé	22
	Organisme sans but lucratif/communautaire	8
Milieu d'intervention	Hôpital	15
	Clinique spécialisée	2
	Unité de médecine familiale	5
	Organisme communautaire	8

Finalement, cette recherche a permis de recueillir des données dans 13 milieux d'intervention différents, relevant de 11 organisations distinctes puisqu'un des établissements de santé où nous sommes allés chapeaute également 2 cliniques spécialisées. Nous ne procéderons pas ici à la description de chacun de ces milieux, mais des informations supplémentaires telles que le type de services qu'ils offrent et la clientèle desservie figurent dans les fiches portraits des participants présentées en annexe. Ces fiches fournissent des précisions en ce qui concerne la profession, la formation, l'expérience de travail et le type de tâches de chaque participant et participante.

Soulignons finalement que 3 des 13 milieux visités ont permis de rencontrer des professionnels qui collaboraient au sein d'une même équipe de travail. Comme le détaille le tableau 9 ci-dessous, le premier milieu, un organisme communautaire, 5 personnes de champs d'intervention différents travaillant en étroite collaboration (réunions journalières) ont été rencontrées. Dans un deuxième milieu, une unité de médecine familiale, 5 professionnels du champ médical, des soins infirmiers, de la nutrition et de la psychologie ont été interviewés. Ceux-ci œuvraient au sein d'une équipe plus large et avaient des rencontres beaucoup moins fréquentes. Enfin, le troisième milieu, un centre hospitalier, a permis de recueillir des données auprès de 5 intervenants qui se côtoyaient dans le cadre de leur travail au sein d'une clinique spécialisée affiliée à l'hôpital, tout en ayant également d'autres mandats au sein de l'organisation.

Il est à noter que même si tous ces professionnels collaboraient au sein du même environnement de travail, et d'une même équipe, ils ont été rencontrés de façon individuelle. L'entrevue était orientée dans le but de recueillir des informations sur leur parcours de développement personnel et professionnel au regard d'une pratique adaptée aux besoins de la clientèle cible.

Tableau 9. ParticipantEs collaborant au sein d'une même équipe

	Nombre de participants rencontrés par champ de pratique
Milieu 1	1 médecine 1 soins infirmiers 1 psychoéducation 1 intervention sociale 1 intervention par les pairs
Milieu 2	1 médecine 2 soins infirmiers 1 nutrition 1 psychologie
Milieu 3	1 pharmacie 1 soins infirmiers 1 éducation physique 1 nutrition 1 intervention par les pairs

4.5.2 Type de clientèle

Les entrevues se sont déroulées auprès de professionnels qui interviennent surtout auprès d'une clientèle adulte. Parmi les autres, deux personnes du champ médical se spécialisent dans les soins pédiatriques, mais leurs interventions pour faciliter l'accès, la compréhension et l'utilisation de l'information en santé s'adressent en grande partie aux parents de leurs patients. Ces deux professionnels exercent aussi dans des établissements qui reçoivent plusieurs familles immigrantes ou de langue maternelle autre que le français ou l'anglais.

Le tableau 10 ci-dessous offre un portrait de la clientèle principale des participantes et participants à l'étude. Il est possible d'y noter que 11 intervenantEs offrent des soins et des services à des adultes vivant avec une maladie mentale chronique; 7 à des adultes âgés de 65 ans et plus vivant avec une maladie physique chronique; 5 à des adultes inactifs sur le marché du travail et en processus de traitement de dépendances diverses; alors que 7 interviennent auprès d'adultes très peu scolarisés ou auprès de personnes en milieu socioéconomique défavorisé et/ou immigrantes. Ainsi, ce tableau révèle que plus du tiers des patients vivent avec une maladie mentale chronique, ce qui est dû au hasard du recrutement. On sait par ailleurs que les personnes avec un faible niveau d'instruction, sans emploi, vivant en situation de pauvreté ou d'exclusion sociale, font partie des groupes de la population plus à risque de vivre un problème de santé mentale (ACSM, 2015; Baraldi, Joubert, & Bordeleau, 2015; OMS, 2013, 2014). Ces groupes de la population sont également ceux plus à risque de présenter des difficultés à traiter l'information écrite, soit les groupes visés pour le recrutement des participantEs à la présente recherche.

Tableau 10. Type de clientèle en fonction du nombre de participantEs à l'étude

Type de clientèle	Nb
Adultes vivant avec une maladie mentale chronique	11
Personnes âgées de 65 ans et plus vivant avec une maladie physique chronique	7
Adultes sans emploi/inactifs en traitement d'une dépendance (toxico/pharmaco/alcool)	5
Adultes très peu scolarisés et/ou vivant en milieu socioéconomique défavorisé	5
Familles de langue maternelle autre que le français ou l'anglais/ immigrantes	2

Il est aussi important de souligner que plusieurs des organisations desservait un territoire où l'indice de défavorisation est élevé ou très élevé. Lorsque nous avons employé ce critère dans le cadre de la recherche, notamment dans les fiches des participants, nous nous sommes appuyés sur la carte des variations locales de l'indice de défavorisation²¹ fournie par le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. Ces données, basées sur le recensement et l'enquête nationale auprès des ménages (ENM) réalisée par Statistique Canada (2011), constituent un outil à une analyse locale de la clientèle alors que les niveaux de défavorisation ont été revus pour exprimer les écarts observés à l'intérieur des territoires des réseaux locaux de service. Cet élément s'ajoutait ainsi souvent aux autres critères permettant de qualifier la clientèle, notamment celui d'avoir à intervenir auprès d'adultes atteints de maladies chroniques (n=5) ou vivant avec une ou des dépendances (n=5).

Enfin, il est important de mentionner que la façon de nommer la personne recevant les services variait surtout en fonction des organisations et du type de services offerts. En fait, dans les établissements du réseau de la santé, au sein desquels la majorité des entrevues ont été réalisées, le terme «patient» était celui le plus souvent employé, alors qu'il ne l'était pas dans les organismes communautaires visités. Dans un de ces milieux, où l'on offre des ateliers d'alphabétisation en santé, on parlait des «participants», alors que dans un autre, le terme «résident» était utilisé puisque les soins dispensés impliquaient un séjour au sein de l'établissement. Si le terme «client» était aussi parfois privilégié, notamment dans les deux cliniques affiliées visitées, pour un des organismes communautaires accueillant des femmes qui sortent de la prostitution, ce terme était plutôt à proscrire. On y parlait tout simplement des «femmes» qu'on accompagne ou avec lesquelles on travaille.

4.5.3 En résumé

Au final, les participantes et participants au projet de recherche sont en grande majorité des femmes (80% des personnes interviewées) et des personnes qui ont plus de 10 ans d'expérience dans l'exercice de leurs fonctions (77% > 10 ans). Ces personnes qui

²¹ La dite carte peut être consultée à l'adresse suivante : http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/atlas/atlas/index.php?id_carte=1354

interviennent dans un contexte de santé sont très scolarisées, 87% d'entre elles ayant au minimum un baccalauréat et ont presque tous un diplôme de l'enseignement supérieur. Comme la figure 12 qui suit l'illustre, 60% de la population à l'étude est composée de professionnels du champ médical, pharmacologique ou des soins infirmiers, alors que 40% interviennent dans des champs connexes ou dans une relation d'aide et de services en lien avec la santé physique ou mentale.

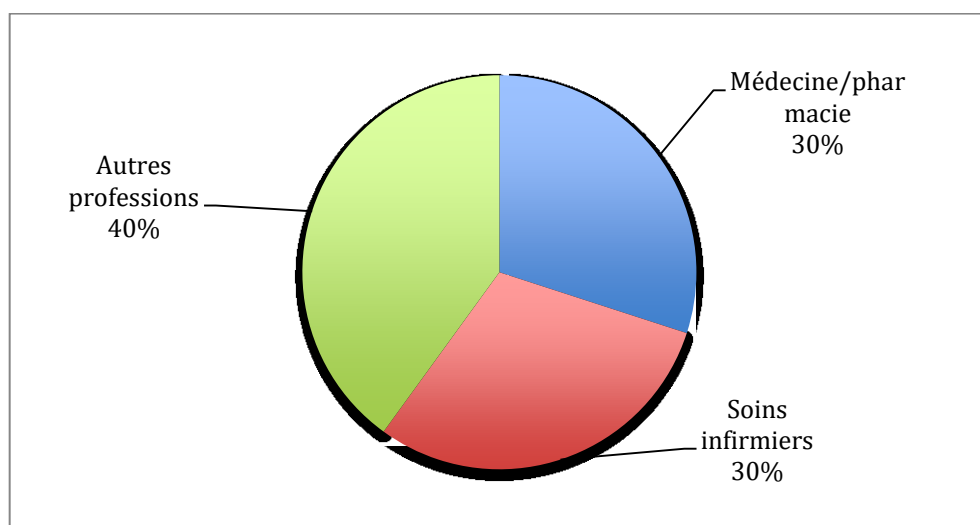


Figure 12. Portrait du champ de pratique des participantEs à l'étude

Des 11 organisations au sein desquelles exercent ces professionnels, 8 sont des établissements du réseau de la santé alors que 3 sont des organismes en milieu communautaire. Tel que l'illustre la figure ci-dessous, plus du tiers des personnes rencontrées interviennent auprès d'une clientèle issue de groupes de la population à risque d'un faible niveau de littératie et vivant avec une maladie mentale chronique, faisant de ce secteur de santé le plus important de la recherche.

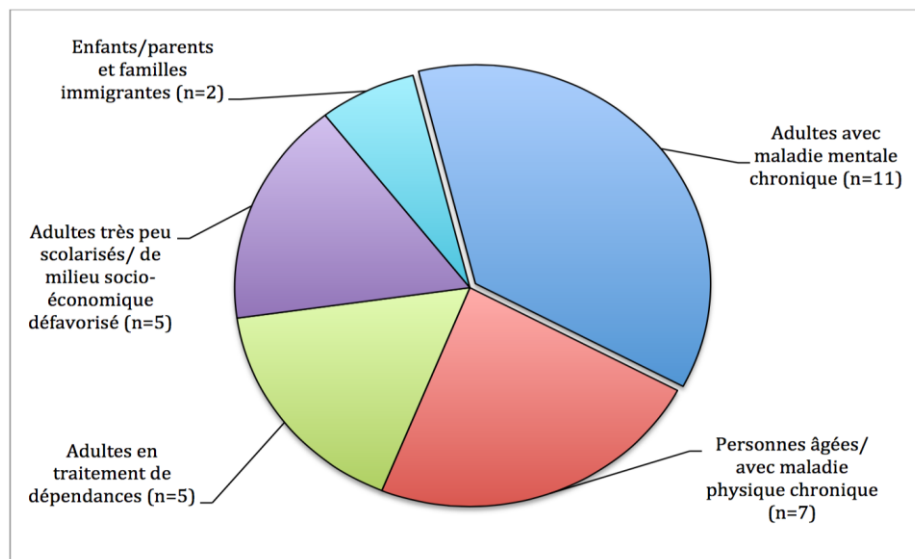


Figure 13. Portrait de la clientèle desservie par les participantEs à l'étude selon le nombre de personnes interviewées

Finalement, soulignons que ces rencontres sur le terrain furent des moments d'échanges privilégiés. C'est avec beaucoup de cœur et de générosité que les participants, femmes et hommes, nous ont parlé des personnes qu'ils accompagnent, de leurs façons de faire pour favoriser une participation aux soins, ainsi que de leur cheminement personnel et professionnel. Nous avons pu recueillir beaucoup d'informations sur les trucs du métier, soit les pratiques qui s'avèrent gagnantes auprès d'une clientèle moins outillée pour s'approprier l'écrit. Même si les professionnels avaient dans l'ensemble plus de facilité à parler de ce qu'ils font, ils ont également partagé beaucoup d'informations sur leurs façons d'apprendre, de même que sur leur motivation à se développer au regard de la littératie en santé.

4.6 Méthode et instrument de collecte des données

Au cours de cette section, nous discuterons plus en profondeur de notre démarche sur le terrain en abordant les techniques d'entretien, de la carte conceptuelle et du journal de bord.

4.6.1 Entrevues semi-structurées

En général, on s'entend pour dire que l'entretien de recherche est «une méthode de collecte d'informations qui se situe dans une relation de face à face entre l'intervieweur et l'interviewé» (Boutin, 2008, p.25). Ainsi, l'entrevue peut être définie comme :

Un mode de collecte de données qui repose sur l'interaction verbale entre des personnes qui s'engagent volontairement dans pareille relation afin de partager un savoir d'expertise et ce, pour mieux comprendre un phénomène d'intérêt pour les personnes concernées. (Boutin, 2008, p.269)

Dans une entrevue, la chercheuse ou le chercheur entre en contact avec un sujet de façon à avoir accès à son expérience et tenter de comprendre ses perspectives par rapport aux questions étudiées (Savoie-Zajc, 2004).

Selon les objectifs poursuivis, l'entretien peut avoir un niveau de directivité différent (Boutin, 2008). Dans le cas d'une entrevue semi-structurée, la chercheuse ou le chercheur prépare un schéma d'entrevue basé sur les thèmes pertinents à la recherche, tels que ceux identifiés dans le cadre théorique (Savoie-Zajc, 2004). Au moment de l'entretien, l'intervieweur pose une question de mise en train et guide ensuite le répondant à travers ses réponses en l'invitant à «articuler» sa pensée autour des thèmes choisis (Boutin, 2008, p.36). La personne interviewée a toujours la possibilité de développer, en cours d'entrevue, d'autres thèmes que ceux préparés à l'avance (Boutin, 2008).

Les entrevues semi-dirigées réalisées dans le cadre de cette étude visaient à amasser de l'information sur la compétence en littératie en santé, de même que sur les façons dont cette compétence se développe. D'une durée d'environ une heure, elles se faisaient individuellement et étaient enregistrées avec l'accord des participantEs. Un guide d'entrevue, qui peut être consulté à l'annexe G, a été développé à partir du cadre conceptuel (voir carte conceptuelle 5) afin d'aborder les dimensions suivantes :

Bloc 1- Mise en contexte (formation initiale, type de profession, milieu de travail)

Bloc 2- Pratique professionnelle au regard de la littératie en santé

Bloc 3- Les ressources pour se développer et agir

Bloc 4- Retour réflexif

Avant d'entamer la collecte des données, la grille d'entrevue a été testée auprès d'une infirmière qui œuvre depuis de nombreuses années en milieu communautaire. Notre objectif était alors de nous assurer de la pertinence et de la compréhension des questions, et de procéder à des ajustements ou modifications au besoin. Bien que les résultats de cette démarche furent positifs, ils nous ont amenée à réduire le nombre de questions pour en arriver à la version de la grille d'entrevue telle que présentée à l'annexe G. Au fil des entretiens sur le terrain, nous avons par la suite adopté un processus de validation continue. En ce sens, tout au

long de la démarche de collecte et d'analyse des données, et des orientations fournies par les données du terrain, nous sommes demeurée vigilante quant à la pertinence de nos questions au regard des objectifs de recherche.

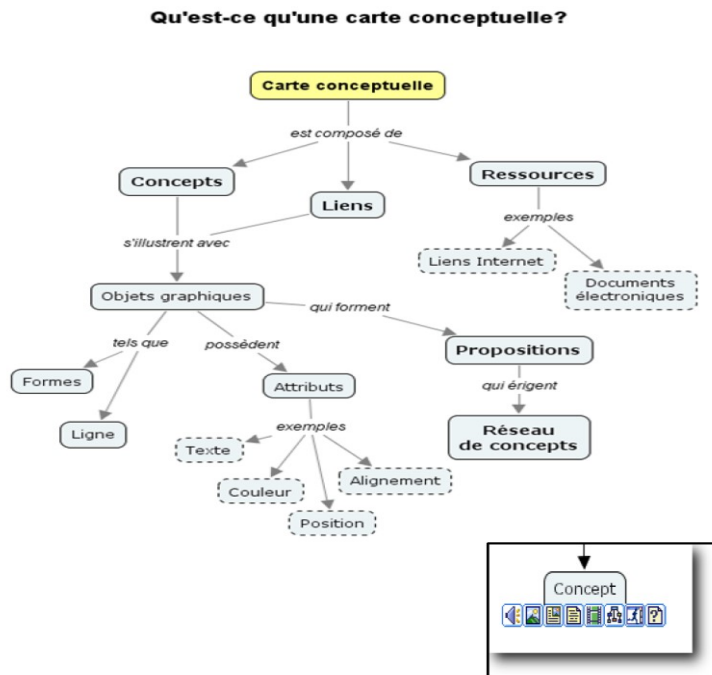
Enfin, il est à noter que nous avons fait le choix d'utiliser les termes *littératie* et *littératie en santé* dans nos questions d'entrevue. Une consultation informelle auprès d'un groupe de femmes et d'hommes médecins a permis de conclure à un intérêt, voire une préférence, de leur part, à utiliser ces termes. Toutefois, puisque les professionnels œuvrant dans le milieu de la santé sont en général peu familiers avec cette terminologie, les concepts de *littératie* et *littératie en santé* ont été explicités par la chercheuse en début d'entrevue. Nous avons également inclus une brève définition du terme *littératie* dans l'invitation à la participation à la recherche utilisée lors du recrutement des participantEs.

4.6.2 Carte conceptuelle

La méthodologie utilisée dans le cadre de cette recherche se démarque par l'utilisation des cartes conceptuelles. En fait, l'analyse des données recueillies s'est concrétisée par la construction d'une carte conceptuelle pour chaque personne interviewée. Pour ce faire, le logiciel *Cmap Tools*, développé à l'Institute for Human and Machine Cognition (IHMC), a été utilisé. Cet outil permet de représenter sous forme de diagramme ou modèle des idées et des concepts, de visualiser graphiquement les liens entre eux ainsi que de nommer ou qualifier ces liens.

Les cartes conceptuelles doivent leurs origines aux fondements de la psychologie cognitive et des approches constructivistes en éducation (Novak & Cañas, 2006). Pour Boutin (1999, p.207), c'est une technique qui se définit comme étant «un processus structuré, centré sur un thème relié aux intérêts des participants, impliquant une ou plusieurs personnes, qui sont amenées à produire une représentation picturale de leurs idées ou concepts et de la façon dont ils les relient les uns aux autres». Si elles peuvent être vues de façon générale comme des représentations graphiques d'idées ou de concepts, et de liens de sens qui les relient (Boutin, 1999; Marchand, 2003; Novak & Cañas, 2008; Novak & Gowin, 1984; Paquette, 2002), elles comprennent généralement trois catégories d'éléments : 1) des concepts encadrés dans une figure géométrique; 2) des liens clairement nommés entre les concepts; et 3) une organisation

hiérarchique de l'ensemble des éléments (Tardif, 2006, p.302). Comme l'illustre la figure 14 ci-dessous, les cartes conceptuelles peuvent aussi inclure des ressources permettant de mieux comprendre le concept (ou le lien) auquel elles sont associées. Les ressources prennent principalement la forme d'images (GIF, JPEG ou PNG), de textes (DOC, PDF ou TXT) ou d'hyperliens (Laflamme, 2011).



Source : Laflamme, 2011, p.9.

Figure 14. Représentation d'une carte conceptuelle et des ressources liées à un concept

On reconnaît à ce processus de représentation graphique différentes appellations (carte de connaissances, carte mentale, carte cognitive, carte sémantique, etc.) (Tardif, 2006; Truchot, 2006), qui renvoient à autant de définitions selon la forme que ces cartes prennent au niveau de l'apparence et du contenu (Truchot, 2006). Toutefois, qu'il s'agisse de carte mentale ou de carte conceptuelle, il s'agit d'une technique qui permet de représenter de façon visuelle des idées, facilite l'organisation des connaissances et stimule la réflexion (Boutin, 1999; Chemangui & Noël, 2009; Kane & Trochim, 2007; Novak & Gowin, 1984). Ainsi, peu importe la dénomination employée, la représentation consiste en un diagramme qui illustre une organisation de savoirs ou de connaissances (Tardif, 2006) tel que perçu par un ou

plusieurs individus. Et en ce sens, puisque cette «perception» est évolutive, la construction d'une carte est un processus toujours inachevé (Biémar, 2009; Laflamme, 2011).

Les cartes conceptuelles se prêtent à diverses utilisations. Dans le domaine de l'éducation, cette technique est souvent employée comme un outil d'évaluation afin de cerner les conceptions d'un domaine de connaissance avant et après un apprentissage, et ainsi avoir une idée de la qualité des apprentissages réalisés (Boutin, 1999; Novak & Gowin, 1984). En milieu de travail, les cartes conceptuelles servent entre autres aux activités de *brainstorming* afin de faciliter le partage des idées et de l'information au sein d'une équipe, ou stimuler la réflexion individuelle et de groupe (Bonadiman, Gagnayre, Marchand, & Marcolongo, 2006; Chemangui & Noël, 2009; Marchand, 2003). C'est aussi une technique employée en recherche afin de donner un sens plus objectif aux idées, faciliter leur articulation et représenter sous forme visuelle des résultats (Kane & Trochim, 2007; Tardif, 2006; Wiener, Wiley, Huelsman, & Hilgemann, 1994).

Pour Fisher (2001), la cartographie a l'avantage d'être un outil flexible et adaptable à différentes utilisations. De fait, Tardif (2006) a développé leur utilisation pour la représentation des compétences. L'intérêt des cartes conceptuelles dans ce domaine est très certainement la possibilité d'illustrer l'interrelation entre divers concepts ou idées. Pour cette utilisation, Tardif (2006) suggère de permettre l'emploi d'idées qui n'ont pas nécessairement un statut de concept²², car certains éléments dans la modélisation de compétences peuvent se résumer à des ressources que l'individu mobilise et combine. Aussi, afin d'illustrer la complexité et l'«interactivité» des ressources, il suggère l'emploi de relations bidirectionnelles (Tardif, 2006, p.309). Tout comme les compétences, les cartes conceptuelles sont «évolutives», ces dernières pouvant être revisitées et enrichies au fil d'un cheminement réflexif ou d'un changement de perspectives (Cañas et al., 2003; Laflamme, 2011). En ce sens, elles s'avèrent particulièrement intéressantes pour illustrer un processus de construction et d'appropriation de ressources et de savoirs (Tardif, 2006).

²² Par *concept*, on entend généralement une représentation des traits stables et communs observables d'une classe d'objets ou d'événements, représentation qui est généralisable à tous les objets présentant les mêmes caractéristiques (Cañas et al., 2003; Legendre, 2005).

Dans le cadre de la présente recherche, notamment en raison du temps nécessaire à leur réalisation et aux techniques à respecter, les cartes ont été construites par la chercheuse. Elles ont été revisitées tout au long de la démarche de synthèse et d'analyse des données et se sont avérées un outil de mise en relation fort utile pour accompagner le cheminement réflexif, tout comme elles ont été utiles pour la réalisation des diverses synthèses qui jalonnent la conceptualisation de la présente recherche.

4.6.3 Journal de bord

Les observations et les informations supplémentaires recueillies lors de la rencontre avec les participantEs, ainsi que les éléments pertinents entourant le contexte de l'entrevue, ont été consignés dans un journal de bord. Le journal de bord, selon Savoie-Zajc (2004; 2009a), est un document dans lequel le chercheur note tout au long de sa démarche une variété d'informations telles que ses impressions, ses sentiments, ses réflexions et la qualité des rapports avec les personnes impliquées dans les milieux visités. Les informations notées peuvent porter sur des événements jugés importants, mais aussi sur la dimension méthodologique de la démarche (Savoie-Zajc, 2004; 2009a). En ce sens, ces notes peuvent conduire à des décisions susceptibles de modifier le cours de la recherche en justifiant «un élargissement de l'échantillon, une plus grande spécificité de la question de recherche ou une modification au schéma d'entrevue» (Savoie-Zajc, 2009a, p.130). Ce fut d'ailleurs notre cas dans le contexte où plusieurs participantes et participants ont insisté sur la pertinence d'inclure des intervenants pairs aidants dans notre étude, ce qui a justifié en partie l'élargissement de notre échantillon.

Les notes de terrain peuvent avoir différentes fonctions, qui selon Savoie-Zajc (2004, p.147), sont principalement les suivantes : 1) garder le chercheur actif sur le plan de la réflexion au fil du processus de recherche; 2) lui fournir un espace pour exprimer ses interrogations ou ses prises de conscience; et 3) consigner les informations jugées importantes. Aussi, il permet de se replonger dans la dynamique du terrain lorsque vient le temps de rédiger le rapport de recherche, permettant ainsi de reconstituer l'atmosphère qui a imprégné le processus de collecte des données (Savoie-Zajc, 2004). Dans cette recherche, les notes de terrain furent fort utiles lors de l'analyse des propos recueillis afin de rester au plus près possible du sens véritable de la pensée des personnes rencontrées. Bien que nous n'ayons pas

fait une description exhaustive des milieux visités, le fait d'y être allé et d'y avoir passé quelques heures nous a permis de nous imprégner de l'atmosphère et de la dynamique de l'organisation, des impressions qui ont contribué à mettre nos données en contexte lors de leur interprétation et leur représentation par cartes.

Enfin, soulignons que l'utilisation du journal de bord en recherche qualitative est un moyen d'ajouter une certaine rigueur méthodologique. En fournissant une description étoffée des caractéristiques de l'échantillon et du contexte dans lequel la recherche s'est déroulée, c'est un moyen de favoriser l'utilisation des résultats (Savoie-Zajc, 2004) et en ce sens, les notes prises sur le terrain contribuent à la vérification du critère de fidélité de la recherche (Lessard-Hébert, Goyette, & Boutin, 1996).

4.7 Déroulement de la collecte des données

La collecte des données s'est échelonnée du 1^{er} novembre 2014 au 31 mars 2015. Les professionnels ont été rencontrés pour la grande majorité en personne, sur leur lieu de travail ou dans un lieu public de leur choix. Seulement trois personnes ont demandé de réaliser l'entrevue par téléphone, et ce, en raison de contraintes liées au déplacement. Toutes et tous les participants avaient reçu par courriel une copie du formulaire d'information et de consentement (voir annexe F), et de ce fait, plusieurs en avaient déjà pris connaissance avant la rencontre. Il est à noter que ce formulaire a été adapté aux deux milieux pour lesquels une approbation d'établissement était nécessaire, notamment afin d'y inclure le logo et le sceau du Comité d'éthique à la recherche de l'organisation. Le contenu du formulaire était revu et discuté avec la personne avant de procéder à l'entrevue, puis il était signé en deux copies, soit une pour la ou le participant et une pour la chercheuse. Dans le cas des trois personnes qui ont demandé de faire l'entretien par téléphone, le formulaire de consentement a été complété de façon numérisée.

Tous les entretiens ont été enregistrés avec la permission des intervenantEs et ont eu, en moyenne, une durée de 45 minutes, certains étant plus courts (30 min) et d'autres plus longs (75 min). Enfin, mentionnons que deux entretiens ont été réalisés en dyades à la demande des intervenantEs concernéEs, soit des nutritionnistes, d'une part, et des intervenants sociaux, d'autre part. Dans les deux cas, ces professionnels avaient travaillé conjointement sur

des projets en lien avec la littératie en santé et avaient une vision commune de l'approche et de l'intervention avec les patients. Ces personnes avaient toutefois une expérience de travail et des mandats au sein de l'organisation qui différaient. Ces entretiens en dyade ont eu une durée plus longue, soit 90 minutes dans un cas et tout près de 120 minutes dans l'autre.

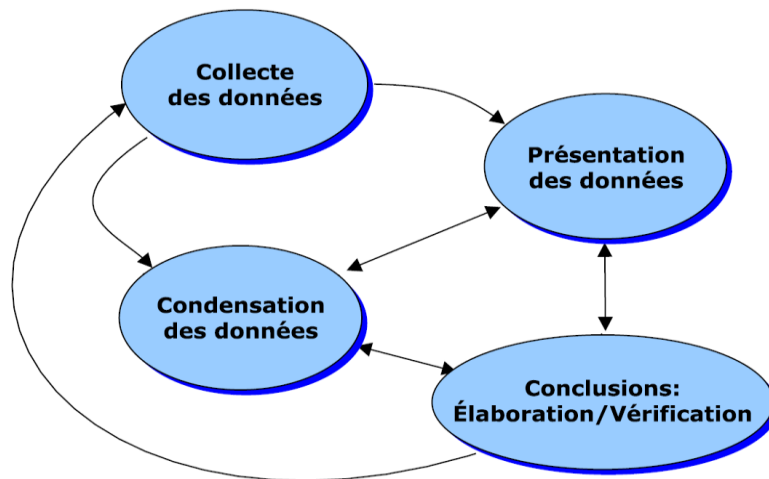
Outre certaines questions de mise en contexte, la grille d'entrevue semi-structurée a permis de recueillir des informations en lien avec les trois grandes dimensions du modèle de développement de la compétence, soit celles de la pratique professionnelle, des ressources pour agir et apprendre et de la pratique réflexive. Cette grille, qui avait d'abord été testée auprès d'une infirmière, s'est avérée adaptée aux besoins de l'étude et a permis d'aller chercher l'information désirée. Le fait de débiter l'entretien en demandant à la personne de brosser un bref portrait de son parcours professionnel, de sa formation et de ses expériences de travail, permettait d'emblée de briser la glace et de créer un climat propice à l'échange. Aussi, cette façon d'amorcer la rencontre était souvent l'occasion de cibler du même coup des éléments à approfondir, ce qui permettait d'orienter ou d'adapter par la suite certaines questions. La grille d'entrevue de base, qui comporte trois pages, s'est toutefois montrée rapidement difficile à suivre dans le cours d'un entretien. Une version simplifiée, sous forme d'aide-mémoire, a donc été réalisée à partir des questions principales associées à chacune des dimensions à traiter (voir annexe H). Cette grille «épurée» a facilité les rencontres et a permis de se concentrer davantage sur les propos de la personne interviewée, et ce, sans oublier d'éléments importants à aborder.

4.8 Analyse des données

Dans le cadre de cette étude, le modèle proposé par Miles et Huberman (2003) a servi à orienter la démarche d'analyse des données. Ce modèle propose de concevoir l'analyse comme étant composée de trois processus interreliés, soit la condensation des données, la présentation des données puis l'élaboration et la vérification des conclusions. La *condensation des données* renvoie à l'ensemble des processus de sélection, de simplification et transformation des données brutes issues des transcriptions et des notes de terrain (Miles & Huberman, 2003). Le codage des données des entretiens et la mise en relation des catégories conceptualisantes par la réalisation de cartes conceptuelles pour chacune des personnes rencontrées sont au cœur de cette étape du travail d'analyse. La *présentation des données*

réfère pour sa part à l'organisation des informations dans le but d'en tirer des conclusions et ainsi pouvoir orienter les actions (Miles & Huberman, 2003). Cette étape prend ici essentiellement la forme du rapport de recherche où, à partir des cartes synthèses réalisées à partir des différentes dimensions retenues (soit la pratique, la réflexion et les ressources), le modèle intégrateur est présenté et discuté. Enfin, *l'élaboration et la vérification des conclusions* est un processus qui se fait tout au long du traitement des données, alors que des régularités, des explications et différentes configurations possibles ont été notées (Miles & Huberman, 2003). Cette étape s'est concrétisée en bout de piste par la validation des interprétations et du modèle proposé lors d'un retour aux acteurs sur le terrain.

Comme l'illustre la figure ci-dessous, ces trois étapes se sont entrelacées «avant, pendant et après la collecte des données pour constituer cette entité appelée *analyse*» (Miles & Huberman, 2003, p.31). L'analyse s'est construite par le biais d'allers-retours entre ces différents processus, dans une démarche cyclique et interactive (Miles & Huberman, 2003), alors que les entrevues n'ont pas été réalisées les unes à la suite des autres pour ensuite être traitées (Paillé, 2009a). Il y a plutôt eu des boucles de retours, d'ajustements, de catégorisation et de conceptualisation (Paillé, 1994) qui ont été faites entre chaque entrevue et tout au long de la démarche de modélisation par cartes conceptuelles.



Tiré de Miles et Huberman, 2003, p.31

Figure 15. Modèle interactif de l'analyse des données

La méthode employée au fil de cette démarche s'est inspirée de l'approche par la théorie ancrée. De façon générale, selon ce mode d'analyse, un chercheur part du sens que les gestes et

le discours ont pour les individus afin de construire de manière inductive des concepts, des hypothèses et des propositions, et cela, en vue de développer une «théorie» pour l'action (Anadón, 2006). Toutefois, l'idée de générer une théorie peut représenter un projet plutôt ambitieux. De ce fait, l'approche par théorisation ancrée, telle que proposée par Paillé et Mucchielli (2012), suggère un processus toujours en construction, d'où l'expression «théorisation». Cette expression est, selon Paillé (2009a), plus appropriée pour désigner un résultat qui n'est pas une fin en soi, mais un processus ou un état dans lequel se trouve, à un certain moment, la compréhension d'un phénomène. La logique derrière cette démarche a pour but, finalement, «d'amener les phénomènes à une compréhension nouvelle, d'insérer des événements dans des contextes explicatifs, de lier dans un schéma englobant les acteurs, les interactions et les processus à l'œuvre dans une situation éducative, organisationnelle, sociale, etc.» et de «s'acheminer» vers cette compréhension, contextualisation ou mise en relation (Paillé, 2009a, p.207).

L'analyse qualitative de théorisation se fait dans une démarche itérative, où les entrevues sur le terrain sont suivies de périodes d'analyse qui génèrent des hypothèses de travail qui, de retour sur le terrain, donnent lieu à des entrevues mieux ciblées (Paillé, 2009a). Tel que Paillé (2009a, p.208) l'explique, «l'analyse est conçue pratiquement jusqu'à la fin de la recherche comme une source de questionnement tout autant qu'un moyen de parvenir à des constats». Ainsi, plutôt qu'une méthode par codage successif tel qu'utilisé par Strauss et Corbin (1990, 2004), celle de la théorisation proposée par Paillé (1994, p.153) met en jeu six opérations successives :

1. la **codification**, qui consiste à étiqueter l'ensemble des éléments présents dans le corpus de départ;
2. la **catégorisation**, où les aspects les plus importants du phénomène étudié sont nommés;
3. la **mise en relation**, qui se veut le début de l'analyse proprement dite;
4. l'**intégration**, où l'on tente de cerner l'essentiel du propos;
5. la **modélisation**, où l'on cherche à représenter la dynamique du phénomène à l'étude;
6. la **théorisation**, qui se veut une tentative de construction d'une théorie basée sur les multiples dimensions du phénomène étudié.

Le processus est progressif et bien qu'il puisse y avoir certains chevauchements ou «boucles de rétroaction», chaque étape est préalable à la suivante (Paillé, 1994, p.153).

Dans les pages qui suivent, en nous appuyant notamment sur les travaux de Paillé (1994, p.154-179; 2009a, p.208-212) et Paillé et Mucchielli (2012, p.29; 375-405), nous décrivons plus en détail la démarche d'analyse, de conceptualisation et de modélisation réalisée en grande partie par le biais de cartes conceptuelles. Les objectifs de la présente recherche, qui ne visent pas à proposer des lois explicatives associées au développement d'une théorie mais plutôt à représenter sous forme de modèle le phénomène à l'étude, font en sorte que nous ne nous rendrons pas à l'étape de la théorisation.

La méthode de traitement des données par cartes conceptuelles étant encore relativement nouvelle, voici une description des différentes étapes de la démarche réalisée.

Étape 1 - La codification du matériau

Cette première opération d'analyse, qui donne la parole aux acteurs, consiste à examiner l'expérience telle que vécue et exprimée par les participantEs au projet. Pour y arriver, nous avons d'abord procédé à l'écoute des entretiens réalisés et à leur transcription dans un format Word. Le travail de codification visait ensuite à dégager l'essentiel des propos, et ce, sans essayer de le qualifier ou de le conceptualiser (Paillé, 2009a). Comme l'explique Mukamurera, Lacourse et Couturier (2006, p.121), le codage est une «opération qui consiste à traiter et à transformer par découpage et étiquetage des segments de verbatims significatifs au regard des objectifs de la recherche». Ces unités de sens, tirées du matériau de recherche, ont été aussi associées à l'une des trois dimensions du développement de la compétence identifiées dans le cadre conceptuel de la recherche, soit celles de la pratique, des ressources et de la réflexivité. Cette façon de faire a non seulement facilitée par la suite la construction des cartes individuelles (étape 2), mais a également permis de laisser des traces permettant d'assurer une certaine transparence entre les propos exprimés par la personne et la construction de notre compréhension du phénomène (Paillé & Mucchielli, 2012).

Étape 2 - La catégorisation et la mise en relation dans des cartes individuelles

L'étape suivante, soit l'analyse par catégories conceptualisantes, fait appel à un niveau d'inférence plus élevé (Paillé & Mucchielli, 2012). Si le codage permet en quelque sorte de

retracer l'histoire du sujet (les faits, les événements, les actions posées, les réflexions) en lien avec les questions de recherche, à cette étape, le matériau de recherche est abordé avec l'objectif de «qualifier les expériences, les interactions et les logiques» (Paillé & Mucchielli, 2012, p.315). En fait, la catégorie va au-delà de la désignation de contenu (Paillé & Mucchielli, 2012) puisqu'elle attribue un sens permettant de représenter un phénomène plus général (Mucchielli, 2009a).

Cette démarche de mise en relation s'est concrétisée dans ce travail par la production d'une carte conceptuelle pour chacune des personnes rencontrées. Ces cartes, réalisées à l'aide du logiciel *Cmap Tools*, ont été construites à partir du canevas de base qui se trouve à l'annexe I. Ainsi, c'est autour d'un noyau central, constitué des trois dimensions du développement de la compétence professionnelle (dimensions de la pratique, des ressources et de la réflexivité) qu'elles se sont développées. Au cours de cette démarche, amenant à faire des allers-retours entre des activités de catégorisation, de mise en relation et d'intégration, nous cherchions à répondre à des questions telles que : *Quelles stratégies ce professionnel trouve-t-il efficaces auprès d'une clientèle de faible niveau de littératie? Comment perçoit-il les difficultés de ses patients? Comment se concrétise le partenariat dans les soins? Quelles ressources lui sont utiles pour soutenir ses interventions au regard de la littératie? Comment apprend-il à ce sujet? Est-ce que des éléments structurent cet apprentissage (groupe de discussion sur la littératie, communauté de pratique, programme mis en place par l'organisation, etc.)? Les éléments les plus représentatifs de l'expérience de la personne ont été ajoutés et reliés à l'une des trois dimensions.*

Au fil de ce processus de construction, la carte se déployait en fonction des propos de la personne, certaines dimensions ayant été plus amplement discutées que d'autres. Au besoin, des «niveaux de ramifications» (Biémar, 2009) supplémentaires étaient ajoutés afin d'apporter davantage de précision sur les différents éléments représentés. Il est à noter que les éléments figurant dans le canevas de base sont demeurés en caractère gras, et ce, dans le but de les distinguer de ce qui a été ajouté par la suite pour chaque personne. Aussi, des extraits de verbatims, sous forme de fichiers ressources de format PDF, ont été associés à certains concepts ou unités de sens représentés. Cette façon de faire a grandement contribué à simplifier par la suite l'analyse et la synthèse des données puisqu'il était possible d'avoir

directement accès aux propos de la personne en se déplaçant dans la carte. Nous avons donc la possibilité d'y référer à tout moment au cours de la démarche, ce qui a permis de rester le plus près possible du sens donné par la personne aux réalités partagées. Soulignons toutefois que les éléments associés à la dimension de la réflexivité étaient parfois plus difficiles à isoler, car ils étaient souvent imbriqués dans les propos rattachés aux deux autres dimensions. Ainsi, des éléments de sens associés à la pratique réflexive peuvent se retrouver dans des extraits de verbatims rattachés aux pratiques et aux ressources. Ce qui induit que les trois dimensions étudiées ne sont pas mutuellement exclusives.

Enfin, lors de notre passage dans les milieux, quelques photos ont été prises avec la permission des personnes concernées. Ces photos, principalement d'outils pédagogiques ou informatifs destinés aux patients, d'affiches ou de livres, ont également été insérées dans la carte du professionnel sous forme de fichier ressources, en format JPG. Ainsi, chaque carte documente la rencontre avec le participant et est devenue par le fait même un outil qui, à l'instar du journal de bord, nous a permis de recréer l'atmosphère de l'entretien lors de la préparation du rapport de recherche.

Étape 3 - L'intégration par le biais de cartes synthèses

Après un travail de mise en relation réalisé par des cartes individuelles, qui permettait de faire émerger le parcours de développement tel que vécu par la personne, le travail progressait vers une mise en relation entre les différentes expériences des professionnels rencontrés. Cette démarche a débuté par une analyse visuelle de l'ensemble des cartes afin de dégager certaines tendances : *Quelles sont les similarités et les différences dans l'organisation spatiale des cartes? Est-ce qu'une des dimensions est davantage développée par rapport aux autres? Qu'est-ce qui se dégage de la répartition des éléments sur les cartes?* Dans un deuxième temps, une analyse sur le contenu de ces cartes a été faite avec l'objectif de mettre en lumière le phénomène plus général qui émerge des données. Nous tentions alors de répondre à des questions telles que : *Est-ce qu'il y a récurrence de certains concepts? Est-ce qu'il y a des expériences ou des démarches communes? Quels sont les regroupements et les liens à faire au regard des dimensions du phénomène étudié? Comment ces éléments s'articulent-ils au regard du développement professionnel? Quels sont les éléments formel et informel qui ressortent?* Les réponses à ces questions ont permis de développer une carte synthèse pour

chacune des trois dimensions à la base du cadre conceptuel permettant du même coup de mettre en lumière certains éléments liés à la dynamique des parcours, une étape nécessaire et préalable à la modélisation.

Étape 4 - La modélisation

La modélisation est «un processus de représentation d'une situation réelle ou possible afin de mieux comprendre sa nature» (Legendre, 2005, p.907). C'est un processus qui permet de rendre un phénomène complexe intelligible, d'où l'expression de Clénet (2008) «formaliser le sens des possibles». Ainsi, après l'étape de l'intégration, la modélisation s'intéresse à représenter un processus complexe et englobant, et amène à un niveau d'abstraction plus élevé (Paillé, 2009a). En fait, c'est le moment où le chercheur cible le «renouvellement de sa compréhension globale du phénomène» et accède à un niveau supérieur de compréhension (Paillé & Mucchielli, 2012, p.398).

C'est donc avec les notes de terrain en main, colligées dans le journal de bord, les cartes documentant les rencontres individuelles et les cartes synthèses qu'un travail a été entrepris afin de dégager des éléments permettant de caractériser le développement de la compétence au regard de la littératie en santé dans le contexte du travail. Avec des retours aux écrits, ce travail a permis d'identifier des relations structurelles et fonctionnelles contribuant à comprendre la dynamique du phénomène. Le défi dans cette démarche a été de fournir une représentation simplifiée du phénomène, sans toutefois lui enlever de sa complexité. Le modèle intégrateur, présenté au chapitre 6, se veut une image dans le temps constituée à partir de la perception qu'ont les acteurs sur le terrain de leur expérience.

Au final, tout au long de cette démarche, l'utilisation des cartes a été très appréciée. D'abord, le logiciel *Cmap Tools* est très convivial et il est relativement facile d'en apprendre le mode de fonctionnement. Aussi, l'exercice de réalisation des cartes s'est avéré un moyen pour la chercheuse de s'approprier les données de la recherche tout en la gardant active sur le plan de la réflexion. C'est un outil qui a finalement facilité les échanges sur les données entre la chercheuse et sa directrice de recherche lors des rencontres de travail. Soulignons le fait que les ressources intégrées dans les cartes, que ce soit les extraits de verbatims, les photos ou même des extraits vocaux, ne peuvent être consultées sans un accès au fichier des ressources

octroyé par l'auteur de la carte. Il y a donc possibilité d'assurer la confidentialité des données figurant à l'intérieur des cartes.

4.9 Critères de rigueur et de scientificité

L'analyse des données qualitatives ne peut s'envisager uniquement par l'application de procédures de codage et doit permettre de développer une façon de penser les données et le monde dans lequel elles s'inscrivent (Strauss & Corbin, 2004). En ce sens, il importe de maintenir «un équilibre entre objectivité et sensibilité», car s'il est nécessaire d'analyser avec rigueur les données, il convient aussi d'être flexible et créatif (Strauss & Corbin, 2004, p.67). L'objectivité est nécessaire pour arriver à une interprétation la plus juste et précise possible des événements, alors que la sensibilité est nécessaire pour poser des questions stimulantes, percevoir les nuances ou le sens des données, nommer avec pertinence les catégories et reconnaître les relations entre les concepts (Strauss & Corbin, 2004). Aussi, dans cette démarche, nous avons eu la préoccupation de répondre à des critères de rigueur et de validité afin que les résultats soient crédibles et aient une certaine valeur tant auprès des gens de la pratique que du monde de la recherche.

Les critères de scientificité peuvent différer selon l'épistémologie à laquelle la chercheuse, ou le chercheur, adhère et leur définition, de même que leur appellation, varient aussi très souvent d'un auteur à un autre (Drapeau, 2004; Savoie-Zajc, 2009b). De façon générale, selon Lessard-Hébert, Goyette et Boutin (1996), lorsqu'il est question de critères scientifiques, que ce soit en méthodologie quantitative ou qualitative et interprétative, on réfère à des critères d'objectivité, de validité et de fidélité. Toutefois, dans un souci de coller davantage à la réalité d'une démarche de recherche qualitative et interprétative, et d'utiliser un langage qui lui est propre (Golafshani, 2003; Savoie-Zajc, 2004), des auteurs comme Guba et Lincoln (1982) et Lincoln et Guba (1985) ont formulé des critères de rigueur plus spécifiques à cette épistémologie. En ce sens, en se basant sur les travaux de ces auteurs, les critères de crédibilité, de transférabilité, de fiabilité et de confirmabilité sont généralement utilisés lorsqu'il est question d'une démarche de recherche qualitative et interprétative (Anadón, 2006; Fortin & Gagnon, 2015; Savoie-Zajc, 2004).

Le critère de confirmabilité, ou neutralité, renvoie à l'objectivité dans les données et leur interprétation (Fortin & Gagnon, 2015). En recherche qualitative, comme l'expliquent Strauss et Corbin (2004, p.68), l'objectivité ne veut pas dire le contrôle des variables, mais plutôt «une ouverture, une volonté d'écouter et de “donner la parole” aux *interviewés*». C'est donc davantage une question d'être capable de représenter honnêtement les données en donnant une voix indépendante aux acteurs du terrain de celle du chercheur, et ainsi minimiser les biais induits par ce dernier (Miles & Huberman, 2003; Strauss & Corbin, 2004). Dans le cas présent, l'utilisation des cartes conceptuelles interactives, avec les extraits de codage intégrés, fut un outil qui a contribué à garder, dans la mesure du possible, à distance nos propres points de vue de ceux exprimés par les participantEs. De plus, nous avons tenté de maintenir une attitude vigilante et critique tout au long du travail, tant sur le terrain qu'au moment de l'analyse, afin de ne pas biaiser les données issues des entretiens.

Le critère de fiabilité, qui correspond à celui de fidélité, renvoie à la stabilité des données (Fortin & Gagnon, 2015), dans le sens où il y a «cohérence entre les résultats et le déroulement de l'étude» (Savoie-Zajc, 2004, p.143). Ce critère de fiabilité a été respecté dans la mesure où nous avons eu le souci d'assurer un fil conducteur tout au long de la démarche, mais aussi de garder des traces permettant de justifier les choix et les décisions qui l'ont orienté. Dans cette optique, nous avons documenté du mieux possible ce qui caractérisait la réalité sur le terrain par le biais de prises de notes dans le journal de bord et rapporté l'essentiel dans le rapport de recherche.

Enfin, la fiabilité des données est essentielle afin d'en assurer la crédibilité, qui cherche quant à elle à savoir si les données ont une valeur de représentation des phénomènes étudiés (Fortin & Gagnon, 2015). En fait, la crédibilité soulève la question de savoir si «le sens attribué au phénomène est plausible» (Savoie-Zajc, 2004, p.143) et si les interprétations élaborées par le chercheur sont bien «révélatrices de l'expérience vécue» par les participants (Fortin & Gagnon, 2015, p.377). Si dans notre cas le critère de transférabilité s'applique plus ou moins dans le sens où nous ne cherchions pas à convaincre de la possibilité de reproduire les résultats de la recherche dans un autre milieu, celui de la crédibilité est fondamental. Comme le souligne Drapeau (2004, p.79), «la valeur d'une recherche scientifique dépend étroitement de l'habileté du chercheur à démontrer la crédibilité de ses découvertes». La

recherche qualitative tire d'ailleurs sa force de sa capacité à susciter la conviction de la communauté scientifique de la valeur de représentation des interprétations fournies, et ce, malgré des échantillons restreints et un «caractère local» de l'étude (Mukamurera et al., 2006, p.111).

Soulignons finalement que les critères de confirmabilité et de fiabilité seront en un sens validés par les chercheurEs membres du comité de cette thèse. Ces personnes représentent la communauté scientifique et ont pour rôle de valider notre utilisation de la théorie et de la méthode, et de déterminer si le résultat est significatif, «c'est-à-dire s'il est adéquatement articulé et analysé avec le cadre théorique ou méthodologique partagé» (Hallée, 2011, p.67-68). Il existe plusieurs procédures visant à atteindre un degré satisfaisant de validité et dans notre cas, la technique du retour aux acteurs a été retenue. Cette démarche sera discutée plus en détail dans la section qui suit.

4.10 Validation par le retour aux acteurs

Pour Savoie-Zajc (2009b, p.289), la notion de la validation réfère à «la préoccupation du chercheur de produire des résultats qui ont une valeur dans la mesure où ils contribuent de façon significative à mieux comprendre une réalité ou un phénomène». Si le travail d'analyse débouche sur une interprétation, celle-ci doit répondre à des critères de validation afin de justifier qu'elle contribue à mieux comprendre le phénomène étudié (Mucchielli, 2009b). Un des moyens de soutenir la validité de l'analyse et de la signification dégagée du corpus recueilli est la validation par un retour aux acteurs (Savoie-Zajc, 2004). Au cours de cette étape, la personne utilisant une démarche qualitative de recherche soumet «les résultats de son analyse aux acteurs qui ont participé aux événements en vue d'une corroboration» (Pourtois & Desmet, 2007, p.120). Comme Savoie-Zajc (2009b, p.286) l'explique, cette stratégie désigne «l'action du chercheur qui soumet aux participants de l'étude les versions préliminaires des analyses de données afin d'obtenir leur réaction et de corriger, le cas échéant, l'orientation de ses interprétations». Les commentaires des participantEs constituent alors de nouvelles données à la recherche (Savoie-Zajc, 2009b). Certains auteurs, selon Savoie-Zajc (2009b, p.286), préfèrent parler de vérification ou retour auprès des acteurs plutôt que de triangulation, faisant une distinction entre la stratégie de triangulation qui s'applique aux données comme telles et la vérification auprès des membres, qui elle porte sur les constructions du chercheur

ou de la chercheuse. Les deux stratégies ont toutefois le même objectif, soit «celui d’offrir des interprétations crédibles de la réalité étudiée» (Savoie-Zajc, 2009b, p.286).

Dans le cas présent, puisque la démarche visait à valider les résultats au regard des bonnes pratiques ainsi que du modèle développé à partir des données de la recherche, le terme de retour aux acteurs a été retenu. Aucun nombre précis d’entrevues de validation n’avait été fixé au devis, mais il avait toutefois été convenu de recueillir les commentaires d’au moins une personne du domaine de la médecine/pharmacie et d’une autre en soins infirmiers, soit deux des principaux groupes de professionnels ciblés par la recherche. Pour cette démarche, nous avons donc contacté des intervenantes et des intervenants qui avaient exprimé au moment de leur entretien un intérêt à participer à cette deuxième étape de la démarche de recherche. Parmi ceux-ci, au moins une personne par «groupe» de professionnels a été ciblée, soit une du champ médecine/pharmacie, une du champ soins infirmiers et une exerçant dans un champ autre. Puisque nous avons ajouté des pairs aidants à notre population, nous avons aussi jugé bon d’avoir la perspective de l’un d’entre eux sur nos résultats.

Les invitations ont été transmises au début du mois de novembre 2015 et les rencontres de validation ont eu lieu entre le 13 novembre et le 20 décembre 2015. Au final, c’est 5 personnes qui ont été rencontrées avec les données préliminaires, soit deux du champ des soins infirmiers, une de la pharmacie, et deux œuvrant respectivement en intervention sociale et en intervention par les pairs. Ces rencontres, qui se sont déroulées dans les milieux de travail, ont permis de recueillir les commentaires de 3 participantEs œuvrant en milieu institutionnel et de 2 en milieu communautaire, soit 1 homme et 4 femmes. À noter que pour l’une de ces rencontres, deux intervenantEs exerçant dans des milieux différents, mais ayant un certain lien de connaissance, ont été rencontrés en même temps. Le tableau 11 offre un aperçu des rencontres de validation réalisées.

Tableau 11. Rencontres de validation du modèle

	Nb de participantEs par type de profession	Type de clientèle
Rencontre 1	1 en intervention sociale 1 en soins infirmiers	Adultes peu alphabétisés/ milieu défavorisé
Rencontre 2	1 en soins infirmiers	Adultes peu scolarisés/ milieu défavorisé
Rencontre 3	1 en pharmacie	Adultes avec troubles de santé mentale/statut d'emploi précaire/peu scolarisés
Rencontre 4	1 en intervention par les pairs	Adultes avec troubles de santé mentale/statut d'emploi précaire/peu scolarisés

Pour ces rencontres, qui ont duré environ 45 minutes, une courte présentation *PowerPoint* avait été préparée. Elle visait d'abord à rappeler les objectifs et questions à la base de la recherche. Un tableau résumant le bilan du recrutement et les principales caractéristiques des participantEs à l'étude, de même qu'une image du canevas de base ayant servi à traiter et à analyser les données, ont été rapidement présentés avant d'ouvrir la discussion sur les résultats. La synthèse des bonnes pratiques au regard de la littérature, telle que revue à la lumière des données colligées, et le modèle du développement des compétences y référant, ont ensuite été présentés et discutés. Les participantEs se sont exprimés tant sur le choix des mots, le sens des flèches et la dynamique du modèle, que sur le contenu. Il est à noter que, pendant cet entretien, une copie papier du tableau synthèse et du modèle a été remise afin de permettre une prise de note. Une seule participante a utilisé cette feuille pour y inscrire des commentaires et illustrer sa pensée sous forme d'un schéma, des documents que nous avons ajoutés à nos notes de terrain.

Les commentaires et recommandations reçus sur le modèle ont été fort utiles pour nous réorienter. Tout d'abord, lors de notre première rencontre avec deux participantEs, nous avons apporté une première ébauche du modèle intégrateur. Ce modèle de départ, qui peut être consulté à l'annexe M, arborait des flèches illustrant les multiples voies possibles de développement dans un parcours multidirectionnel, toujours individualisé et situé. Il s'est avéré difficile d'accès pour ces deux intervenantEs, notamment à cause du nombre de flèches

qui ajoutait un niveau de complexité. Puisque nous souhaitons en arriver à un modèle pouvant être accessible autant pour les chercheurs que les praticiens, nous sommes retournés à notre table de travail afin d'en arriver à un modèle simplifié. Ainsi, les multiples flèches ont été enlevées afin de ne conserver que les plus représentatives de la dynamique et les dimensions à l'intérieur du modèle ont été résumées à l'essentiel. Une ébauche de modèle simplifié a été utilisée pour les trois rencontres qui ont suivi, mais le modèle développé au départ a tout de même été présenté. De façon unanime, les commentaires des autres participantEs ont aussi convergé vers la version épurée (*«Je préfère le modèle simplifié, il est plus accessible et on retrouve les grands titres»*); *«Dans la version simplifiée, l'information est plus accessible.»*). Le modèle développé, qui a servi de point de départ au travail de condensation, peut néanmoins s'avérer utile pour comprendre la démarche suivie et nourrir la réflexion.

Au cours de ces entrevues, des expériences personnelles et professionnelles en lien avec les résultats préliminaires présentés ont été partagées avec la chercheuse. Ces propos sont devenus de nouvelles données de recherche qui ont été intégrées dans l'analyse et l'interprétation des résultats. Afin de faciliter le traitement et l'analyse de ces données, les rencontres de validation ont également été enregistrées.

4.11 Limites de nature méthodologique

Les choix méthodologiques retenus dans cette recherche sont associés à certaines limites qui sont à souligner. Tout d'abord, le choix d'une collecte de données de nature qualitative par le biais d'entretiens semi-structurés va offrir un certain éclairage au regard de la question de départ, mais afin d'obtenir un portrait plus complet du développement de la compétence professionnelle il pourrait être pertinent de la jumeler à des observations sur le terrain ou encore de la compléter par des questionnaires auprès d'une population beaucoup plus importante.

Aussi, la modalité de collecte des données choisie, soit l'entrevue, comporte en elle-même des limites. En fait, l'entretien est une «communication» entre deux personnes, et de ce fait, implique un échange de messages verbaux, non verbaux (Boutin, 2008) et paraverbaux. En ce sens, chaque entretien va être le reflet de la personnalité de l'intervieweur et de l'interviewé (Boutin, 2008) et la qualité de cet échange va dépendre de «la qualité de la

relation qui s'établit entre les deux personnes» (Savoie-Zajc, 2004, p.134). Il y a donc, à ce niveau, le défi de créer un climat propice au partage et à l'échange (Savoie-Zajc, 2004), un défi d'autant plus grand que dans notre cas, les entretiens se déroulent sur le lieu de travail où le temps est parfois compté et les distractions souvent nombreuses.

Une autre limite découle de la nature verbale de notre matériau de recherche. Pour exprimer ses idées, le sujet utilise «un filtre puissant», celui du langage (Savoie-Zajc, 2004, p.135). Or, la langue n'est pas neutre (Yaguello, 2003). Elle facilite la communication tout comme elle peut aussi permettre la censure, le mensonge ou le mépris par exemple (Yaguello, 2003). De plus, différentes caractéristiques socioculturelles vont influencer la façon dont s'exprime une personne. Ces caractéristiques peuvent être liées à la classe sociale, au groupe ethnique, à l'âge, à l'éducation, à la profession, à la région, de même qu'au genre (Yaguello, 2003). En effet, les femmes vont s'exprimer différemment des hommes, les différences entre discours masculin et féminin étant fortement liées à l'apprentissage culturel des rôles sociaux (Casini & Jacquet, 2013; Yaguello, 2003).

D'un côté, les répondants filtrent leur discours, et de l'autre, pour le comprendre, la chercheuse le filtre aussi (Savoie-Zajc, 2004). En effet, le discours sera nécessairement interprété en fonction des connaissances théoriques et des attentes de la chercheuse (Savoie-Zajc, 2004). Il ne faut pas l'oublier, cette dernière est à la recherche d'informations, ce qui aura une influence sur sa façon d'écouter et d'interpréter le message de son interlocuteur, mais aussi d'orienter l'entretien (Boutin, 2008). Cela rappelle le fait que «l'intervieweur, dans une perspective qualitative, ne peut pas atteindre ses objectifs sans se référer largement à sa propre expérience, à son imagination et à son intelligence» (Boutin, 2008, p.57), ce qui ne peut que teinter la collecte et l'analyse des données. En fait, notre analyse des données a pu être teintée par notre propre vision de l'objet d'étude, notre bagage d'expériences et nos valeurs. Nous avons choisi un angle pour regarder les données de recherche afin de cibler ce qui fonctionne le mieux ou s'avère efficace pour favoriser la participation aux soins de la clientèle. Une sélection des données a été faite afin de ne retenir que les éléments les plus pertinents au regard d'une compréhension de la compétence des professionnels à agir en matière de littératie en santé. Le fait que ce que nous pensions *a priori* au regard des questions de recherche a par conséquent pu influencer l'analyse et l'interprétation des données. Toutefois, tout au long de

notre démarche, nous avons eu le souci de minimiser cet impact en respectant le plus possible les propos des acteurs et en nous référant à nos notes de terrain.

L'utilisation des cartes conceptuelles possède aussi certaines limites. Puisque la chercheuse a elle-même réalisé les cartes, sa «voix» est nécessairement associée à celle du participant dans l'organisation de la carte (Biémar, 2009, p.192). C'est pour minimiser cet impact que certaines précautions ont été prises lors du traitement des données. Tout d'abord, le codage et le relevé des unités de sens dans le matériau ont permis de noter tous les éléments abordés par la personne au cours de l'entretien et non pas seulement ceux identifiés dans le cadre conceptuel de la recherche. Aussi, l'insertion d'extraits de verbatim dans les cartes a permis de respecter les propos de la personne, et même les termes employés par cette dernière lors de la création des cartes. Ainsi, une certaine transparence a été assurée dans cet exercice de représentation.

Par ailleurs, de par sa nature, le développement des compétences est un phénomène difficile à mettre en mots. Une partie des apprentissages réalisés dans le cadre des activités du travail demeurent souvent inarticulées, demeurant du côté tacite du savoir. Comme l'explique Leblanc (2005, p.3), la mise en mots de cette expérience et de ce vécu peut de ce fait donner lieu à différents types de discours :

La formalisation du vécu, selon le type de questionnement et le cadre de l'entretien, débouche sur différents types de discours qui se répartissent sur un continuum allant du discours idéalisé, professé (ce qu'il faudrait faire dans l'idéal ou ce que l'on pense faire à partir de ses conceptions du métier et de l'apprentissage) à un discours décrivant au plus près la pratique réellement réalisée (ce que je fais, ce à quoi je pense quand je le fais, ce sur quoi je me focalise, ce qui m'a amené à faire telle ou telle action...).

Les professionnels peuvent ainsi être amenés à «explicitement leur façon d'agir en invoquant des éléments différents de ceux qui guident réellement leur action» (Bourassa et al., 1999, p.52). Qui plus est, leurs propos peuvent être influencés par un désir de bien paraître ou de plaire à l'interlocuteur, de même que dans une certaine mesure, par le désir de vouloir lui rendre service (Savoie-Zajc, 2004). D'ailleurs, comme pour toute recherche où la participation est volontaire, seules les personnes souhaitant partager leur expérience ont accepté de collaborer à notre projet, ce qui peut aussi influencer les données amassées.

Enfin, soulignons en terminant que les professionnels, «qui ont acquis au cours de leurs années d'expérience un bagage de connaissances important» (Bourassa et al., 1999, p.52), sont

souvent davantage portés à faire référence aux apprentissages formels lorsqu'ils sont invités à parler de leur développement (Eraut, 2000). Le fait que ces derniers soient plus facilement repérables que les apprentissages informels, souvent plus diffus et dispersés, contribue en partie à ce phénomène (Cristol & Muller, 2013). Ainsi, une méthode basée sur «l'effort réflexif» de la personne concernant son apprentissage et son développement, et donc basée sur des données déclaratives, a ses limites (Cristol & Muller, 2013, p.29). Pour toutes ces raisons, les informations recueillies au cours de ce projet doivent être vues comme une approximation de la perspective que les interviewés ont bien voulu nous communiquer (Savoie-Zajc, 2004).

4.12 Déontologie

Le protocole de cette recherche s'est engagé à respecter les politiques universitaires sur la recherche et, à ce titre, a été validé par le comité d'éthique de la recherche de l'Université de Montréal (voir annexe C). Cette recherche n'exigeant que la participation à des entrevues, aucun risque ou inconvénient connu n'est associé à la participation à l'étude à part le temps qui devait être consacré pour l'entretien. La participation s'est faite sur une base volontaire et les professionnels étaient libres de se retirer à tout moment du projet. Ils en ont été informés par la chercheuse, qui avant le début de l'entretien a expliqué de vive voix le contenu du formulaire de consentement (voir annexe F). La chercheuse a détaillé les mesures prises pour assurer l'anonymat et la confidentialité des données. À cet égard, les participants ont été identifiés par des codes, la chercheuse et sa directrice de recherche étant les seules personnes à avoir accès aux données nominales, de même qu'aux enregistrements et aux transcriptions qui sont conservés sous clé. Aussi, il a été entendu que les données issues de ce projet serviront à des fins de recherche uniquement et qu'en aucun cas il ne sera possible d'identifier un individu en particulier, que ce soit dans le rapport de recherche ou dans des publications ultérieures.

Il est à noter que la chercheuse s'est également engagée à respecter les politiques des comités d'éthique de la recherche des établissements de santé où elle a colligé des données. Pour deux de ces établissements, des formulaires de consentement approuvés par les comités en place ont été utilisés, et un rapport des activités réalisées dans le milieu a été remis.

5 Portrait d'une compétence en développement

Ce chapitre, qui se veut le cœur de ce projet, donnera principalement la parole aux personnes rencontrées. Nous proposons ici une présentation de l'essentiel de leurs propos, et ce, organisée en fonction des trois dimensions du modèle de développement de la compétence, soit 1) la dimension de la pratique professionnelle, 2) la dimension de la réflexion sur cette pratique et 3) la dimension des ressources utilisées pour apprendre et agir. Nous ferons ressortir des propos recueillis sur le terrain les éléments les plus pertinents pour comprendre chacune de ces dimensions, puis leur articulation au regard d'un parcours de développement. Soulignons que chaque section se terminera par une carte synthèse, ce qui permettra de laisser des traces de la construction de notre compréhension du phénomène en vue d'en arriver à un modèle intégrateur.

Avant d'amorcer cette section, rappelons d'abord que le traitement et l'analyse des données sont ici de nature qualitative et interprétative. De ce fait, nous n'avons pas cherché à faire des généralisations, mais bien, dans cette description des données, à décrire et à comprendre un processus de développement. C'est beaucoup plus la pertinence du propos quant aux objectifs de cette recherche qui en faisait son intérêt. Même si certaines tendances peuvent se dégager en regardant l'ensemble des cartes, des éléments qui seront bien sûr soulignés, l'analyse des données a été faite dans le but d'identifier les éléments qui apportaient un éclairage nouveau relativement à chacune des dimensions de notre modèle du développement des compétences, et ce, peu importe la profession des intervenants. Soulignons également que les cartes individuelles, qui donnent une image de chaque entrevue, peuvent être consultées à l'annexe J.

5.1 Une clientèle au cœur des pratiques

La clientèle ciblée par cette recherche fait partie des groupes à risque de présenter de faibles compétences en littératie (voir section 1.1.2). Si la problématique de santé diffère, qu'elle soit de santé physique ou mentale, ces personnes ont en commun un risque plus élevé d'éprouver des difficultés à lire et à comprendre les écrits sur la santé. Comme les professionnels rencontrés l'ont confirmé, ces difficultés vont souvent de pair avec un faible niveau de scolarité, une précarité d'emploi et un statut socioéconomique plus difficile. Mais comment

ces intervenantes et intervenants ont-ils décrit les personnes qu'ils accompagnent, et plus particulièrement, comment perçoivent-ils les défis associés à un faible niveau de littératie dans les démarches en santé?

Dans un premier temps, les intervenantEs ont beaucoup parlé²³, en lien avec la santé ou non, des expériences de vie de leurs patients qui ont souvent des parcours assez difficiles. INF-9 et DTP-2 ont dit qu'une faible estime de soi est très fréquente chez leurs patients qui ont fréquemment vécu de nombreux échecs au cours de leur vie. En fait, de l'avis de plusieurs (PHARM-1; PHARM-2; INT-2; INT-3; MD-4; INF-9), ces personnes sont non seulement conscientes de leurs difficultés avec l'écrit mais elles sont aussi très critiques envers elles-mêmes (*«Ils sont très conscients de leur handicap, parce que c'est un handicap et ils le reconnaissent. C'est des gens qui, au niveau de l'autocritique, savent d'où ils viennent, savent qu'ils ne sont pas allés à l'école aussi longtemps qu'ils l'auraient voulu.»* INF-9). Ces caractéristiques font en sorte que la participation aux soins n'est pas toujours facilement initiée, une certaine méfiance étant mentionnée par plusieurs. En fait, pour INF-1, si les femmes accompagnées sont des «battantes», elles expriment souvent une méfiance à l'égard des intervenantEs de l'organisme. MD-4, qui observe la même chose, souligne que les professionnels sont d'emblée perçus comme faisant partie d'un camp adverse (*«Ils te voient comme celui qui était bon à l'école, celui qui fonctionnait bien dans la société, celui qui sait tout. Ils ne te voient pas en partant comme un ami, ils sont méfiants.»* MD-4). Aussi, les personnes vont avoir tendance à se comparer (*«Une personne qui est allée à l'Université, Ohhh ! Ça c'est quelqu'un d'intelligent, bien plus que moi!»* INT-2). Il y a ainsi une méfiance qui, de l'avis d'INT-2, prend racine dans les nombreux préjugés liés au statut social, alors que les assistés sociaux sont souvent perçus comme des personnes «paresseuses» qui «s'inventent des maladies».

Le fait de travailler dans une organisation desservant une clientèle à risque oblige les intervenants à s'adapter au contexte de vie de patients qui n'ont pas toujours les moyens à leur disposition pour prendre en charge leur santé (*«Souvent ils n'ont pas de transport, ils n'ont*

²³ Dans ce rapport de recherche, l'italique sera utilisé pour les citations des personnes interviewées afin de les distinguer des citations scientifiques.

pas d'argent. Le réseau autour fait que ça ne marche pas, ils n'ont pas d'aide.» DTP-3). En fait, comme le mentionne également INF-1, ce n'est souvent pas tant le manque de ressources financières que l'absence d'un réseau de soutien qui est problématique («La plus grande pauvreté n'est pas matérielle, elle est sociale et relationnelle et c'est le cas des femmes avec qui je travaille.» INF-1). Dans une approche en partenariat où l'on mise beaucoup sur la collaboration avec les proches pour soutenir la personne dans son milieu de vie, c'est un élément important à considérer dans la façon de penser la pratique auprès de la clientèle ciblée par cette recherche.

En ce qui concerne les défis associés à un faible niveau de littératie, le manque de vocabulaire est un élément qui a souvent été mentionné («Comment le mal? Ça pique, ça chauffe? Ça irradie? Il leur manque les mots pour expliquer.» INF-9). Ce manque de mots semble souvent associé à un manque de connaissances en lien avec l'anatomie («Ils ne savent pas où sont les organes.» INT-2), d'où une difficulté à communiquer et à expliquer la nature du problème de santé. Ce serait d'ailleurs la raison pour laquelle, de l'avis d'INF-9 et INT-2, des services par téléphone, comme *Info-santé*, seraient peu utilisés par ces patients qui préfèrent trouver des réponses à leurs questions en santé en consultant des personnes au sein de leur entourage (INF-9). En plus d'une préférence pour une transmission à l'oral de l'information, des difficultés à nommer et à expliquer leur médication ont maintes fois été soulignées («J'ai la petite pilule blanche...» INF-4).

En résumé, la carte ci-dessous reprend les principaux points abordés par les professionnels lorsqu'ils ont été invités à brosser le portrait de leur clientèle.

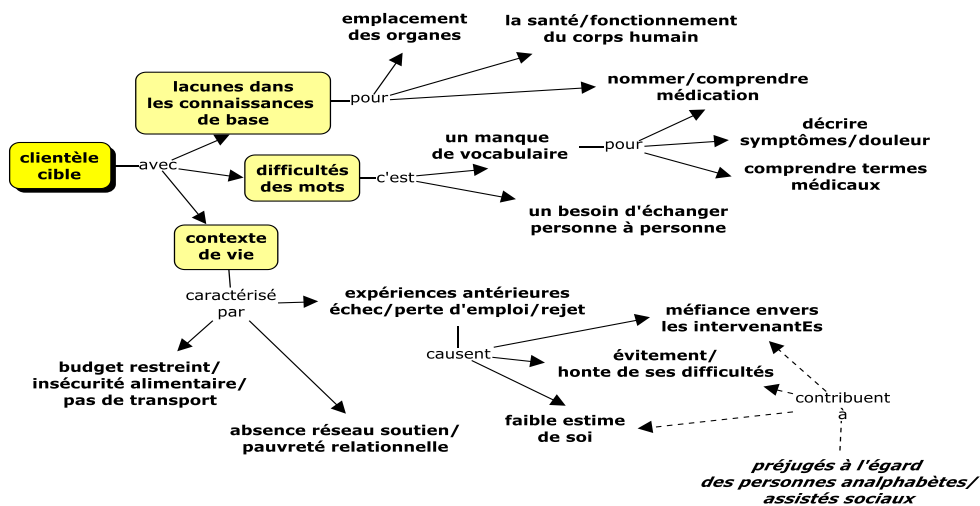


Figure 16. Carte-résumé du portrait de la clientèle

5.2 La pratique professionnelle au regard de la littératie

Le cadre théorique de cette étude a présenté la dimension de la pratique professionnelle comme celle qui renvoie à l'action menée et aux résultats qu'elle produit. Dans cette section, nous chercherons à faire ressortir ce qui est fait par les professionnels pour adapter leurs interventions afin de répondre aux besoins de leur clientèle de faible niveau de littératie. Comme en témoignent les cartes individuelles réalisées (voir annexe J), la dimension de la pratique est celle qui a été le plus abondamment traitée. Nous présenterons ici seulement l'essentiel des propos les plus porteurs afin de comprendre le portrait que les professionnels rencontrés brossent de leur clientèle et de leur pratique en partenariat de soins. Vu la densité des données recueillies à ce propos, certaines sous-sections portant sur la pratique se termineront par un résumé sous forme de carte afin de faciliter la condensation des données.

5.2.1 Une pratique en partenariat de soins

Les participantes et participants à cette recherche ont été choisis en fonction de la pratique collaborative de soins qu'ils mettent en œuvre auprès d'une clientèle à risque sur le plan de la littératie. Dans les faits, comment ces professionnels décrivent-ils cette pratique et à quoi ressemble-t-elle? Chose certaine, pour la majorité d'entre eux, il était d'abord question d'une «*relation d'égal à égal*» (MD-3; INF-9; EDPHY-1). Pour MD-3, la pratique en partenariat de

soins repose sur une façon de penser le rôle du patient dans les soins, mais aussi dans les décisions qui s'y rattachent :

Les patients font parti de mon équipe et ce n'est pas moi qui leur dis tu fais ça, ça, ça. Non. On travaille en équipe. Qu'est-ce que vous en pensez? Est-ce que ça c'est faisable pour vous? Qu'est-ce que vous suggérez pour que ça fonctionne? Il y a vraiment un échange où le patient est à l'aise de me dire, regarde, ça, je sais que tu veux que je le fasse, mais c'est pas possible, je ne le ferai pas. Ça ne me tente pas de le faire ou je ne veux pas ou ce n'est pas dans mes croyances. Qu'est-ce qu'on peut faire d'autre? Viens, on va chercher une solution. MD-3

Ces propos renvoient essentiellement à l'image d'une pratique (voir figure 2 p.24) où le patient se situe dans le cercle d'intervenants plutôt qu'au centre, ce dernier étant un membre à part entière de l'équipe de soins («*On nous dit tout le temps que le patient est au centre. Non, moi je pense que, dans ce temps-là, il est inerte. Il faut que ce soit lui qui identifie son besoin et qu'il aille chercher ses outils.*» INF-3). De son côté, MD-6 va plus loin et nomme ce patient «*chef de l'équipe*» («*Ça lui donne du pouvoir tout de suite en partant afin qu'il puisse aller chercher ses informations tant auprès des autres patients dans les groupes qu'auprès des professionnels de l'équipe.*» MD-6).

Pour INT-3 et PAIR-2, l'idée est de laisser la personne organiser les démarches qui la concernent («*C'est moi qui coordonne mes intervenants, c'est pas les intervenants qui me coordonnent!*» PAIR-2), en évitant de procéder «*d'intervenant à intervenant*» (INT-3). En fait, en lien avec la planification des interventions ou le choix des traitements, plusieurs nous ont parlé du «*projet de vie*» du patient (PAIR-1; EDPHY-1; INF-8; INF-1; INF-2; PSYED-1; PHARM-2). Comme l'explique INF-8, dans son milieu, un moment est pris afin d'inviter le patient à partager avec l'équipe ses besoins et les objectifs qu'il souhaite atteindre en fonction de ses valeurs. Si c'est une occasion pour les deux parties d'échanger sur leurs préoccupations respectives, ce «*projet de vie*» devient un outil de travail pour l'équipe dont les «*interventions seront ensuite ancrées directement sur ce projet*» (PHARM-2). Bien entendu, ce type de rencontre ne se fait pas toujours de façon aussi formelle, surtout dans le contexte d'un suivi plus ponctuel ou de plus courte durée.

Parmi les autres stratégies relevées, MD-6 a dit s'informer de la raison de consultation, du besoin tel que perçu par la personne, afin de les noter au dossier à côté de celle à l'origine de la demande de consultation. Pour MD-4, il est clair que les besoins ou les objectifs recherchés par la personne ne sont pas toujours ceux qu'ils auraient, eux, choisis en tant que

professionnels. Mais c'est en cherchant à «*se coller*» (MD-6) le plus possible à la principale demande du patient que la relation de collaboration peut se développer par la suite (MD-4; MD-6; DTP-2; DTP-3).

Finalement, ce que nous retenons du portrait que font les intervenantEs de leur pratique en partenariat (voir carte-résumé ci-dessous) est l'idée d'un partage du pouvoir, en laissant au patient l'espace nécessaire pour faire les choix qui concernent sa santé. Pour MD-5, c'est cette «*décision*» qui a été au cœur des changements apportés à sa pratique :

En santé publique, on m'avait formé à changer les comportements et à augmenter l'adhérence à des lignes directrices. J'ai réalisé qu'il y a beaucoup d'implicite là-dedans et que, dans le fond, il n'y en a pas de points de décision. Ce que tu pousses vers l'individu, c'est quelque chose que tu as déjà décidé finalement et qui ne prend pas du tout en compte la personne sur laquelle les actions vont prendre forme. MD-5

Pour que le partage des décisions se fasse sur de véritables choix, il doit prendre en compte les savoirs d'expériences de la personne. Dans leur pratique en partenariat de soins, les intervenantEs ont beaucoup parlé du savoir expérientiel de leurs patients (INF-9; INT-2; INT-3; MD-6; INF-7) : un savoir à valoriser («*Il faut reconnaître qu'ils ont une expertise, qu'on appelle le savoir expérientiel. C'est deux experts qui se rencontrent finalement.*» PAIR-2). Les patients ont un vécu en lien avec leur maladie, connaissent leurs symptômes et leurs réactions aux traitements pharmacologiques (MD-6), et c'est le partage de ces expériences qui permettrait au professionnel d'organiser ses propres savoirs, mais aussi de les modifier au besoin («*Reconnaître et respecter les savoirs que les gens ont déjà, c'est être capable de changer notre perspective. C'est pas facile quand tu es habitué à valoriser ça d'une certaine manière.*» INT-2). Et ce changement est appelé à se faire à chaque nouvelle relation de soins, les professionnels ayant parlé non pas d'une, mais de plusieurs pratiques, toujours uniques (MD-6; PSY-1; EDPHY-1).

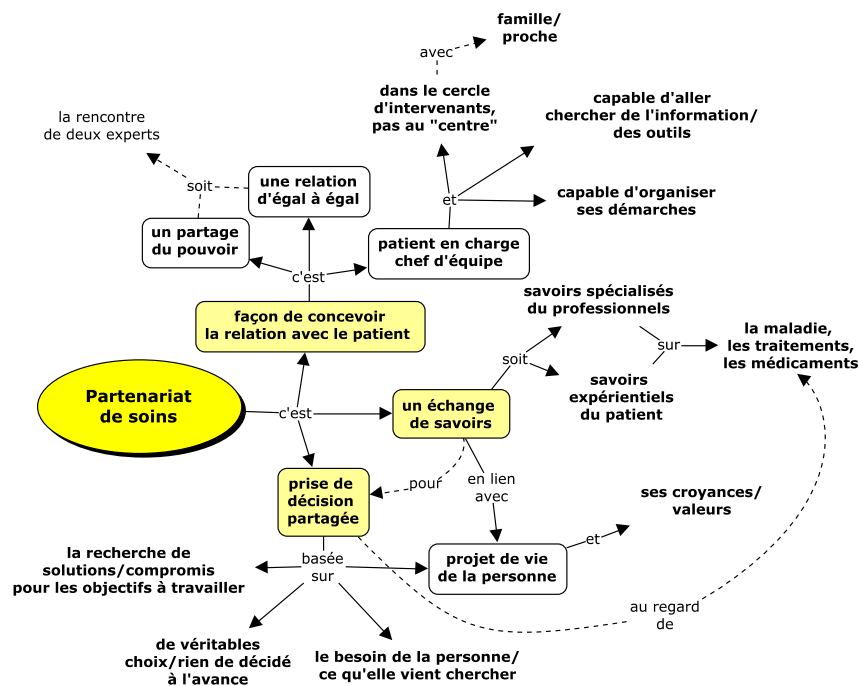


Figure 17. Carte-résumé d'une pratique en partenariat de soins

5.2.2 Le climat propice au partenariat

Si la relation entre le professionnel et son patient est l'ancrage qui favorise l'échange de savoirs et la collaboration dans les soins, un lien de confiance est d'abord à développer. Afin de créer ce lien, d'après les propos recueillis, l'accueil serait un moment crucial. Trop souvent, comme INF-9, PAIR-2 et INT-2 le déplorent, dès leur arrivée dans un nouveau milieu de santé, les personnes se voient remettre des questionnaires à aller remplir dans la salle d'attente («le fameux pad!» PAIR-2). De l'expérience d'INT-2, certains vont alors «fuir, dire je reviendrai plus tard». L'accueil dans un milieu de santé devrait pourtant être l'occasion d'établir un contact «humain» (INT-2) favorable au développement d'un tel climat. D'autant plus que, pour PHARM-2, un accueil bienveillant peut faire toute la différence auprès de ces personnes qui portent souvent en eux la crainte d'être jugées («Ils sont sensibles à ces petites choses-là.» PHARM-2).

Alors qu'on s'entend sur le fait que davantage d'efforts et de temps devraient être consacrés à l'accueil (INF-7; PHARM-2; PSYED-1; INT-2; INT-3; MD-1; MD-3), un des

milieux visités a comme pratique de nommer une personne «*intervenante à l'accueil*» («*Quand ils arrivent, il y a quelqu'un qui est là. C'est le port d'attache.*» PSYED-1). Cette intervenante joue le rôle d'une personne ressource pour soutenir les démarches dans le milieu, que ce soit pour remplir des papiers ou trouver les services dans l'établissement, mais aussi pour parler et échanger afin de rendre l'expérience moins «*stressante*» (INT-2). Un accueil se fait aussi dans les premiers contacts entre le professionnel et le patient, un moment auquel plusieurs consacrent beaucoup d'efforts («*It makes it or breaks it*» MD-3), et ce, «*dès l'arrivée dans la salle*» (MD-1). S'informer de la personne et la laisser s'exprimer prend plus de temps que d'aller directement au but de la visite, mais serait une pratique gagnante (MD-1) favorisant un climat de collaboration et d'apprentissage («*L'accueil d'abord et avant tout c'est dire on va prendre le temps qu'il faut pour travailler ensemble. Il faut que la personne sente que tu vas l'écouter et qu'elle n'est pas là juste à se dire, aïe faut que ça aille vite. C'est là que ça bloque.*» INT-2).

Pour EDPHY-1, l'accueil doit également être une occasion de mettre en valeur les forces de la personne en lui faisant sentir que ses compétences seront mises à profit («*Quand je rentre en contact avec mon client, je m'adresse à lui, à ses forces, à ses compétences, à ses intérêts. Je me branche direct là, je ne lis pas le dossier 15 heures avant.*» EDPHY-1). Comme l'a exprimé PHARM-2, les intervenantEs ont souvent tendance à parler plus des défis que des compétences de la personne : «*on est habitué à cibler le problème et à le régler*». Pour PAIR-2 et MD-3, l'idée est de saisir une occasion de mettre en lumière le fait que tout le monde a des compétences, mais, heureusement, pas dans le même domaine («*Je leur donne mon exemple. Quand je vais chez le mécanicien ou chez le comptable, je ne comprends rien et j'ai peur de poser des questions.*» MD-3). Il peut être rassurant pour un patient de savoir que le professionnel devant lui comprend ou a déjà expérimenté le fait de se sentir «moins compétent» dans un certain contexte.

Finalement, le climat de confiance est considéré comme un élément fondamental dans une pratique auprès d'adultes qui ont souvent une faible estime de soi et une crainte de mal paraître devant le professionnel («*Au début, ils sont dans le climat, ils sont dans le est-ce que je vais être écouté? Est-ce que je vais faire rire de moi?*» INT-2). Si une méfiance est souvent observée par les intervenants et intervenantes que nous avons rencontrés, INF-7 note que

d'utiliser et de livrer un peu de son propre vécu est souvent une façon de faire qui donne naissance à des échanges plus vrais, une stratégie qu'emploie également PSY-1 afin d'apaiser la méfiance de certains patients.

En résumé, comme l'illustre la carte ci-dessous, l'accueil dans le milieu de santé a été nommé comme un point important de la pratique. Si c'est l'occasion de laisser la personne s'exprimer sur le réel motif de sa démarche, et sa perception de la situation, c'est également un espace pour apaiser une certaine méfiance qui peut teinter les premiers contacts avec le milieu.

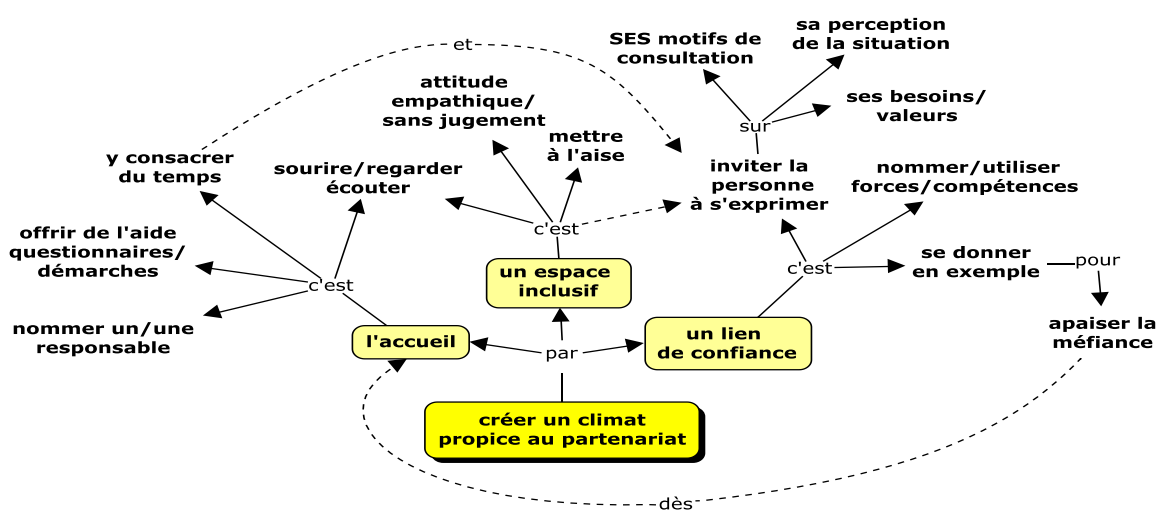


Figure 18. Carte-résumé d'un climat propice au partenariat

5.2.3 L'évaluation du niveau de littératie

D'entrée de jeu, un des premiers constats qu'il a été possible de faire est le fait que pour la plupart des professionnels rencontrés, littératie et littératie en santé ne sont pas des termes qui leur sont familiers. En effet, sur les 30 personnes interviewées, seulement 7 connaissaient déjà ces termes et étaient en mesure de les utiliser au cours de l'entretien. Pour les autres, nous avons pris le temps de les définir en début d'entrevue, principalement dans le but d'avoir une compréhension commune de la terminologie en lien avec les objectifs de la recherche. Toutefois, il s'est avéré souvent plus facile de parler de «difficultés à lire, à comprendre et à utiliser l'information sur la santé» en cours d'entretien.

Questionnés sur la façon dont ils évaluent les capacités de leurs patients à comprendre et à utiliser l'information en lien avec leur santé, plusieurs ont dit se fier au niveau de scolarité, une donnée qui figure souvent déjà au dossier. D'autres s'informent directement auprès de la personne (INF-1; PAIR-2), tandis que d'autres encore (MD-1; MD-3) préfèrent parler de leur métier ou de leur profession afin de se faire une idée du rapport à l'écrit. Si dans l'ensemble le niveau de scolarité atteint était considéré comme une donnée importante à avoir en main, dans le cours d'une interaction avec la personne, plusieurs intervenants, tant hommes que femmes, ont mentionné qu'ils sentaient que c'était un sujet «*délicat*» à aborder avec leurs patients (MD-1; MD-3; PHARM-1; MD-1). En fait, pour MD-1, questionner la personne sur son niveau d'éducation peut paraître «*plutôt insultant*».

Aussi, dans le contexte d'un entretien, les professionnels se basent souvent sur «*la manière dont la personne raconte son histoire, par le vocabulaire qu'elle utilise*» (MD-1) et sa façon d'expliquer la nature de son problème («*C'est comment il est capable de présenter ses antécédents, ses listes de médicaments, ses traitements, des choses comme ça. On peut percevoir des gens qui disent ben je ne le sais pas, j'en prends 4, une petite rose, je ne le sais pas pourquoi... c'est là que je le vois.*» MD-5). Ce serait donc d'abord une question d'«*y être sensible*» (MD-5) lors d'une première rencontre avec un patient, mais aussi de porter attention à certains indicateurs. À ce propos, ils ont évoqué porter attention aux comportements de fuite ou d'évitement face à l'écrit («*Souvent ce que je vais voir, c'est 'j'ai pas mes lunettes'*» INF-9), mais aussi s'informer des habitudes et intérêts en lien avec l'écrit («*Est-ce que ces gens-là lisent? Ou quel genre d'émissions ils écoutent? Des émissions d'information?*» PSY-1). Dans le cas de MD-2, qui se déplace à domicile, la présence ou l'absence d'imprimés s'avèrent des indicateurs jugés utiles («*Pas de journal, pas de livre, rien du tout. Juste la télévision qui est en marche. Déjà un journal sur la table ou des revues, ou rien du tout.*» MD-2).

Toutefois, pour plusieurs, évaluer les compétences en littératie chez les patients demeure un défi. Selon l'expérience de DTP-2, DTP-3, INF-9, PHARM-2 et PHARM-1, les patients n'informent pas le personnel de leurs difficultés en lien avec l'écrit. Et comme l'explique PHARM-1, les professionnels ont tout simplement peu de moyens pratiques à leur disposition pour évaluer les compétences de base en lecture et en écriture chez un patient sans nuire à l'alliance thérapeutique («*Dans une interaction brève avec un patient, tu ne peux pas*

aller chercher cette information-là sans le vexer. Alors, c'est problématique.» PHARM-1). De ce fait, les professionnels rencontrés sont bien conscients qu'ils ne sont pas toujours en mesure de dépister les patients pour lesquels lire, comprendre et utiliser l'information écrite en santé est plus difficile («Moi, il m'est déjà arrivé de découvrir qu'une personne était analphabète après plusieurs rencontres.» DTP-2).

En résumé, tel que l'illustre la carte ci-dessous, les intervenantEs rencontrÉs ont dit se fier à des indicateurs comme le niveau de scolarité, le statut ou le type d'emploi pour évaluer la littératie chez leur patient. Toutefois, dans le contexte d'une intervention auprès d'une clientèle qui souvent peut être plus méfiante ou éprouver une certaine honte par rapport à leurs difficultés avec l'écrit, ils semblent privilégier des indicateurs autres que la scolarité. Aussi, si plusieurs professionnels de la santé sont peu familiers avec la terminologie associée à la littératie, ils démontrent une connaissance empirique du sujet de par les aspects sur lesquels ils ont dit porter une attention particulière, tels que la présence d'imprimés au domicile, les habitudes de lecture ou la façon de nommer et expliquer sa médication.

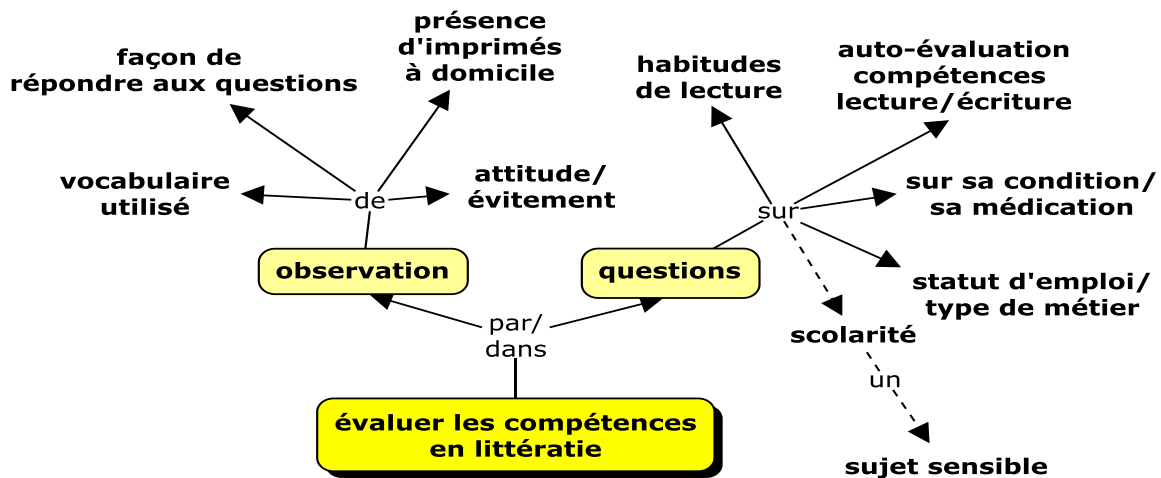


Figure 19. Carte-résumé sur l'évaluation de la littératie

5.2.4 La communication

La communication est un sujet vaste, complexe et aux multiples dimensions. Dans les entretiens, nos questions tentaient de cibler les façons de faire ou trucs du métier qui ont été développés afin de communiquer efficacement avec des personnes de faible niveau de littératie. Les participants ont traité abondamment de ce sujet et avaient tous identifié des stratégies gagnantes au fil de leur pratique. L'essentiel de leur propos à ce sujet portait plus particulièrement sur trois points, soit le choix de l'information à donner, la façon de la communiquer et les moyens d'en vérifier la compréhension.

En premier lieu, l'importante quantité d'informations à transmettre au patient dans le contexte de la prise en charge d'une maladie, chronique ou non, impose des choix à faire afin de cibler le plus utile pour la personne. Pour s'orienter dans le contenu de ce qui est à transmettre, plusieurs (INF9; MD-7; INT-2) ont dit que le secret est d'abord et avant tout de donner la chance à la personne de *«partager ce qu'elle sait de sa maladie et de ses soins»* (PAIR-2) afin de *«bâtir ensuite sur ce qu'elle a comme savoirs»* (INT-2). C'est du même coup une occasion de valider l'information qui a été cherchée en lien avec le problème de santé et y déceler le cas échéant de fausses interprétations (*«C'est de dire : connaissez-vous quelqu'un qui a eu ça? Qu'est-ce qui est arrivé? Ah ben là, il est rendu aux aiguilles...»* INF-4). Les professionnels, femmes et hommes, ont également souligné l'importance à leurs yeux de cibler l'information à transmettre en fonction du cheminement de la personne dans la maladie (MD-4; MD-6; MD-7; DTP-2; DTP-3; INF-3; INF-4), un facteur qui a un impact certain sur la réceptivité de celle-ci. Toutefois, l'élément le plus important semblait s'articuler sur le besoin de viser l'information en lien avec ce que la personne vit au moment présent afin qu'elle soit le plus *«collée»* à sa réalité à elle (MD-6). Finalement, comme EDPHY-1 l'a résumé, des efforts étaient déployés afin de donner une information *«qui la concerne elle»*.

En deuxième lieu, les participantEs ont parlé de l'importance d'utiliser des mots simples, issus du langage populaire, et d'éviter le jargon médical ou les mots trop spécialisés (*«On trouve des synonymes : au lieu de glycémie, on dit le sucre est trop haut, des termes ordinaires.»* MD-4). Aussi, INT-2 et INT-3 ont dit avoir appris à porter attention aux mots employés par la personne afin de les réutiliser ensuite dans la conversation (*«Si au lieu de dire douleur abdominale, la personne dit mal au ventre, et bien, après, c'est de réutiliser ce mot-là.*

Ça valorise en même temps un discours qui peut être différent.» INT-3). MD-5 de son côté dit offrir l'occasion aux patients d'acquérir le vocabulaire en lien avec leur santé en expliquant avec humour un mot plus médical (*«Dire en blague, je fais mon docteur pour vous impressionner, mais, dans le fond, ça veut juste dire telle chose.» MD-5*). Pour cette personne, pour en arriver à ce que la ou le patient développe une autonomie décisionnelle, l'intervenantE a un rôle à jouer pour offrir certaines clés permettant de comprendre la problématique de santé. En ce sens, l'idée n'est pas nécessairement d'éviter d'employer tous les termes médicaux, mais d'en faciliter l'accès. Aussi, afin d'outiller le patient en vue d'une participation aux échanges menant à une prise de décision partagée, verbaliser ses gestes et sa démarche réflexive serait une autre stratégie gagnante (*«J'essaie de leur dire ce à quoi je pense quand je suis en train de poser un geste, une action, de proposer quelque chose, pour qu'ils comprennent et qu'ils décodent comment je travaille dans ma tête.» MD-5*).

Enfin, en troisième lieu, les intervenantes et intervenants ont abordé la façon dont ils s'y prennent pour valider avec leurs patients la compréhension de ce qui a été discuté ou expliqué lors d'une rencontre. D'après les personnes interviewées, c'est un point qui s'avère souvent problématique avec leur clientèle. Elles notent (MD-1; MD-2; MD-4; INF-2; PSYED-1) que leurs patients donnent souvent l'impression de suivre au cours d'un entretien (*«Ils vont répondre oui, oui, hum hum, alors qu'ils n'ont pas compris.» MD-2*) et n'osent pas dire qu'ils n'ont pas compris ce qui a été expliqué (*«Ils ont peur de dire 'je n'ai pas compris', il y a toute cette honte-là.» PSYED-1*). Alors comment les professionnels s'y prennent-ils pour s'assurer d'une bonne compréhension de ce qui a été discuté? En tout premier lieu, pour INT-2, il faut à tout prix éviter des formules qui peuvent générer un stress de performance :

La pire affaire, c'est de demander avez-vous compris? La personne va dire oui parce que c'est stressant de dire non. Tu sais que tu vas reprendre du temps du professionnel et des fois tu sais pas trop comment lui dire ce que tu n'as pas compris justement parce que tu ne l'as pas compris. INT-2

Si certains demandent à la personne de faire un résumé de la rencontre (*«Demander, qu'est-ce que tu as retenu de notre rencontre? Tu repars avec quoi aujourd'hui?» PSYED-1*), plusieurs ont parlé du malaise qu'ils ont à poser des questions sur ce qui a été retenu auprès de personnes souvent sensibles à l'échec (*«Moi, je ne peux pas être comme un prof d'école qui va mettre une note, qui va porter un jugement. Si la personne se sent jugée quand on vérifie l'état de ses connaissances, je n'aurai plus d'alliance thérapeutique.» MD-6*). Pour ces raisons, ce

sont des stratégies informelles qui semblaient être le plus souvent privilégiées, telles que porter une attention au non verbal et aux expressions du visage («*Ils penchent la tête, tu vois dans le non verbal qu'ils évitent le regard.*» PSYED-1; «*C'est les yeux qui parlent beaucoup, mais c'est des choses qu'il faut attraper au vol.*» MD-1). Il y aurait en fait une lecture de la situation, une perception de l'échange fait par l'intervenantE qui y porte une attention consciente («*Ah! Tu as cette impression que la personne a bien compris.*» MD-7; «*C'est plus dans les qualités, dans le non verbal, dans l'interaction.*» PHARM-2). Le souci de préserver un climat propice au partenariat semblait ainsi souvent orienter la façon de s'assurer d'une compréhension commune des points discutés.

En résumé, comme l'illustre la carte ci-dessous, les professionnels ont dit miser sur des stratégies de communication qui ont fait leur preuve, telles que l'utilisation d'un langage simple, exempt de jargon, mais aussi cibler l'information afin qu'elle «*colle*» le plus possible à la réalité de la personne en fonction de ses besoins et de son contexte d'utilisation. L'évaluation de ce que la personne sait et comprend de sa situation ou de l'information transmise semblait se faire beaucoup dans l'interaction, alors que les professionnels ont dit s'appuyer sur une certaine «*perception*» des qualités de l'échange.

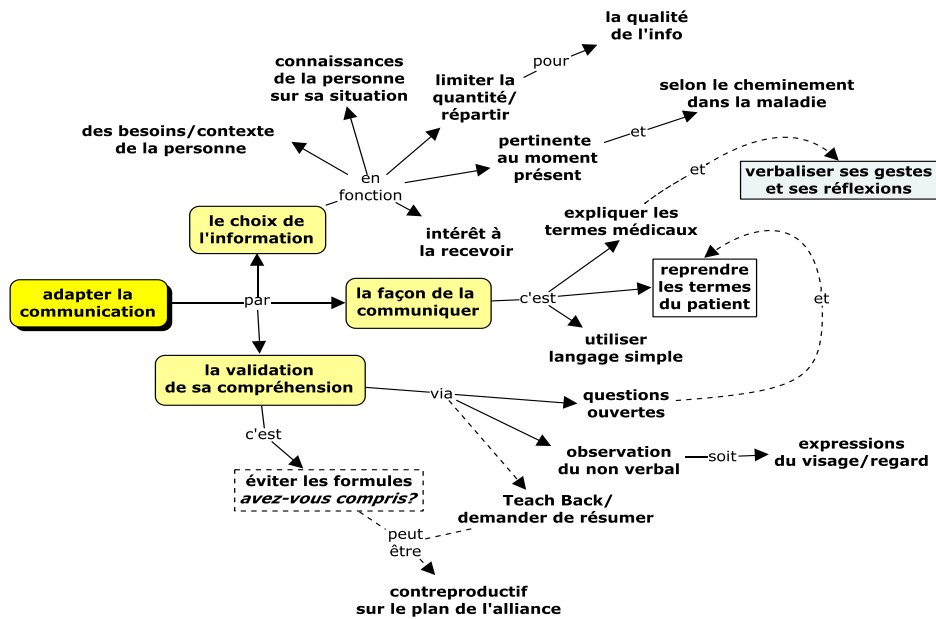


Figure 20. Carte-résumé d'une communication orale adaptée à la littératie

5.2.5 Le soutien à l'accès et à l'utilisation de l'information

Dans une pratique axée sur la participation active aux soins et aux décisions à prendre, il y a un important volet d'éducation à considérer. Pour PAIR-2, c'est indéniable, *«plus la personne a des connaissances sur la maladie ou la médication, plus elle va s'approprier le pouvoir sur sa vie»*. Aussi, pour INF-9, ce savoir joue un rôle important sur l'intérêt et la motivation du patient à participer aux soins (*«Moins ils en savent, plus ils nous laissent faire et ils se déchargent.» INF-9*). Ceci étant dit, l'information sur la santé est souvent complexe, relevant d'un domaine hautement spécialisé, et la comprendre est un défi d'autant plus grand lorsque les compétences de base en traitement de l'information ne sont pas optimales.

D'entrée de jeu, selon les propos recueillis, les milieux de santé semblent miser encore beaucoup trop sur une transmission de l'information à l'écrit. Il y aurait une quantité importante de documents remis aux patients, INF-9 parlant de plus d'une trentaine de feuillets explicatifs destinés aux patients qui s'engagent dans un traitement de chimiothérapie. Les dépliants et autres documents informatifs sont non seulement nombreux, mais ils ont souvent tendance à être volumineux et beaucoup trop chargés (*«On dirait qu'ils ne veulent rien oublier.» INF-3*), ce qui rend difficile l'identification de l'information importante. Par exemple, le guide *Mieux vivre avec son enfant*, qui vise un public de jeunes parents, a plus de 780 pages (*«Quand tu ne lis pas beaucoup, ce gros guide-là, c'est inaccessible.» INT-3*). De ce fait, les intervenantEs rencontrés ont dit ne pas être en mesure d'utiliser le matériel disponible avec leur clientèle (*«Le guide 'Mieux vivre avec son diabète', ce n'est pas pour monsieur et madame Tout-le-Monde, c'est pour des érudits. C'est un gros document, il y a des questions techniques là-dedans. Moi, en 7 ans, il n'y a que deux patients à qui je l'ai prêté.» INF-4*). Si ces guides se veulent de précieux outils de référence, ils ne répondent pas aux besoins de la clientèle au sein des groupes à risque sur le plan de la littératie. L'information écrite sur la santé ne serait pas adaptée à leur besoin d'abord en raison d'un niveau de langue trop élevé (PHARM-1) et de l'accent mis sur le contenu du texte (INF-6; INF-9), mais aussi en raison de caractères souvent trop petits et d'une mise en page trop chargée (PHARM-1; DTP-1; INF-3), ce qui constitue des barrières supplémentaires à l'accessibilité à l'information. Bref, il s'agit d'une documentation qui semble la plupart du temps manquer sa cible (*«Ici, on leur donne un paquet de dépliants et on les retrouve dans la poubelle!» PAIR-2*).

Face à ce manque de ressources pour les soutenir dans leurs interventions, plusieurs intervenantEs ont parlé des outils qu'elles ou ils ont développés. Sans être en mesure de les présenter tous dans le cadre de ce travail, citons à titre d'exemple un carnet qui a été monté par des intervenantEs en collaboration avec des personnes de faible niveau de littératie, un outil visant à soutenir l'échange d'information entre le professionnel et le patient lors d'une rencontre médicale. Ce petit carnet propose entre autres des images clés sur lesquelles le patient peut s'appuyer pour répondre à des questions telles *où est située ma douleur? Comment la décrire? Quels sont les médicaments que je prends?* Un médecin a également parlé d'un outil imagé d'aide à la décision développé en vue de soutenir ses patients dans l'autogestion d'une maladie de peau fréquente et une infirmière, de matériel éducatif organisé autour d'illustrations sous forme de bande dessinée. Ces outils avaient en commun une mise en page épurée, avec un minimum de mots, et tenaient le plus souvent sur une ou deux pages. Soulignons enfin un outil audiovisuel présenté par l'une des personnes rencontrées intervenant dans le domaine de la pharmacie, soit une vidéo réalisée avec des patients conçue dans le but de soutenir la prise de médication.

Lors d'une rencontre médicale, plusieurs (MD-1; MD-3; INF-3) ont dit s'appuyer sur des mémos ou aide-mémoire faits pour la personne, en sa présence (*«Je fais beaucoup de dessins, j'écris des mots-clés et je remets la feuille au patient. C'est jamais quelque chose qui est préparé d'avance.» MD-3; «Des fois c'est juste une petite recette, numéro 1, 2, 3, voici ce que vous faites dans l'ordre. Et je leur dis de coller ça sur leur frigo.» MD-1*). L'information présentée est alors ciblée en fonction des besoins de la personne et de son contexte d'utilisation à elle (*«Pour une patiente qui oubliait sa crème le soir, j'ai fait un mémo pour coller sur sa porte de chambre.» MD-1*).

Enfin, des intervenantEs en soins infirmiers responsables du volet d'enseignement aux patients ont dit pallier le manque d'outils adaptés à la clientèle en préparant des présentations avec PowerPoint (INF-3; INF-4; INF-8). Ces personnes ont aussi souligné l'efficacité d'une multiplication des modalités de transmission, soit via des vidéos, des témoignages audio, des images ou des pictogrammes (*«Plus on sollicite de sens, plus l'information va rentrer.» DTP-3*). Les outils visuels, de l'avis de PHARM-1, sont non seulement appréciés de tous les patients, *«instruits et moins instruits»*, mais également des professionnels qui les utilisent (*«Le*

feedback informel sur notre outil visuel, tant des médecins, des pharmaciens que des patients, c'est qu'ils aiment ça l'utiliser parce que c'est plus clair.» PHARM-1). En ce sens, pour INT-2, il y a un avantage à encourager le développement et l'utilisation de tels outils qui non seulement simplifient les échanges d'information mais contribuent du même coup à créer un environnement plus inclusif.

Au final, dans ce rôle d'éducation qu'ils ont à assumer, pour INF-2 et INF-7, le plus important est de ne pas sous-estimer la capacité des personnes, même moins outillées sur le plan de la littératie, à comprendre l'information. C'est leur rôle à eux de trouver des moyens de la rendre accessible (*«La question qu'on se pose souvent, c'est est-ce que c'est la personne qui n'est pas capable de comprendre ou c'est toi qui n'es pas capable de lui expliquer?» PHARM-2).* Et dans cette recherche de moyens, les outils de télécommunications peuvent devenir de précieux alliés auprès d'une clientèle de faible niveau de littératie. À ce propos, PAIR-2, PHARM-1 et INF-1 ont parlé des téléphones cellulaires. Même en milieu socio-économique défavorisé, la plupart des patients qu'ils côtoient en possèdent un. Dans l'équipe de PAIR-2, le téléphone cellulaire est d'ailleurs devenu un outil de travail pour les intervenantEs qui l'utilisent pour communiquer par textos avec leur clientèle composée de jeunes adultes. Pour les pharmaciens, c'est un outil qui offre un potentiel incroyable pour soutenir les patients dans l'autogestion de leur médication (*«J'installe leur alarme de cellulaire pour la prise de la médication avec eux.» PHARM-2).* Les intervenantEs qui intègrent les téléphones cellulaires auprès de leur clientèle à risque sur le plan de la littératie semblent en apprécier les retombées, mais surtout, en contempler l'immense potentiel pour favoriser l'autonomie des patients (*«Les outils cellulaires semblent la voie d'accès car c'est vraiment visuel.» PHARM-1).*

L'Internet a d'ailleurs été souligné comme un élément important dans la pratique mise en œuvre auprès de la clientèle visée (MD-4; MD-6; INF-8). Si les personnes vivant en milieu socio-économique plus défavorisé ne possèdent pas nécessairement d'ordinateur personnel, l'accès à un poste avec une connexion réseau se fait dans divers lieux publics, tels que la bibliothèque ou les locaux d'organismes communautaires du quartier. Certes, INT-2 et MD-6 notent que l'utilisation de la souris ou des navigateurs Web est ardue pour certaines personnes, mais selon leur expérience, tous les patients, qu'ils soient de faible niveau de littératie ou non,

consultent Internet. Et c'est bien connu, si les moteurs de recherche peuvent mener à une mine d'informations pertinentes, il peut être difficile de tomber rapidement sur de l'information fiable (PHARM-2). Pour plusieurs (MD-1; MD-3; INF-9), cela contribue à générer de l'anxiété chez des personnes qui ne sont pas en mesure d'évaluer la fiabilité des sources d'information, de l'interpréter en la nuancant ou d'interpréter des chiffres et des statistiques («*Si vous lisez sur le Tylenol, vous pouvez mourir d'une cirrhose du foie.*» PHARM-2; «*C'est des affaires de stats et le 2% d'effets indésirables, ils vont le lire.*» INF-9). Ceci étant dit, selon INT-2 et MD-6, c'est une réalité à laquelle ils doivent s'adapter afin de fournir le soutien nécessaire («*Tout le monde veut savoir, veut aller sur Internet. Faut répondre à ce besoin.*» INT-2; «*On sait qu'ils vont y aller sur Internet, alors il faut les guider là-dedans.*» MD-6). Les stratégies privilégiées consistent à s'informer d'abord des recherches qui ont été faites, puis à discuter de ce qui a été trouvé afin de fournir au besoin des précisions contribuant à mettre en contexte des informations parfois «*catastrophes*» (MD-1). Plusieurs intervenants ont dit orienter finalement les personnes vers des sites fiables en fournissant des adresses à consulter (MD-3; MD-6; INF-3; INF-5; INF-8).

Enfin, selon ce qu'a observé INT-3, lire «*pour ou avec*» la personne qui a de faibles compétences en littératie serait un premier réflexe chez les intervenantEs («*Le pharmacien l'a lu avec lui et il est reparti. C'était une bonne intention, mais après le monsieur ne savait pas plus quoi faire avec ses médicaments.*» INT-3). Or, le défi serait davantage dans l'utilisation de cette information et dans l'organisation face à une tâche à accomplir (INF-4; INF-9). C'est là que toutes les stratégies telles que la manipulation de matériel (INF-9; INF-7), les mises en situation à partir de situations de la vie quotidienne (INF-3; PAIR-1; EDPHY-1), les pictogrammes (PHARM-1; INT-2; INF-8) et l'utilisation des cellulaires sont à privilégier. En fait, les stratégies identifiées comme efficaces avaient en commun de se coller le plus possible à la réalité de la personne, en fonction de sa problématique et de son contexte d'utilisation.

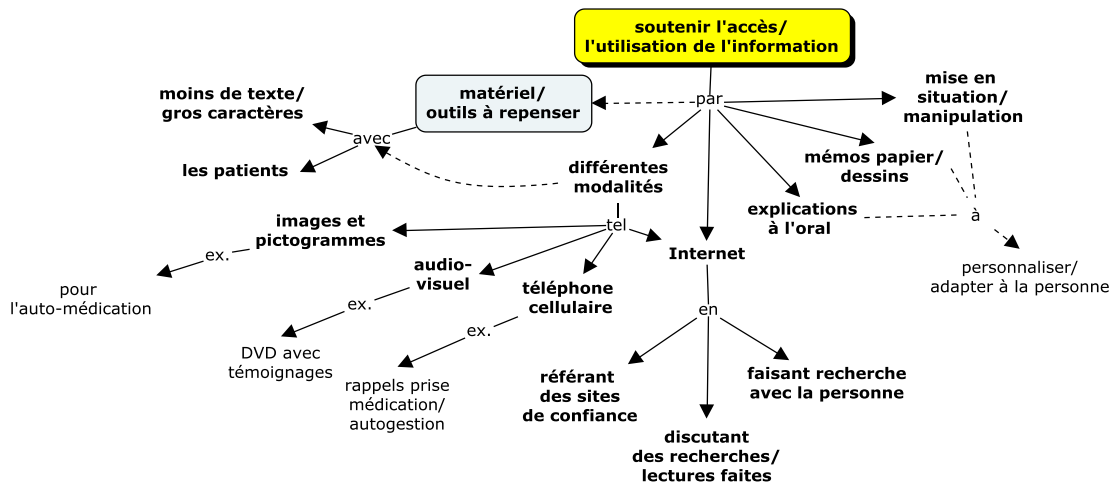


Figure 21. Carte-résumé sur le soutien à l'utilisation de l'information

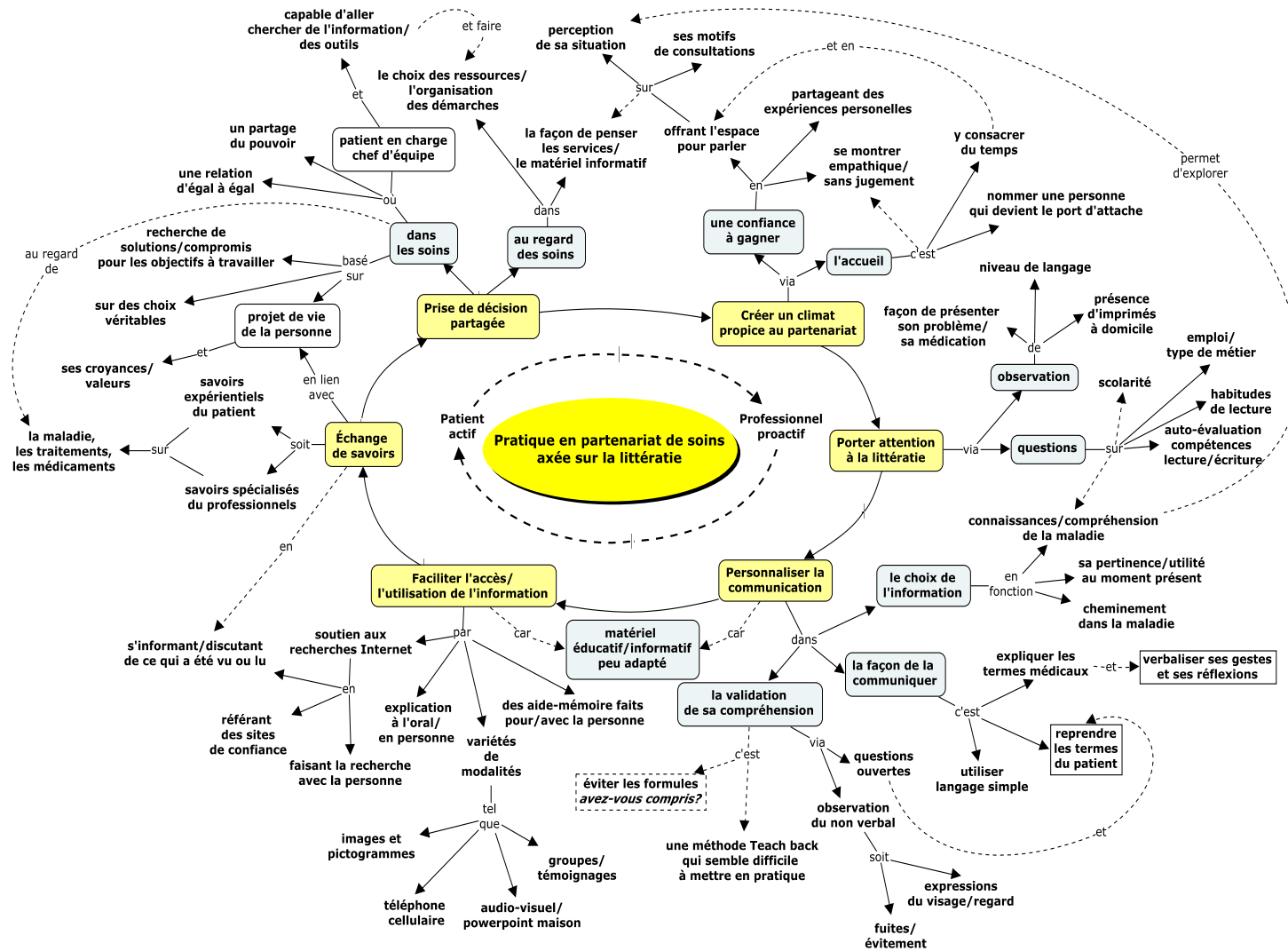
5.2.6 Carte synthèse de la dimension pratique

Les professionnels rencontrés, tant femmes que hommes, ont abondamment discuté de ce qu'ils font pour adapter leurs interventions au regard de la littératie. La carte synthèse qui se trouve à la page 151, reprend quant à elle de façon visuelle l'essentiel des propos se rapportant à la dimension de la pratique professionnelle axée sur la littératie en santé. Cette carte est basée sur les cartes-résumés qui ont été présentées au fil de cette section. Elle montre l'image d'une pratique qui se construit et se renouvelle dans l'interaction entre un patient actif, qui recherche l'information et participe aux décisions, et un professionnel proactif, qui met en place des conditions facilitantes. On y retrouve donc au centre les principaux éléments associés à une «bonne pratique» qui ont été mentionnés, soit d'un côté un accès et une utilisation facilités à l'information sur la santé, un échange de savoirs et une prise de décision partagée. De l'autre, les efforts faits pour créer un climat propice au partenariat, l'attention portée aux indicateurs de littératie et une communication personnalisée de l'information.

Un tableau synthèse des résultats pour cette dimension, appuyés par des extraits de verbatims, peut être consulté à l'annexe K. Voici toutefois un résumé de ce que nous retenons au regard de nos objectifs de recherche :

- les intervenantEs ont décrit des personnes qui vivent des défis associés à un faible niveau de littératie, mais qui sont en mesure d'être actives, que ce soit pour identifier leurs besoins, communiquer leur expérience, chercher à développer une compréhension de leur problème de santé ou prendre des décisions;
- les intervenantEs ont fait part d'une préoccupation constante d'apaiser une certaine méfiance à leur endroit, une préoccupation qui semble teinter la façon d'aborder l'évaluation de la littératie et la validation de la compréhension de l'information dans une rencontre avec un patient. Ils ont dit souvent préférer observer certains indicateurs tels que la façon dont le patient présente son problème de santé et ses médicaments, le vocabulaire utilisé et le niveau de langue et même les habitudes de lecture et la présence d'imprimés au domicile, au lieu de poser des questions sur la scolarité;
- le temps et les efforts consacrés à l'accueil ont été ciblés comme des éléments importants, notamment en raison de l'impact positif d'une attitude empathique et sans jugement auprès d'une clientèle sensible au lien relationnel;
- les intervenantEs ont parlé d'aller au-delà d'un réflexe de lire «pour ou avec» la personne l'information en santé, alors que la clé afin d'en faciliter la compréhension et l'utilisation serait davantage dans une information et une communication «personnalisée», en fonction du contexte de la personne, de ses connaissances et de son vocabulaire.

Carte conceptuelle 6. Synthèse de la dimension de la pratique professionnelle



5.3 La réflexion sur la pratique

Dans la section qui suit, nous nous intéresserons plus spécifiquement à la pratique réflexive des intervenantEs rencontréEs en cherchant à comprendre de quelle façon elle se fait, sur quoi elle porte et qu'elle en est le rôle dans le développement de leurs compétences à intervenir auprès de la clientèle ciblée par ce projet. Puisque notre objectif est de comprendre le développement d'un savoir-agir, notre regard portera beaucoup sur la façon dont elle contribue au processus plutôt que sur le contenu de ce qui est appris. Afin de dégager des données des éléments contribuant à éclairer la façon dont se développe la compétence professionnelle en littératie en santé, en nous inspirant de l'exercice réalisé par Cristol (2013b), nous avons regardé les données en cherchant à répondre à des questions telles *Quand? Comment? Pourquoi? Sur quoi?* pour aborder cette dimension.

5.3.1 Une disposition à l'effort réflexif : Quand? Comment? Pourquoi?

D'entrée de jeu, plusieurs personnes interviewées ont souligné l'importance d'un travail réflexif sur soi et sur sa pratique, une activité vue parfois comme nécessitant un certain effort, voire une certaine volonté de s'y engager (*«On doit toujours questionner son propre comportement, nos attitudes, les processus thérapeutiques. Et ça c'est difficile, c'est vraiment un gros travail.» INF-1*). En ce sens, c'est une capacité qu'ils cultivent et recherchent chez leurs collègues (*«Pour moi, ça prend un personnel qui est lui-même en cheminement et qui se questionne.» INF-1; «Les gens ici sont eux aussi ancrés dans un processus de développement, je vais dire, personnel et professionnel.» PSYED-1*). Dans l'explicitation de leur pratique réflexive, des éléments laissaient entrevoir une motivation à se développer et à saisir toutes les occasions pour le faire (*«Mon patient a quelque chose à m'apporter.» EDPHY-1*).

En fait, les intervenantes et intervenants que nous avons rencontrés semblaient conscients de s'inscrire dans un changement de paradigme en santé (*«Je pense que ça se fait peut-être ailleurs, mais je dirais que les programmes d'intervention ici sont très à l'avant-garde de ces pratiques-là. Pro-rétablissement où justement le patient est le décideur.» PHARM-2*). Pour INT-2, le règne de l'approche «paternaliste» en santé, où il y avait peu d'espace à la prise de décision partagée, a d'une certaine façon imprégné le milieu (*«On a été*

éduqué comme ça, tu ne discutais pas avec un médecin! Je regrette, tu n'es pas de son niveau, tu n'as pas sa formation, c'est lui qui va te dire ce que tu as. C'est encore là. Ça laisse des traces.» INT-2). À ce propos, INF-6 souligne qu'il n'y a pas encore si longtemps, il était valorisé que l'intervenant *«prenne en charge»* le patient, et que, de ce fait, la clientèle plus âgée n'est tout simplement pas habituée à participer aux soins. Bref, adopter un tel changement de pratique est vu par les professionnels comme un important défi à surmonter dans un milieu où il est souvent d'usage d'organiser les démarches entre intervenants (*«J'ai vraiment eu un malaise car ils ont dit qu'ils ne pouvaient pas parler directement à la personne. Pourtant cette personne est très capable de faire des démarches elle-même...» INT-3*), laissant ainsi peu d'occasions au patient d'assumer un rôle actif. En ce sens, face à la nécessité de changer des façons de faire, d'innover, ils étaient souvent à même de verbaliser les efforts qu'ils font pour prendre du recul par rapport à leur pratique.

À quel moment s'engagent-ils dans cet exercice réflexif? Parfois c'est lors de moments spécialement prévus pour cela, comme dans le cadre de *«journées de réflexion»* (PAIR-2) au cours desquelles des gestionnaires, des usagers et des proches sont réunis autour d'une même table, ou lors des réunions d'équipe qui sont également des moments *«planifiés»* pour réfléchir sur sa pratique (*«On s'assoit en équipe et on place vraiment le point d'interrogation au centre de la table.» INF-1*). Dans d'autres cas, c'est dans l'activité du travail que le processus s'enclenche, soit spontanément dans l'action, comme en observant des collègues (*«C'est vraiment en la voyant redire exactement la même information que je venais de dire à un autre patient, dans les mêmes mots, que j'en ai pris conscience.» INF-4*) ou a posteriori, dans un effort personnel de prise de recul par rapport à sa pratique (*«Je me demande souvent est-ce que je les aide en travaillant comme ça?» DTP-2; «Tu te dis : ce que je fais, ça n'a pas d'impact. Comment je pourrais faire pour faire un changement? INF-3*).

Si cette réflexion semblait contribuer à une meilleure compréhension de soi (*«Je dois faire attention, je peux avoir l'air sévère parfois.» INF-1*), elle semblait en grande partie orientée vers une façon d'intervenir de façon plus efficace, comme en témoigne les principaux points sur lesquels porte cette pratique réflexive.

5.3.2 Sur quoi?

Comme nous l'avons souligné, les professionnels rencontrés semblaient motivés à s'engager dans une pratique réflexive. Le plus souvent, tel que l'ont fait ressortir les cartes individuelles réalisées, ces derniers réfléchissaient à leur rôle et à la relation de soins, à l'environnement qui influence l'efficacité de leurs interventions, mais cherchaient aussi à mieux comprendre la personne qu'ils accompagnent afin de l'amener à s'engager dans la démarche de partenariat.

La personne issue des groupes à risque

Les intervenantes et intervenants rencontrés ont évoqué être animés d'un désir de développer leur compréhension de la clientèle qu'ils rencontrent. En ce sens, ils ont parlé de leurs réflexions sur le contexte dans lequel, souvent, ces personnes vivent pour comprendre leurs réactions («*Certains vivent un peu marginalement. Il y a souvent une souffrance qu'il faut aborder quand tu rentres en interaction avec ces gens là. C'est pas juste qu'ils ne comprennent pas.*» MD-4). De là, il y avait un désir d'apprendre en lien avec la «*psychologie*», un intérêt de développement mentionné par MD-2 : «*C'est pour mieux les comprendre en fait. Pourquoi ils sont méfiants? Pourquoi ils ont réagi comme ça?*». Cette méfiance était l'objet de nombreuses réflexions en lien avec la façon d'entrer en relation avec le patient. À ce propos, comme l'a souligné MD-4, le fait que la relation de soins mette en jeu deux personnes qui ont un vécu avec l'école et l'écrit qui est très différent, ne facilite pas au départ la relation de partenariat, qui elle, est basée sur une relation d'égal à égal : «*Ils ont souvent été rejetés parce qu'ils comprenaient pas. Ils ont fait rire d'eux, ils ont lâché l'école. Toi, ils te voient comme celui qui était bon à l'école, celui qui sait tout. Ils ne te voient pas en partant comme un ami*».

Aussi, un certain effort réflexif était fait en vue de comprendre comment ce patient chemine dans son parcours de santé. Le fait que les professionnels soient des gens hautement scolarisés crée au départ un malaise, qu'INF-9 qualifie de «*syndrome du sarrau blanc*» : «*Dès qu'ils voient un médecin ou quelqu'un en uniforme, ça les impressionne. Ils sont stressés, ils ne se rappellent plus de leur question, du pourquoi ils sont venus*». En ce sens, plusieurs ont souligné avoir pris conscience du stress important associé à une visite dans un établissement de santé (INT-2; INT-3; MD-6; INF-7) ou pour organiser ses rendez-vous : «*Beaucoup de gens venaient me voir et me disaient, peux-tu être avec moi, faudrait que j'appelle à l'hôpital*

pour prendre un rendez-vous ? Là il y a un stress énorme, parce que c'est une machine qui répond, pas une personne.» (INT-2). Pour INF-9, il lui a fallu comprendre leur façon de s'informer, qui se fait beaucoup auprès des personnes de leur entourage : *«C'est beaucoup entre eux, de «bouche-à-oreille». Ils ont entendu dire que, il paraît que, là ils vont s'informer, ben oui la voisine elle a fait ça et ça a marché. Ma grand-mère, elle a fait ça et ça a marché.»* (INF-9). Cette façon d'aller chercher des réponses à ses questions peut certes être efficace, mais comme l'a souligné INT-3, elle mène souvent à une information qui manque de fondements scientifiques.

La relation de soins

Dans une perspective de partenariat, tel que souligné précédemment, le lien à créer avec la personne était une source importante de questionnements. Pour INF-1, il lui apparaissait clair que son travail d'accompagnement lui demande de faire appel à ses ressources personnelles. En fait, selon son expérience, travailler avec une clientèle vulnérable nécessite bien souvent d'aller au-delà d'une distance professionnelle :

La pire chose qu'on m'a enseignée à l'Université c'est protège-toi. Garde une distance. J'ai réalisé que pour être capable d'intervenir adéquatement avec les personnes avec qui je travaille, il faut plus qu'une intervention professionnelle. Ils réagissent à l'authenticité de la personne en face d'eux. INF-1

Cette question de «la bonne distance» a été abordée par plusieurs (PSY-1; EDPHY-1; INF-7) qui semblaient également avoir conscience de se dévoiler un peu plus que leurs collègues peuvent le faire (*«Je t'avoue que je fais des choses que plusieurs ne se permettraient pas. J'ai pas de barrières, mes clients je les aime.»* EDPHY-1). Les intervenants se sont dits souvent sollicités par rapport à leurs propres ressources émotionnelles (PSYED-1; INF-1), alors que les balises de la relation avec le patient sont souvent floues et à redéfinir à chaque nouvelle expérience d'accompagnement (*«C'est un défi qui reste toujours présent dans chaque relation que tu établis.»* INF-7).

Toujours en vue bâtir cette relation, il y avait matière à réfléchir à la situation particulière dans laquelle se trouve une personne qui vit la maladie. D'abord, pour INF-9, ces personnes sont confrontées à des pertes sur le plan physique et mental, une situation qui contribue à accentuer leur vulnérabilité (*«Ils sont déjà dans une situation où ils sont vulnérables. Devenir un malade, un patient, c'est beaucoup de deuils.»* INF-9). Pour INF-7, tout comme pour PAIR-2, il y a ainsi un travail à faire de la part de l'intervenant afin de

développer une compréhension du parcours de la personne «malade», qu'ils ont décrit non pas comme un cheminement vers l'acceptation de la maladie («*Moi, je n'ai jamais rencontré d'usager qui m'ont dit 'oui, moi j'accepte ma maladie et je suis bien content de l'avoir'. Ça c'est un fantasme d'intervenants!*» PAIR-2), mais bien comme un développement de compétences à «*vivre avec*» (INF-7). Et c'est là que les intervenants se sont décrits comme des «*accompagnateurs*» (INF-3), alors qu'ils ont dit être appelés à «*guider plutôt que de donner les réponses*» (INF-5), et souvent, «*à écouter plus qu'à répondre aux questions*» (INF-9). Dans cet accompagnement où ils ont à soutenir un développement de compétences, plusieurs ont parlé d'une responsabilité qu'ils ont, soit celle de croire en les capacités de la personne (MD-6; PHARM-2; INF-1; INF-7; INF-8; EDPHY-1; PSYED-1; PAIR-3) : croire qu'elle est capable de comprendre, d'apprendre, de se rétablir, et surtout, de «*le lui projeter*» (PHARM-2; PSYED-1).

La façon d'amener le patient à être actif

Pour réussir à mettre en œuvre une pratique en partenariat de soins efficace, l'importance de l'engagement du patient au regard de sa santé a été maintes fois soulignée (INF-3; INF-4; DTP-1; DTP-2; DTP-3; INF-1; MD-7). Car comme l'exprime INF-1, si le patient ne veut pas s'impliquer ou se prendre en main, il devient difficile d'avancer («*Je suis démunie quand les femmes ne veulent pas. Je ne peux pas le faire à leur place.*» INF-1). Ainsi, les professionnels rencontrés ont parlé de leur intérêt à comprendre davantage comment ils peuvent contribuer à amener le patient à l'action. De ce fait, certains sont allés se former sur l'entretien motivationnel, où ils ont appris sur «*le lien de confiance que tu peux créer avec le client, dans l'approche tout simplement, par une entrevue que tu vas guider sans jamais prendre les décisions à la place de la personne*» (DTP-2).

Aussi, plusieurs (INF-3; INF-4; DTP-1; DTP-2; DTP-3; EDPHY-1; MD-1; PSY-1) ont souligné trouver beaucoup de réponses en amenant la personne à parler de son milieu de vie, de sa routine. Souvent, c'est là que les professionnels ont dit identifier des leviers pour donner un sens à la démarche, et ainsi, initier un certain «*changement*» en vue d'un rétablissement. Car dans le contexte où leur clientèle peut être «*réfractaire à l'autorité*» (PSYED-1), les conseils visant à initier des modifications au mode de vie, même basés sur la littérature scientifique, sont souvent mal reçus («*Quand tu arrives avec tes grands mots, tes grandes*

solutions et tes grands conseils, souvent ça leur rentre par une oreille et ça leur sort par l'autre.» MD-4). Au final, il était question de ce travail qu'ils ont à faire afin d'ancrer l'information à donner, les objectifs à atteindre et les traitements à envisager dans ce que recherche la personne et son projet de vie : *«Il faut que ça ait un sens pour lui. Sinon pourquoi il changerait son comportement?» (PSYED-1).*

La communication de l'information

La façon de communiquer avec les patients de faible niveau de littératie est un autre élément qui est ressorti comme étant un objet important de réflexion chez les intervenantes et intervenants rencontrés, ceux-ci cherchant à trouver comment présenter l'information afin de la rendre plus accessible. À ce propos, INT-2 a partagé ses réflexions sur la façon dont les personnes côtoyées dans le cadre de ses activités apprennent, une façon qui diffère de celle à laquelle ils sont habitués eux en tant que personnes très scolarisées :

On est habitué nous de dire, hors d'ordre ou hors propos, on y reviendra. Mais les gens ici ils ne font pas ça. Si tu ne leur donnes pas la chance d'exprimer leur idée là, elle est perdue. J'ai remarqué ça, ça en est frappant. Fait que j'ai décidé de laisser ma logique et mon orientation de côté. INT-2

Ainsi, transmettre l'information en vue d'en favoriser la compréhension et l'utilisation leur demande de changer des façons de faire, de trouver d'autres moyens pour l'organiser et la présenter. En ce sens, des intervenants en soins infirmiers ont parlé d'une prise de conscience par rapport à l'information qu'ils transmettaient au patient, un contenu «standardisé» (*«J'ai réalisé qu'au début, dans ma pratique, je donnais la même information à tout le monde.» INF-3*) qui ne prenait pas suffisamment en compte la personne devant eux (*«Je pense que c'est avec l'expérience qu'on s'aperçoit qu'on travaille avec des humains, on travaille avec des personnes qui n'ont pas toutes les mêmes connaissances.» INF-9*). La dynamique de l'échange était finalement un objet de réflexion important, alors que les professionnels rencontrés semblaient chercher à comprendre comment l'information qu'ils ont à transmettre est reçue par leur patient (*«J'ai compris que ce n'est pas parce que c'est ça que je veux dire que c'est ça que l'autre comprend. Alors, il faut que je valide beaucoup et je suis plus sensible à ça auprès des patients.» INF-6*).

L'environnement de travail

Les intervenantEs rencontréEs semblaient être à la recherche d'un environnement de travail propice à la collaboration (*«Ici, je suis un peu isolée dans ma pratique. Si je travaillais à*

l'hôpital, je serais avec mes collègues nutritionnistes.» DTP-1). Le fait de travailler à proximité d'un collègue du même champ, avec des bureaux proches, a été mentionné comme un facteur facilitant la mise en œuvre de leur pratique (*«On est deux dermatologues. On essaye de travailler pas loin parce qu'on aime ça l'entraide, avoir une collègue pas loin, pour s'aider, se poser des questions, qu'est-ce que l'autre penserait de ce cas difficile-là.» MD-1).* À cet égard, si certains ont déploré le fait qu'ils n'avaient pas de contact fréquent avec des pairs professionnels (DTP-1; INF-2), le type et la taille de l'organisation semblaient avoir un rôle à jouer quant à la possibilité d'avoir accès à des équipes interprofessionnelles (*«Moi, ici j'ai la chance d'être entouré d'une équipe multi. C'est sûr que le pair aidant dans la communauté doit en faire plus.» PAIR-2).*

Le contexte dans lequel les professionnels évoluent influence l'actualisation de leurs compétences et en ce sens, ces derniers ont parlé des contraintes avec lesquelles ils ont à composer. À cet égard, les importantes compressions de ressources humaines et financières qu'a subies le réseau québécois des soins et des services de santé au cours des dernières années semblent avoir des impacts sur l'organisation de leurs tâches et les ressources dont ils disposent. D'abord, sur la charge de travail qui, dans le cas de INF-6, ne cesse d'augmenter (*«Depuis l'an passé, il s'est greffé à ma charge celle d'une collègue partie à la retraite.» INF-6*), ainsi que sur la stabilité de certaines équipes de travail (*«Le défi actuel, c'est qu'il y a beaucoup de roulement de personnel. Quand tu as de nouvelles personnes dans l'équipe, c'est toujours la cohérence du message qui est remise en question.» PHARM-2).*

Les ressources et services disponibles pour les soutenir dans leurs interventions ou leurs projets en lien avec la littératie ont été associés à des facteurs facilitant la mise en œuvre d'une pratique optimale. Plusieurs ont parlé d'un manque de budget, et de ressources humaines, qui limite le développement d'outils vulgarisés et imagés (PHARM-1), la possibilité d'offrir des services spécialisés et individualisés (*«On a juste une nutritionniste pour tout l'UMF.» INF-3*) ou l'embauche de pairs aidants (*«On a une maman qui a fait la formation de pair aidant à ses frais et on n'a pas pu l'embaucher.» MD-6*). Le manque de ressources pour l'enseignement aux patients est aussi un aspect ayant été déploré par MD-1, qui souhaiterait que ses patients puissent bénéficier de rencontres avec une infirmière qui

pourrait revoir l'information importante avec eux et être plus facilement joignable en cas de questions.

Enfin, dans ces propos sur l'organisation du travail et des services, le temps disponible pour l'accompagnement du patient est probablement l'élément qui a été le plus souvent évoqué, surtout par des professionnels rattachés à de grands centres hospitaliers (*«Il y a d'autres patients qui attendent, on voudrait poursuivre les explications, mais on doit couper court.»* MD-1; *«On est submergé par les protocoles, on n'a pas le temps qu'on voudrait pour bâtir quelque chose avec le patient.»* INF-9). Pour MD-2, qui travaille également en milieu hospitalier, les projets de loi discutés actuellement quant à l'imposition de quotas de patients aux médecins sont incompatibles avec des soins de qualité auprès de sa clientèle (*«Si je dois faire mon travail plus vite, je n'aurai plus la même satisfaction et les gens non plus.»* MD-2). Le temps passé avec le patient est associé à un facteur de succès au regard des interventions (EDPHY-1), car de l'expérience d'INF-9 et de DTP-3, il faut comprendre que le suivi de cette clientèle demande beaucoup plus en termes de ressources (*«Il faut les voir plus souvent, à plus petite dose, donc ça demande plus.»* DTP-3). Aussi, comme le souligne INT-2, comprendre et apprendre demande du temps, et en ce sens, c'est probablement l'enjeu principal à son avis dans une pratique axée sur la littératie :

On va à l'encontre dans notre système politique et économique, on ne donne plus le temps. Et il n'y en a pas d'autre moyen, il n'y a aucun outil qui va remplacer le temps. Vous auriez beau avoir un document avec 10 milles images, ça marcherait pas, c'est trop gros. Il y a rien qui remplace ça, prendre le temps d'écouter et de parler, d'expliquer. INT-2

Le temps serait ainsi un facteur important tant pour le patient, qui doit avoir l'occasion de développer sa compréhension de la maladie, que pour le professionnel, qui doit avoir des conditions de travail qui lui permettent de l'accompagner dans cette démarche.

L'efficacité de leurs interventions

Les performances, et la reconnaissance reçue, ont été des points relativement peu traités lors des entretiens. Toutefois, plusieurs des propos recueillis se rejoignaient autour des mêmes idées. D'abord, les bons coups de leur patientE (*«On en voyait une ce matin qui dépérissait et qui, là, s'est prise en main. Quand on voit ça, on se dit qu'on ne travaille pas pour rien.»* PAIR-3), de même que la satisfaction exprimée par cette personne et ses proches, étaient les éléments les plus souvent associés à une «bonne pratique» (*«Quand je vois qu'ils sortent contents, j'ai atteint mon objectif, j'ai réussi.»* DTP-1; *«Je pense beaucoup à la conjointe de*

mon patient qui m'a serré fort dans ses bras hier, qui était contente des soins. C'est quand même plaisant.» MD-2). Ainsi, l'autoévaluation de leurs performances se faisait beaucoup dans le cours de leur travail via la rétroaction des patients («*C'est eux qui vont nous le dire si on le fait comme il faut ou pas.» INF-6*), mais aussi celle de leurs collègues, certains ayant fait référence aux médecins de l'équipe qui valorisent leur savoir-faire (EDPHY-1) et sollicitent leur expertise (INF-8; PSY-1). Chose certaine, le succès ou l'insuccès des démarches de leurs patients étaient des éléments importants sur lesquels semblait porter la pratique réflexive des intervenantEs rencontréEs, ceux-ci cherchant entre autres à comprendre leur part de responsabilité dans les résultats obtenus («*Avant, quand mon patient diabétique n'avait pas atteint ses cibles, je ne me sentais pas un bon médecin.» MD-7*).

5.3.3 Carte synthèse de la dimension réflexivité

Les données colligées sur le terrain ont mis en lumière les notions d'expérience et de réflexion sur l'action en renvoyant l'image de professionnels engagés dans une démarche réflexive souvent consciente. Ainsi, comme la carte conceptuelle 7 l'illustre, les professionnels rencontrés semblent réfléchir beaucoup à la personne avec laquelle ils souhaitent bâtir une relation de partenariat. En ce sens, ils ont mentionné chercher à comprendre le contexte dans lequel vit cette personne, sa façon d'agir et d'apprendre de nouvelles informations, mais aussi comment l'amener à s'engager dans la démarche de soins. Il y avait finalement une recherche de stratégies et d'outils, tant sur le plan du savoir être que du savoir faire, afin d'entrer en relation et de communiquer plus efficacement avec les patients de faible niveau de littératie.

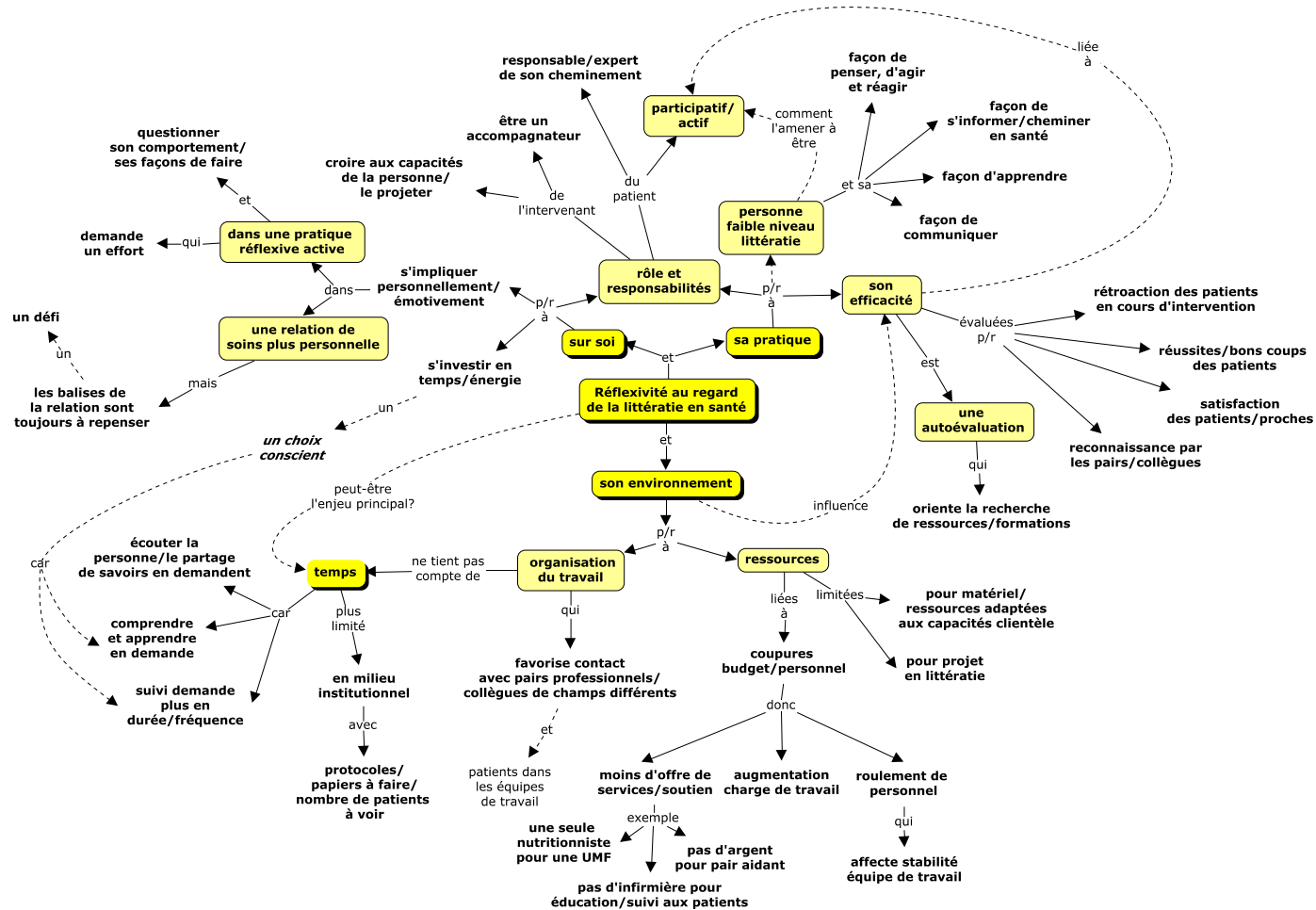
Au final, si l'activité réflexive porte en grande partie sur la personne qu'ils cherchent à accompagner et les moyens d'y arriver, il y avait une recherche de réponses en vue de concrétiser ce partenariat, notamment par rapport aux facteurs qui influencent l'actualisation de la «bonne pratique» qu'ils cherchent à mettre en place. Au terme de cette section, voici donc ce que nous retenons au regard des objectifs de recherche (voir également le tableau synthèse à l'annexe K) :

- les intervenants rencontrés étaient en mesure de verbaliser une activité réflexive dans laquelle ils se disent engagés activement;
- la réflexion est principalement orientée en vue de s'outiller au regard des stratégies de communication et de l'approche au patient. Il y a un désir de mieux comprendre cette

personne, tant dans sa façon de penser, de vivre et de réagir afin d'être en mesure d'entrer en relation de façon plus efficace;

- une réflexion se fait sur les balises de la relation, qui nécessitent un repositionnement à chaque nouveau patient, et un lien souvent plus «personnel» à créer dans le contexte d'une méfiance initiale;
- il y a une recherche d'un environnement de travail propice aux contacts et aux échanges avec les collègues et les patients, hommes et femmes, intervenantEs dans les équipes de travail;
- l'autoévaluation des performances des intervenantEs se fait essentiellement par le biais de la rétroaction reçue des patients et des proches, ainsi que des collègues.

Carte conceptuelle 7. Synthèse de la dimension réflexivité



5.4 Les ressources pour apprendre et agir

Dans cette section qui est consacrée à la troisième dimension de notre modèle de développement de la compétence, nous nous intéresserons aux données d'entretien sous l'angle des ressources sur lesquelles les intervenantes et intervenants s'appuient pour agir, mais aussi pour apprendre. Cette synthèse se fera en deux parties et abordera d'abord brièvement les ressources qui sont propres à la personne, pour traiter ensuite des ressources disponibles dans leur environnement, que ce soit des ressources humaines ou matérielles, ou des activités de développement.

5.4.1 Les ressources personnelles

Dans notre modèle, ces ressources sont présentées comme celles que la personne possède, des ressources internes sur lesquelles elle s'appuie pour intervenir auprès de la clientèle. À ce propos, les données portaient surtout sur des traits de personnalité ou de caractères qui prédisposent à un travail relationnel. INF-1 a fait la description d'une personnalité altruiste (*«Comme infirmière, je suis dans une attitude d'attendre, de surveiller les besoins de l'autre pour y répondre, comme une maman.» INF-1*), INF-6 a évoqué son *«âme de garde-malade»* et INF-2 son côté *«maternant»*. De façon générale, l'empathie (INF-6; INF-7; MD-6; PHARM-2) et les capacités d'écoute (INF-2; INF-6; INF-7; INF-9; MD-2; MD-6; PAIR-1; MD-3; INT-2; INT-3; EDPHY-1) sont les forces qui ont été le plus souvent associées au bagage de ressources personnelles.

Parmi les autres éléments mentionnés, INF-1 et EDPHY-1 ont parlé d'un certain côté *«rebelle»* (INF-1) qui fait en sorte qu'elles n'hésitent pas à remettre en question les façons de faire afin de servir les intérêts de leurs patients (*«Je hais les règlements, je transgresse les règlements.» INF-1*; *«Moi, plus on veut me faire avaler quelque chose de force, plus j'ai envie de burk!» EDPHY-1*). D'autres, comme INT-2 et INT-3, ont témoigné de leur engagement à contribuer à une société plus inclusive et d'une grande motivation à l'égard d'un travail qui les passionne (PSYED-1; INF-8; MD-2). Ainsi, les professionnels, femmes et hommes, rencontrés s'impliquaient souvent bien au-delà de la tâche à réaliser et semblaient en fait

partager certains traits de personnalité et de caractère les aidant à se démarquer dans leur travail.

Outre des traits de caractère, des expériences de vie composaient aussi le bagage de ressources personnelles sur lesquelles les participantEs ont dit s'appuyer pour intervenir auprès de leurs patients. À titre d'exemple, MD-2 qui est d'une langue maternelle autre que le français, a souligné être de ce fait davantage sensibilisé aux défis associés à des difficultés de compréhension (*«Je dis toujours que j'ai l'avantage que le français ne soit pas ma langue maternelle. J'ai un vocabulaire simple.» MD-2*). Même chose pour MD-3, qui n'est pas d'origine québécoise et qui s'appuie sur son propre bagage culturel pour intervenir auprès d'une clientèle immigrante, ou pour INF-1, qui trouve dans son expérience personnelle de la pauvreté les ressources pour comprendre la réalité des personnes à accompagner (*«La pauvreté, je connais ça d'intimité, c'est mon monde. Je suis bien en milieu de pauvreté, je suis à l'aise.» INF-1*). Enfin, pour d'autres, c'est dans leur expérience avec la maladie, la leur ou celle d'un proche, qu'ils ont dit puiser des ressources pour agir (*«J'ai des choses d'acquises dans ma vie personnelle et je dois transmettre certainement des méthodes, des façons de faire, que j'ai développées pour m'en sortir.» INF-7*).

Ces expériences personnelles sont vues par les professionnels rencontrés comme une motivation à s'investir dans leur pratique auprès d'une clientèle qu'ils ont souvent *«choisie»* (*«C'est ce qui fait que je suis encore aussi heureuse aujourd'hui dans ma job.» EDPHY-1*). Cette motivation à s'engager auprès d'une clientèle issue de groupes à risque sur le plan de la littératie a parfois des racines dans des expériences en lien avec l'analphabétisme, comme c'est le cas d'INF-1 et INF-9 qui ont vécu avec un parent analphabète (*«Mon père était complètement analphabète... il ne signait pas ses chèques de paie. Et je pense à ça avec peine» INF-1*; *«On est une famille d'immigrants et je me souviens que souvent mon père devait être là pour traduire à ma mère.» INF-9*). Au final, ce bagage, qui certes les aide dans leur travail, semblait être un moteur de développement et d'apprentissage au regard de la littératie.

5.4.2 Les ressources de l'environnement

Dans la mise en œuvre de leur pratique, les professionnels rencontrés ont également parlé des ressources qu'ils recherchent ou utilisent dans leur environnement, des ressources parfois matérielles mais surtout humaines, de même qu'ils ont traité des activités de formation auxquelles ils participent. Nous résumerons ici l'essentiel de leurs propos en lien avec nos intérêts de recherche.

Les ressources matérielles

De façon générale, en regardant l'ensemble des cartes, il est possible de constater que les ressources matérielles ont été peu abordées au cours des entretiens. Et si elles l'ont été, c'est surtout en tant qu'outils informatifs ou éducatifs destinés aux patients. Ces outils, qui visent à soutenir l'apprentissage du patient en lien avec l'autogestion de la maladie, ont d'ailleurs été abordés à la section 5.2.5 du présent travail. Notons toutefois ici une ressource jugée indispensable par PAIR-3 dans le cadre de son travail, soit le «*Plan d'action individualisé de rétablissement*²⁴». À son avis, ce qu'il y a d'intéressant avec cet outil, c'est le fait qu'il a l'avantage de se bâtir avec la personne qui consulte, avec ses mots à elle, ce qui permet d'orienter l'enseignement en fonction des symptômes et des besoins qui lui sont propres. Par ailleurs, c'est une ressource qui s'adresse davantage aux patients qu'aux intervenants et qui n'a pas été conçue spécifiquement pour une clientèle de faible niveau de littératie.

En fait, très peu de ressources matérielles directement en lien avec la littératie, ou destinées à soutenir les professionnels dans leurs interventions auprès d'une clientèle de faible niveau de littératie, nous ont été présentées. Certains documents de référence ont été mentionnés par INT-2, tels qu'un lexique simplifié de mots liés à la santé («*J'ai un document que j'aime beaucoup, ça s'appelle Vive les mots clairs !*²⁵») et un guide sur la littératie en santé destiné aux intervenants du réseau de la santé²⁶. De son côté, MD-7 a parlé d'un ouvrage

²⁴ Adapté et traduit de Copeland, Mary Ellen (2011), *The Wellness Recovery Action Plan*.

²⁵ Association canadienne de santé publique (1998). *Vive les mots clairs! Un manuel de formation en langage clair et communication verbale claire*. Ottawa. Repéré à http://www.cpha.ca/uploads/portals/h-l/easy_does_it_f.pdf

²⁶ Lemieux, V. (2014). *Pour qu'on se comprenne : Guide de littératie en santé*. Montréal: Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

publié par Richard et Lussier sur la communication professionnelle en santé²⁷, un livre qui a un chapitre sur la communication avec une clientèle de faible niveau de littératie. Pour le reste, les professionnels ont surtout indiqué consulter Internet pour trouver de l'information «à jour» (INF-4; MD-3; MD-4) ou s'outiller («*Je fais beaucoup de recherches Internet, je suis abonné à des sites où il y a plein d'outils.*» INF-4), le plus souvent en lien avec le domaine d'expertise. En fait, Internet semblait une ressource matérielle importante pour apprendre, mais aussi pour soutenir la pratique, alors que les intervenantEs ont parlé de son utilisation avec les patients : «*L'Internet a changé notre pratique, beaucoup! Parce que, moi aussi, je vais voir sur Internet dans mon bureau, j'ai aussi mon cell avec le 3G, alors je peux fouiller, chercher avec eux (MD-4).*» C'est une ressource qui semblait être privilégiée par les professionnels afin de fournir un complément d'information à leurs patients, alors qu'il y a des sites «très bien faits», où «*l'information a été revue par des professionnels*» (INF-8).

Les ressources humaines

L'analyse de l'ensemble des cartes conceptuelles montre que les ressources humaines sont les ressources qui semblent le plus fréquemment utilisées. Lorsqu'ils cherchent des réponses à des questions qu'ils se posent ou pour trouver des solutions à un problème auquel ils sont confrontés dans leur pratique, les professionnels interviewés ont dit se tourner généralement vers des personnes («*Quand je ne suis pas certaine, quand je doute, je réfère beaucoup à des gens. Je pose des questions.*» INF-2). Parmi les principales ressources humaines qui ont été évoquées, résumées dans le tableau 12 de cette section, ils ont indiqué consulter à l'occasion des collègues à l'extérieur de l'organisation pour des échanges d'expertise et de services. Toutefois, ces derniers ont confié trouver le plus souvent dans leur milieu de travail le soutien et les informations dont ils ont besoin.

En ce sens, les intervenantes et intervenants ont dit aller chercher de l'information auprès de pairs professionnels (INF-3; INF-4; MD-1; DTP-2; DTP-3), de collègues de champs différents, comme par exemple les médecins dans le cas de certains (INF-2; INF-5; INF-8; PAIR-2) ou de professionnels détenant un savoir spécialisé («*On a des nutritionnistes ici qui nous ont aidés parce que j'en connais sur l'alimentation mais il y a toujours des nuances.*»

²⁷ Richard, C., & Lussier, M.-T. (2005). La communication professionnelle en santé. Montréal: Erpi: Éditions du renouveau pédagogique Inc.

INF-8; MD-2; PHARM-2; PAIR-3). Mais comment vont-ils chercher des connaissances sur la littératie et la communication de l'information? Le plus souvent, ce serait auprès des patients. D'abord, INF-1 a parlé d'une expérience de bénévolat en milieu communautaire qui lui a permis d'être en contact avec des personnes itinérantes (*«Le médecin est dans le bureau et rencontre les itinérants; moi je suis dans la salle commune et j'observe, comment ils parlent, qu'est-ce qu'ils font, qu'est-ce qu'ils disent, qu'est-ce qui les préoccupe. J'apprends.»* INF-1). PHARM-1, quant à lui, a référé à une expérience de travail qui lui a permis de côtoyer des personnes analphabètes :

Nous les professionnels de la santé, on assure beaucoup le respect de la vie privée des individus. Durant cette formation là, de jeunes femmes parlaient de leurs dépressions post-partum, de médicaments qu'elles avaient pris. Elles révélaient tellement d'affaires personnelles dans le groupe que j'étais gêné. Je suis allé voir la personne qui était responsable; j'ai dit : 'moi, je ne me sens pas à l'aise. Je n'ai pas posé cette question là ; ce n'est pas professionnellement adéquat'. Et on m'a rassuré. On m'a dit : 'le pire secret qu'elles ont, c'est le fait d'être illettrées. Tous les autres secrets ne sont pas importants'. C'est là que je me suis rendu compte de l'impact de la littératie en santé sur l'individu. PHARM-1

Le savoir sur ce qu'est la littératie, et les façons d'être et d'agir des personnes qui vivent avec une difficulté au regard des mots, étaient ainsi souvent acquis au contact de ces dernières, dans des expériences en cours de pratique.

Du côté de PSYED-1 et PHARM-2, c'est vers les patients intégrés dans leur équipe de travail qu'ils ont dit se tourner le plus souvent pour valider leur façon de communiquer avec les patients. Comme l'explique PSYED-1, les pairs aidants sont des personnes ressources importantes pour développer des savoirs au regard de la communication avec une clientèle qui n'a pas leur vocabulaire spécialisé : *«Il [le pair aidant] me dit souvent sort de tes grands mots. Qu'est-ce que tu veux me dire ? Alors là on rit, ce que je veux dire c'est ça, ça, ça. Alors si ce n'était pas clair pour lui, ça amène à s'ajuster pour la clientèle. (PSYED-1)»*. Au même titre, INF-6 a rapporté souvent aller chercher des stratégies de communication auprès du personnel de soutien (*«Comment t'as fait pour lui expliquer? Ben là, je lui ai dit ça, ça, ça. Des fois, le tour, les astuces, les stratégies, viennent de préposés, d'auxiliaires.»* INF-6).

Dans ces propos qui montrent le rôle de premier plan joué par les personnes côtoyées au travail dans l'acquisition de connaissances et le développement de savoirs au regard de la littératie, les collègues de l'équipe interprofessionnelle, ainsi que les patients qui interviennent dans ces équipes, ont été identifiés comme les personnes ressources les plus importantes. Le

tableau 12 présente le verbatim de certaines des personnes interviewées mettant en évidence les principales ressources humaines et nous traiterons plus en détail ensuite de l'interprofessionnalité des équipes.

Tableau 12. Les principales ressources humaines mentionnées par les intervenantEs

Les pairs professionnels	<p>«On est deux dermatologues et on essaye de travailler pas loin parce qu'on aime ça s'entraider. Parfois il y a des patients avec lesquels le contact est plus difficile, où on a de la misère à se faire comprendre, alors c'est : Qu'est-ce que tu en penses? Qu'est-ce que je devrais faire?» MD-1</p> <p>«J'ai gardé vraiment un lien avec des personnes de l'Université, qui ont des expériences similaires mais différentes. Ça fait des pairs professionnels que je peux appeler au besoin.» PSYED-1</p>
Les collègues de champs différents	<p>«Je me tourne vers des collègues principalement. Souvent j'ai des discussions avec le médecin et on a aussi une réunion d'équipe avec les psychologues aux deux semaines. Donc, si j'en ressens le besoin, je peux discuter avec eux et voir s'ils ont des pistes de solution à m'offrir.» INF-5</p>
Le patient pair aidant	<p>«Écoute, la paire aidante va passer des choses que nous on ne pourrait pas.» INF-1</p> <p>«Il [le pair aidant] me dit souvent sort de tes grands mots.» PSYED-1</p>
Les spécialistes	<p>«Les discussions avec des spécialistes parfois quand on réfère. Leur note de consultation aussi, souvent on apprend beaucoup de choses là-dedans.» MD-2</p> <p>«J'ai la chance d'être entouré de spécialistes ici et je leur demande de me fournir les données probantes, des trucs comme ça.» PAIR-2</p>
Le personnel de soutien	<p>«Il y a beaucoup qu'une secrétaire peut faire dans ce domaine-là.» MD-6</p> <p>«Parfois le tour, les astuces, les stratégies, viennent de préposés, d'auxiliaires.» INF-6</p>
Les stagiaires ou étudiants	<p>«On a des stagiaires et souvent je leur dis : regardez et trouvez quelque chose qui ne marche pas et développez l'outil. Eux arrivent de l'extérieur, avec des yeux neufs, alors que, nous, on est toujours dans la même poutine.» INF-3</p> <p>«Avoir des stagiaires, c'est très enrichissant parce qu'on demeure toujours à la fine pointe. Je pense que ça, pour ma part, c'est vraiment un outil extrêmement essentiel.» PSYED-1</p>
Le personnel d'organismes partenaires	<p>«Il y a l'équipe de travail directe, où on est toujours en train de se parler et de réfléchir ensemble, et il y a les autres groupes communautaires dont on est proche, qui ont les mêmes difficultés et qui ont des idées différentes devant ces enjeux-là.» INT-3</p> <p>«Quand je ne suis pas certaine, quand j'ai des questions, j'appelle l'infirmière au Centre de réadaptation. Le CLSC aussi, je réfère beaucoup à des gens, je pose beaucoup de questions.» INF-2</p>
Les représentants pharmaceutiques	<p>«Il y a aussi le représentant pharmaceutique qui passe et qui donne énormément d'outils. On discute, on dit nos commentaires, parce que c'est un avantage pour eux de nous fournir de l'information.» INF-4</p>

L'équipe de travail interprofessionnelle

Dans les milieux visités, les équipes de travail sont souvent composées d'intervenantEs de différents champs de formation et d'expertise, créant ainsi une interdisciplinarité de fait. Pour PHARM-2, contrairement au multidisciplinaire «où chacun parle de ses affaires», travailler en interprofessionnalité implique un métissage des savoirs et des pratiques («Il faut en arriver à ce que la psychologue puisse parler des médicaments.» PHARM-2). À son avis, c'est un espace qui permet de se laisser inspirer par les façons de faire d'intervenantEs de champs disciplinaires différents, mais aussi de comprendre comment ils travaillent afin d'y arrimer ses propres interventions. En ce sens, l'équipe a été présentée comme un puissant outil d'intervention, où les forces et compétences de chaque intervenantE sont mises à profit auprès du patient. Avec une clientèle sensible au lien relationnel, miser sur les affinités d'un ou d'une collègue avec la personne a été souvent présenté comme une pratique gagnante («C'est de voir un peu par qui passer l'information. Parfois, moi je ne suis pas capable, la personne veut rien savoir. Mais elle a un super bon contact avec son infirmier, alors je vais lui dire : peux-tu regarder un petit peu tel aspect de sa diète avec?» DTP-2). Aussi, de l'expérience d'INT-2 et d'INT-3, les personnes faiblement alphabétisées préfèrent souvent échanger avec des intervenantEs autres que le médecin, qu'elles perçoivent souvent comme étant plus intimidant («Le statut aussi, c'est LE médecin.» INT-3). C'est là où l'équipe devient un outil d'intervention intéressant auprès d'une clientèle qui peut être plus méfiante.

Le travail en équipe devient en fait encore plus important dans le contexte d'une pratique visant à soutenir l'autonomie d'une clientèle moins outillée pour comprendre l'information sur sa santé, notamment parce que l'équipe agit comme un «*filet de sécurité*» (MD-1) autour du patient alors que les informations importantes peuvent être verbalisées ou revues par plusieurs intervenantEs (INF-7; INF-2). Par exemple, DTP-1, qui dispose d'environ une heure avec un patient, a souligné le fait qu'elle est davantage disponible que le médecin pour discuter et répondre aux questions. Toutefois, dans cette pratique en interdisciplinarité, une cohérence dans le message et l'information qui est donnée aux personnes (INF-7; INT-1; PHARM-2), de même qu'une connaissance des limites de sa compétence (PHARM-2; MD-7), semblaient être des éléments importants à considérer pour en assurer l'efficacité.

Les professionnels, tant hommes que femmes, attribuaient l'efficacité des équipes de travail au sein desquelles ils travaillent à plusieurs facteurs, dont, bien sûr, un certain savoir communiquer («*C'est savoir parler, mais surtout savoir bien écouter.*» MD-3), et des réunions d'équipe dirigées afin de permettre des retombées concrètes et utiles pour l'action («*Les réunions, c'est structuré, il y a un pouvoir et c'est pas moi.*» MD-4), mais aussi des membres qui partagent une vision commune, orientée vers l'autonomie du patient (INF-6; MD-4; PSYED-1). Parmi les autres éléments associés au succès de la collaboration entre intervenantEs, plusieurs ont souligné l'importance du climat de travail, où il y a un respect des idées des autres (INF-2; PAIR-3) et une ouverture à partager l'information avec les autres membres de l'équipe (PAIR-3), mais aussi où il n'y a pas de hiérarchie des «statuts» et des rôles. Se sentir important, que l'on soit infirmière, médecin ou pair aidant, semblait crucial («*Ici on n'a jamais senti dans l'équipe, toi t'es infirmière, toi t'es médecin, toi... C'est pareil.*» INF-3; «*Ici, peu importe que tu aies une technique, un bac ou une maîtrise, on travaille dans le même bateau.*» PSYED-1). Dans ces équipes, chacun semblait au courant de ce qu'il pouvait apporter à l'autre, et de ce que l'autre pouvait lui apporter (MD-7). À ce propos, INF-1 a souligné un changement de mentalité dans un milieu de travail où, il n'y a pas si longtemps encore, les médecins détenaient beaucoup de pouvoir au sein des équipes («*Tout le temps que j'ai fait de la recherche, c'était les médecins qui avaient le pouvoir. Nous autres, on était des professionnels de la recherche, même avec un doctorat là!*» INF-1). Les pratiques changent et évoluent : plusieurs professionnels et intervenants de ce projet ont parlé du rôle clé des patients dans leurs équipes.

Les patients et intervenants pairs aidants

Les propos recueillis sur le terrain, au sein de deux milieux communautaires et un institutionnel, ont fait ressortir le rôle de premier plan joué par les patients et les intervenants pairs aidants. En fait, tel qu'exprimé par PHARM-2 et PSYED-1, intervenants dans des milieux distincts, le savoir d'expérience des pairs aidants est une ressource essentielle pour la mise en œuvre d'une pratique adaptée aux besoins de leur clientèle. Dans le cas de PSYED-1, c'est souvent en s'appuyant sur l'expertise de ces intervenants qu'il lui est possible de valider la pertinence de son travail :

Quand je fais un programme, je le donne à cet intervenant-là pour dire, peux-tu me relire? J'ai pas l'impression que ça colle tellement à la réalité de mon patient. Et lui il me dit, ça, ça va être trop difficile, il n'est pas rendu là. Il a un regard différent, qui est beaucoup plus collé à la réalité. PSYED-1

Comme PAIR-1 l'a expliqué, à son avis, un de ses rôles au sein des équipes de travail est d'apporter la perspective du patient dans la façon de penser les interventions et les soins :

Souvent, j'ai la main levée dans les réunions parce que j'ai l'œil de l'ancien résident et je pense que je suis encore utilisé dans ce sens-là. Parfois, l'équipe va dire untel n'a pas respecté ça et moi je leur amène la vision de c'est quoi être ici 24 heures sur 24, tu le vis comme ça, tu te sens comme ça. PAIR-1

Si PAIR-2 pense apporter de l'«émotion» au cœur des réunions de gestion, PSYED-1 apprécie ce contact qui la «bouscule» dans ses façons de penser et de faire («*Quand on a besoin de se faire brasser les puces un peu, c'est les meilleures personnes.*» PSYED-1). Pour PHARM-2 les patients au sein des équipes les obligent à «changer», ce qui contribue à faire d'eux de «*meilleurs cliniciens*».

Un point intéressant à souligner en lien avec la littératie est très certainement le rôle de ces intervenants dans les équipes de travail quant au niveau de langue qui y est utilisé. À ce propos, PAIR-2 a dit jouer un rôle de sensibilisation :

Ils ont tendance à utiliser un langage fermé de gestionnaire et quand ils font des discours, ils parlent beaucoup en acronymes. Alors moi, j'insiste tout le temps pour dire, c'est pas tout le monde qui connaît les acronymes et c'est fatigant quand quelqu'un parle et tu ne sais pas du tout de quoi il parle. PAIR-2

Cet intervenant a également mentionné s'assurer qu'il n'y a pas de «*mots savants*» dans les communications qui s'adressent aux patients, et à ce titre, PAIR-1 se considère comme une ressource pour aider l'équipe à vulgariser l'information en lien avec les traitements :

Quand je suis arrivé ici, il y avait des mots, des théories qui étaient amenées, et j'essayais de comprendre qu'est-ce que ça voulait dire concrètement. Alors maintenant, moi, je suis beaucoup dans la vulgarisation, pour l'avoir mâché moi-même et l'avoir mis plus dans un langage de rue un peu. PAIR-1

Dans le contexte d'un développement de compétences en matière de communication dans un langage clair et simple, les pairs aidants dans les équipes de travail, mais aussi les patients ou usagers dans les comités de gestion, deviennent ainsi des personnes ressources importantes dans le milieu pratique pour apprendre sur la littératie («*Elles te font changer ton niveau de langage.*» INF-1).

Aussi, sur le terrain, les pairs aidants sont perçus comme des alliés précieux lorsqu'il est question de donner de l'information qui pourrait être moins bien reçue de la part d'un

professionnel de la santé (*«La paire aidante va passer des choses que, nous, on ne pourrait pas.» INF-1*). En fait, ces intervenants auraient l'avantage de créer un lien de confiance de façon beaucoup plus spontanée avec les patients, contribuant ainsi à leur donner un certain levier d'action (*«Moi, j'ai cette chance-là; j'ai moins d'efforts à faire pour créer des liens en tant qu'intervenant. Ils me voient plus d'égal à égal.» PAIR-1*). En ce sens, le fait de partager des expériences et un langage avec le patient semblait faciliter la transmission d'information sur la maladie (*«Souvent, ils vont avoir un langage commun entre eux : un va l'expliquer dans des mots que l'autre va beaucoup plus comprendre que si c'est moi qui l'explique dans mes mots de thérapeute.» INT-1*; *«Les résidents me disent : on dirait que je comprends mieux quand tu me l'expliques. Et je pense que c'est parce que j'ajoute en plus des expériences de vie au travers.» PAIR-1*). Plusieurs ont souligné finalement les retombées positives des interventions de ces pairs aidants dans l'animation de groupes de patients (INF-8; PHARM-2; INT-1; EDPHY-1; PSYED-1).

Au final, si nous cherchions à rejoindre des professionnels qui travaillent dans une approche basée sur un partenariat patient dans les soins, l'expérience du terrain a mis en valeur une collaboration qui s'étend bien au-delà de la relation thérapeutique. En fait, les données recueillies révèlent des pratiques où les patients étaient actifs dans toutes les sphères de l'organisation, et ce, tant en milieu communautaire qu'institutionnel. Un établissement spécialisé en santé mentale, un organisme en traitement des dépendances et un autre qui vient en aide aux personnes en milieu de prostitution avaient des usagers qui siégeaient aux comités de direction (*«Je siège avec les médecins, les gestionnaires en chef, les directeurs et toutes les questions cliniques sont amenées là. Je suis vraiment au cœur du pouvoir.» PAIR-2*), et ce, malgré des difficultés sur le plan de la littératie (*«Il y a des femmes qui ne savent pas lire, ou si elles savent lire, elles ne sont pas capables de lire tous les documents que tu vas envoyer pour le CA. Mais elles sont très attentives lors du conseil d'administration, elles posent des questions, elles interviennent.» INF-1*). Cette collaboration concernait également le matériel informatif et éducatif développé, où les patients n'étaient *«pas seulement des personnes que l'on consulte pour savoir si tout est correct»* (INT-2), mais des partenaires dans l'ensemble du processus de création (*«S'ils sont là depuis le début, ça va orienter le travail au complet. Il y a des affaires qu'on pensait que c'était super comme idée, mais les gens ce n'était pas ça qu'ils*

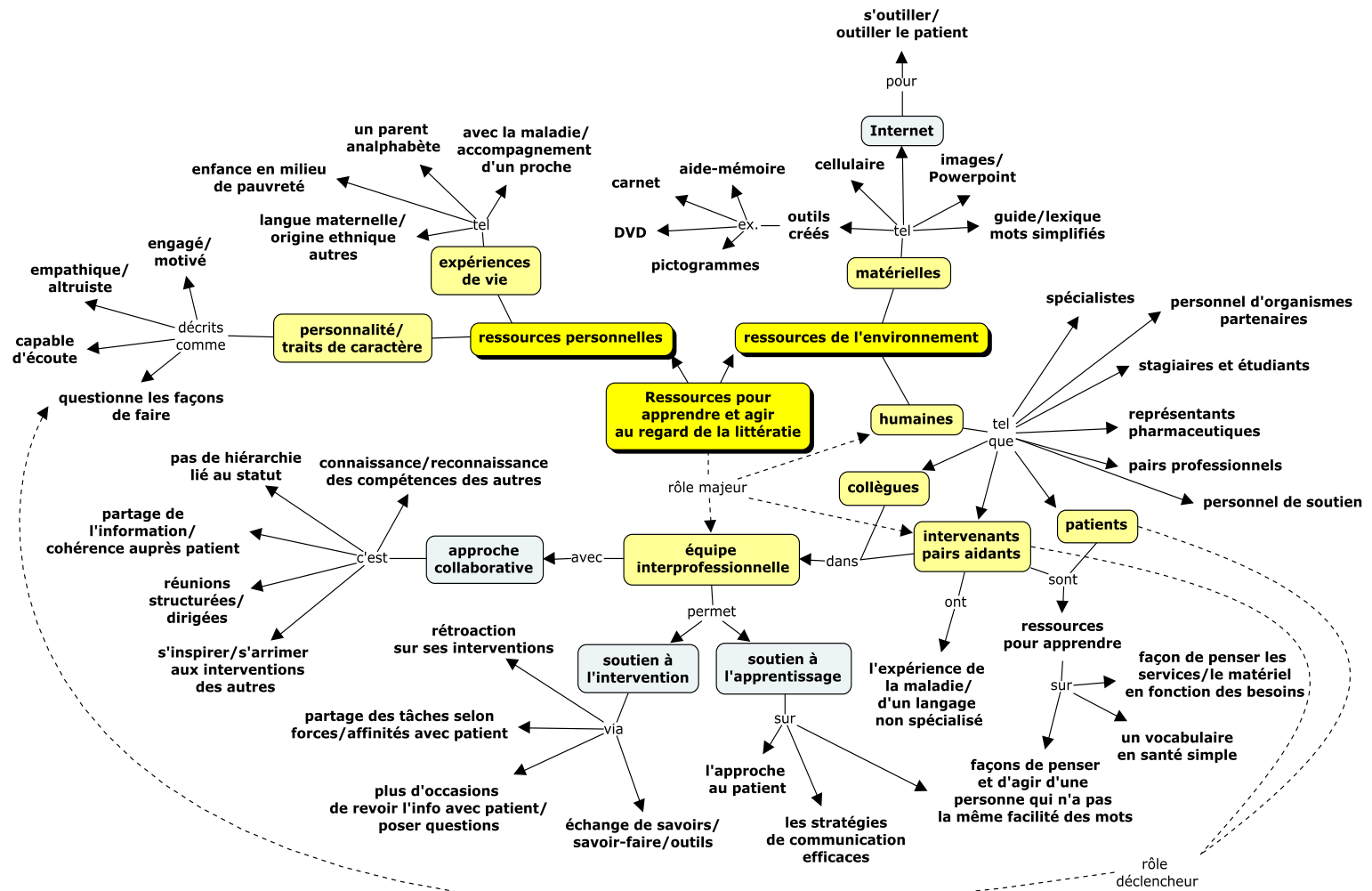
trouvaient le plus important.» INT-2). Aussi, dans un centre hospitalier que nous avons visité, des patients étaient impliqués dans la formation du personnel :

Ici, au niveau de la formation continue, on essaie de jumeler un professionnel et une personne qui a la maladie pour que les gens entendent les deux côtés de la médaille. Le pair aidant ou l'utilisateur va participer à l'élaboration de la formation et, si elle est déjà existante, il va amener sa couleur dedans. PAIR-2

Dans cette pratique, où les patients travaillent sur le contenu de la formation mais aussi sur sa diffusion auprès du personnel de l'établissement, un certain décloisonnement des rôles favorisait un partage de savoirs et d'expériences, ainsi qu'un changement de perspectives en lien avec une problématique de santé (PHARM-2).

Avant d'aborder les activités de développement en tant que ressources pour apprendre et agir, la carte synthèse ci-dessous se veut un résumé des éléments importants discutés concernant les ressources personnelles, humaines et matérielles utilisées dans la pratique. Comme illustré, les ressources humaines se sont avérées prédominantes, et plus particulièrement les équipes de travail au sein desquelles se côtoient des collègues de divers champs d'expertise ainsi que des patients pairs aidants.

Figure 22. Carte-résumé des ressources internes et externes



5.4.3 Les activités de développement

Les propos recueillis sur le terrain montrent que les intervenantes et intervenants en santé participent de façon générale à plusieurs formes d'activités de formation continue. Cela s'explique d'abord par le fait que le personnel médical appartenant à un ordre professionnel est tenu de cumuler des heures de perfectionnement (*«Ils nous demandent 250 heures de formation sur 5 ans. Après un an et demi, j'avais plus de 250 heures.» MD-7*). Dans certains cas, les activités de formation étaient encouragées par l'organisation (*«Ici, ils sont vraiment pro-formation.» INT-1*); dans d'autres, les démarches étaient organisées par le professionnel lui-même (*«Il y a des formations à l'extérieur que je suis allée chercher. Comme pour Proshaska²⁸, à l'Université j'avais entendu parler de ça et ça m'endormait, mais avec le temps tu comprends que ça pourrait être pratique.» INF-3*).

Dans cette section, nous nous proposons de présenter les principaux moyens d'apprendre que les participantEs à cette étude ont dit privilégier, que ce soit des activités d'apprentissage réalisées en contexte formel, non formel ou informel. Nous tenterons en fait de cibler les plus pertinents au regard d'un apprentissage en matière de littératie.

En contexte formel

L'apprentissage formel renvoie généralement à des activités d'apprentissage structurées, dispensées par des établissements d'enseignement et conduisant à une reconnaissance officielle. Dans notre population, ce type d'activités visait principalement l'acquisition de qualifications additionnelles. En regardant les fiches portraits des participants à cette étude (annexe J), il est possible de noter qu'un grand nombre d'entre eux se sont tournés vers la formation formelle, sanctionnée par une reconnaissance officielle, pour acquérir davantage de connaissances au regard de leur pratique. En effet, plusieurs sont allés chercher des qualifications additionnelles à leur formation de base, telles que des certificats, des maîtrises et même des doctorats, menant à des spécialisations en lien avec la gestion, l'intervention, la

²⁸ Le modèle développé par Prochaska et Di Clemente (1984) est une théorie de changement comportemental, où pour accompagner une personne dans son désir de changement, il faut tenir compte du stade où elle se trouve. Le cycle de Prochaska et Di Clemente décrit les étapes d'un changement de comportement et les modes d'intervention adaptés qui y correspondent.

pédagogie médicale ou la santé communautaire. Dans le cas de six d'entre eux (INF-1; INF-9; MD-1; MD-3; MD-5; PHARM-1), les spécialisations ou les activités de recherche étaient en lien avec la littératie dans un sens large et portaient notamment sur la vulgarisation de l'information, les outils éducatifs, la collaboration interprofessionnelle ou la responsabilisation et l'autonomie décisionnelle de la personne face à sa santé.

En contexte non formel

L'apprentissage non formel s'entend ici comme étant associé à des activités de formation organisées et structurées, mais qui ne se déroulent pas dans le cadre d'un programme d'étude sanctionné par un établissement d'éducation. Ces activités d'apprentissage, le plus souvent sous la responsabilité d'un formateur, peuvent se tenir sur le lieu de travail ou à l'extérieur, et conduire dans certains cas à des attestations de participation. Au cours des entretiens, ce type d'activités d'apprentissage, visant à développer des compétences en lien la littératie, prenait essentiellement les formes de formations structurées, de congrès et de colloques, de midis-conférences.

Les formations structurées

Parmi les activités de formation qui s'organisent dans le milieu de travail, INT-1 a parlé de formations données par les pairs. Dans cette organisation, chaque fois qu'unE intervenantE participe à une formation, il ou elle est tenuE ensuite de la transmettre à ses collègues. Si, dans ce cas, l'activité est initiée par l'organisation dans le but d'un partage des connaissances et d'un certain retour sur l'investissement en formation, dans le milieu où travaille INF-8, ces formations avaient aussi lieu à la suite de demandes exprimées par le personnel dans un but d'échange d'expertise. Ces formations données par des collègues au sein du milieu de travail étaient orientées vers un besoin en lien avec l'intervention auprès de la clientèle cible ou dans le cadre d'un projet tel que le développement de matériel éducatif (INF-8).

Les formations organisées et structurées évoquées par les intervenantEs portaient sur divers sujets, comme les nouvelles approches de soins, les traitements pharmacologiques ou les stratégies psychoéducatives. Toutefois, celles qui ont été plus amplement discutées sont celles portant sur l'approche et la communication avec les patients, comme par exemple celle

suivie par INF-6 sur l'approche cognitivo-comportementale : *«Le formateur m'a amené à comprendre une certaine dynamique dans l'échange que je n'avais pas saisie avant.» INF-6.*

Parmi ces formations, une en particulier semble avoir eu un impact majeur sur les façons de faire de plusieurs participantEs, et ce, dans différents milieux d'intervention. Cette formation portait sur les techniques de l'entretien motivationnel de Miller et Rollnick (2002, 2013) appliquées dans le champ de la santé à la communication avec les patients, tant en contexte de consultation individuelle (Rollnick, Miller, & Butler, 2009) que de groupe (Wagner & Ingersoll, 2015). Cette approche, qui s'inspire de l'approche humaniste, mise sur un style de conversation collaboratif qui se fait dans «un esprit de partenariat et se déroule dans une atmosphère empathique de non-jugement» (Association francophone de diffusion de l'entretien motivationnel, 2015). Par le biais de cette formation suivie en cours d'emploi, des professionnels (DTP-1; DTP-2; INF-3; INF-4; EDPHY-1; PHARM-2), de trois milieux d'intervention différents, ont dit avoir développé leurs compétences à susciter l'engagement du patient dans la prise en charge de son parcours de santé. DTP-2, pour qui l'impact de cette formation a été majeur dans son parcours professionnel (*«C'est récent, mais moi ça a changé ma vie.» DTP-2*), a dit avoir trouvé dans cette formation des stratégies et des techniques particulièrement utiles dans le contexte de la mise en œuvre d'un partenariat de soins.

Les congrès et les colloques

Selon les données recueillies, la participation à des congrès ou à des colloques est fréquente. Ces congrès, parfois à l'étranger, permettent, entre autres, de s'inspirer des nouvelles tendances ou approches dans son domaine (*«J'ai eu la chance d'aller en Australie où il y avait des modèles de cliniques comme ici.» INF-8*) ou de se tenir informé de recherches dans des champs connexes à son champ d'expertise (*«En avril dernier, j'ai vu en Europe une présentation sur l'information que trouvent les patients sur Internet qui m'a jetée à terre.» PHARM-2*). Parmi les conférences qui ont été évoquées, notons en particulier celle suivie par MD-2 et INT-3 qui portait spécifiquement sur la littératie en santé. En effet, ces deux intervenantEs, de milieux différents, ont dit avoir participé à un colloque sur la littératie en santé organisé par l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPO) à l'Université Laval. Questionnée sur l'impact de cette formation sur sa pratique, MD-2 a dit

que cette journée de formation a eu dans son cas un effet de sensibilisation à cette problématique («*Je me trouve plus attentive. Parfois, on a un doute par les signes non verbaux des gens, mais je le demande un peu plus avec des mots.*» MD-2). De son côté, INT-3 a rapporté y avoir rencontré des intervenantEs qui ont travaillé au développement d'outils pour des clientèles de faibles niveaux de littératie, un contact qui lui a permis, entre autres choses, d'étoffer sa réflexion sur la façon de construire ses propres outils («*Il y avait une équipe qui présentait leur outil, ils l'avaient bâti et après ils avaient formé des focus group. Le problème, je pense, c'est que ceux qui n'ont pas le niveau de langage n'iront pas dans ces groupes-là.*» INT-2).

Les midi-conférences

Dans le cours des entretiens, la participation à des midi-conférences en milieu de travail a été mentionnée par certains intervenants, notamment des médecins (MD-7; MD-2). Cette activité de formation continue, dont la participation est comptabilisée dans le calcul des heures de développement professionnel continu auquel ils doivent se soumettre, se déroulait, dans le cas de MD-7, tous les mercredis midi dans un local de l'hôpital. Dans le cas de MD-2, qui exerce dans un hôpital en milieu rural, la conférence n'avait pas lieu physiquement dans son établissement mais était plutôt diffusée par visioconférence. Une période d'échange avait tout de même lieu à la fin de la présentation avec les intervenants des différents sites et permettait de s'inspirer de ce qui était fait dans d'autres centres hospitaliers de la province. Les sujets abordés au cours de ces conférences étaient variés, allant des nouvelles approches en imagerie médicale aux traitements pharmacologiques, mais ne semblaient pas porter directement sur les questions liées à la littératie en santé ou au partenariat dans les soins.

En contexte informel

Contrairement à l'apprentissage formel et non formel, l'apprentissage informel s'entend ici comme des activités qui ne sont pas structurées en termes d'objectifs d'apprentissage précis et qui ne sont pas sous la responsabilité d'un formateur. Ces apprentissages, qui se déroulent le plus souvent en milieu de travail, peuvent prendre de multiples formes notamment selon l'intention et la conscience d'apprendre. Parmi les moyens d'apprendre identifiés par les intervenantEs, plusieurs ont pu être associés à de l'apprentissage informel explicite. Les

principaux sont les clubs de lecture, les communautés de pratique, les réunions d'équipe, le mentorat et les échanges entre intervenantEs, les activités d'enseignement et de supervision ainsi que les lectures autodirigées.

Les clubs de lecture

Parmi les activités d'apprentissage non structurées auxquelles les intervenantEs participent en milieu de travail, les clubs de lecture semblaient très appréciés. Ces activités sont parfois orientées autour d'un article scientifique qui est discuté en groupe, souvent en dehors des heures de travail (*«Une fois par mois, sur l'heure du dîner. On apporte nos lunches et c'est un petit peu informel.» DTP-3*). Pour MD-3, c'est une occasion de rester à jour au regard de la littérature scientifique, tandis que, pour INF-3, c'est par la participation à ces groupes qu'elle a appris à lire et à analyser des études. Pour une des nutritionnistes, ce type d'activité, qui regroupe des intervenantEs de différents champs d'expertise au sein de son organisation, est une façon de faire connaître aux autres en quoi elle peut contribuer aux interventions (*«Quand on commence à sortir un peu de nos bureaux et à aller dans des groupes comme ça, les gens se rendent compte que la nutrition, c'est vraiment une science, ils comprennent ce qu'on peut faire aussi.» DTP-3*). Ainsi, ces activités étaient principalement vues comme une occasion d'échanger avec des collègues œuvrant au sein du même établissement (*INF-3; DTP-3*) ou d'établissements différents (*«On va présenter des articles clés via notre Journal Club, et ça, c'est en interhospitalier. Ce qui est intéressant, c'est qu'on a le point de vue de tout le monde.» MD-3*). Ces activités se voulaient des occasions de réseautage et INF-1 a donné l'exemple de sa rencontre avec un *«médecin des pauvres»* qui a eu par la suite *«une influence marquante»* dans son parcours de développement.

Les communautés de pratique

Les réseaux d'échange d'expertise et de soutien se développaient aussi grâce à la participation à des communautés de pratique. Pour PAIR-3, qui se rend une fois par mois à une rencontre d'une communauté de pratique regroupant des pairs aidants de sa région, ces échanges et discussions sur des cas concrets sont une façon de se développer qui est particulièrement appréciée. Pour MD-4, c'est en fait le moyen de se former qu'elle trouve *«le plus pratique»*, notamment en raison du fait qu'elle peut y aborder des sujets directement en lien avec ses

interventions sur le terrain. De ce qui a été rapporté, l'organisation de ces rencontres semble souvent laisser place à un programme «spontané», en fonction des besoins et préoccupations du moment («On va prendre une situation avec un patient face à laquelle on se sent un peu démuni et là on va réfléchir en gang et amener des idées ou pistes de solutions.» PAIR-3). Si c'est une occasion d'échanger des façons de faire, ou trucs du métier, pour MD-6, c'est aussi un espace pour trouver du soutien afin de faire avancer des causes qui lui tiennent à cœur. Le réseau de pairs professionnels était pour ce médecin un moyen de bâtir un «lobby politique» afin de se faire entendre au regard des ressources et du financement offerts aux clientèles vulnérables.

Les réunions d'équipe

Alors que la participation aux communautés de pratique et aux clubs de lecture se fait le plus souvent de façon mensuelle, les rencontres ou réunions d'équipe de travail sont quasi quotidiennes. Dans certains établissements, des réunions «inter» ou en grand groupe pouvaient se faire quelques fois par semaine, alors que dans d'autres milieux, surtout communautaires, les rencontres pouvaient avoir lieu jusqu'à deux fois par jour. Ces rencontres ont été principalement décrites comme l'occasion d'apprendre des autres («C'est qu'on s'autoforme entre professionnels.» INF-8) par l'échange de trucs du métier qui s'organise autour des défis liés à la communication et à l'approche auprès des patients («Qu'est-ce que tu as fait? Comment tu l'as fait? Quels mots tu as utilisés? Quels mots elle t'a dits? Comment elle a pu l'interpréter? Toi, comment tu l'interprètes?» INF-1; «Parfois, c'est des patients avec un contact difficile, ou on a de la misère à se comprendre, alors c'est qu'est-ce que tu en penses? Qu'est-ce que je devrais faire?» MD-1).

Le contact avec des collègues de champs différents était aussi une occasion d'aller chercher des savoirs plus «formels» ou «spécialisés», notamment en lien avec les traitements pharmacologiques («Dans les réunions d'équipe, je pose beaucoup de questions. J'ai appris beaucoup sur la médication avec les infirmiers.» PAIR-3; «Ici, à la clinique, on a une pharmacienne extraordinaire qui nous a 'upgradé' dans nos connaissances sur les médicaments.» INF-8), mais aussi de s'instrumentaliser en acquérant notamment des techniques d'entrevue s'inspirant des approches d'autres champs (PHARM-2).

Le mentorat et les échanges entre intervenantEs

Dans certains milieux, des échanges d'expertise se font avec d'autres organisations qui offrent des services à une clientèle vivant des problèmes similaires. Dans le cas d'INF-8, qui qualifie ces activités de «*mentorat*», cela prend la forme de visites occasionnelles ou ponctuelles dans d'autres milieux afin d'apprendre sur les approches et les outils psycho-éducatifs qui y sont développés. Du côté de PAIR-1, l'activité, qui visait davantage l'acquisition de savoirs-faire et trucs du métier, prenait la forme d'un échange d'intervenants :

On y va à tour de rôle. Moi, j'y ai déjà été pendant plusieurs semaines pendant qu'il y en avait un autre qui venait ici. Alors ça, c'est vraiment formateur. D'être là dans le concret et d'interagir avec une autre sorte de clientèle, d'une autre manière, de voir tout ça, ça imprègne bien. Ça me permet de voir comment je peux transformer ça sur le plancher ici, faire ça autrement. PAIR-1

Cette expérience met en lumière un apprentissage dans l'action, alors que les savoirs liés à une intervention efficace auprès de la clientèle du milieu sont non seulement détenus par des personnes au sein des organisations, mais se transmettent de façon informelle.

Les activités d'enseignement et de supervision

Pour certains participants, les tâches d'enseignement ou de supervision constituaient un moyen privilégié de développement. MD-7 a dit acquérir de nouvelles connaissances en préparant ses cours et ses formations («*C'est une autre façon d'apprendre.*» MD-7) et, dans le cas d'INF-4, les tâches de supervision d'étudiantEs sont souvent l'occasion de déclencher une pratique réflexive qui lui permet d'évaluer sa propre pratique («*Je regardais l'étudiante et je me disais, le patient ne l'écoute pas du tout! Et là, j'étais en train de me voir.*» INF-4). Ces activités étaient perçues par MD-7 et INF-4 comme des moyens d'apprendre de façon informelle de nouveaux savoirs qui, d'une certaine façon, avaient le potentiel de modifier leurs façons de faire auprès de leur clientèle.

Les lectures autodirigées

Parmi tous les moyens évoqués d'apprendre et de se former, la lecture autodirigée occupe très certainement une place de choix. La grande majorité des personnes rencontrées ont parlé de lectures en lien avec leur travail, que ce soit des articles scientifiques, des revues

professionnelles ou des pages de site Web. Le plus souvent, ces lectures visaient à maintenir à jour des savoirs propres à leur champ d'expertise (INF-2; INF-4; MD-6; DTP-1; MD-4; MD-7). INT-3 a parlé de lectures en lien avec la recherche d'information ou d'outils en vue de soutenir ses interventions auprès de la clientèle en donnant l'exemple des guides et lexiques en littérature qu'elle a trouvés sur le Web. Dans le cas de DTP-1 et PSY-1, une partie de leurs lectures portaient sur des sujets davantage «grand public» et visaient à s'intéresser à ce que leurs patients pouvaient lire ou trouver comme information en lien avec les tendances actuelles en santé.

5.4.4 Carte synthèse de la dimension ressources

De ce portrait des ressources internes et externes, nous retenons l'image d'intervenantes et d'intervenants engagés dans leurs projets auprès d'une clientèle qu'ils ont souvent «choisie» (EDPHY-1). Les ressources qu'ils recherchent et utilisent le sont souvent en vue d'une instrumentalisation, que ce soit au regard de stratégies de communication ou des façons d'entrer en relation avec le patient afin de l'amener à s'engager dans sa démarche de santé. Pour aller chercher ce savoir, des activités structurées ont été évoquées, notamment la formation sur l'entretien motivationnel qui a été mentionnée par plusieurs intervenantEs de champs d'expertise différents et de trois milieux d'intervention différents. Les activités telles que les communautés de pratiques, les groupes d'échange sur la pratique et de discussion autour d'articles, sont des modalités qui semblaient susciter beaucoup d'intérêt de la part des intervenantEs. Il y avait une recherche du contact avec des collègues qui ont une expérience d'intervention auprès d'une clientèle similaire et un désir de développer des réseaux en lien avec ses intérêts de pratique et ses projets.

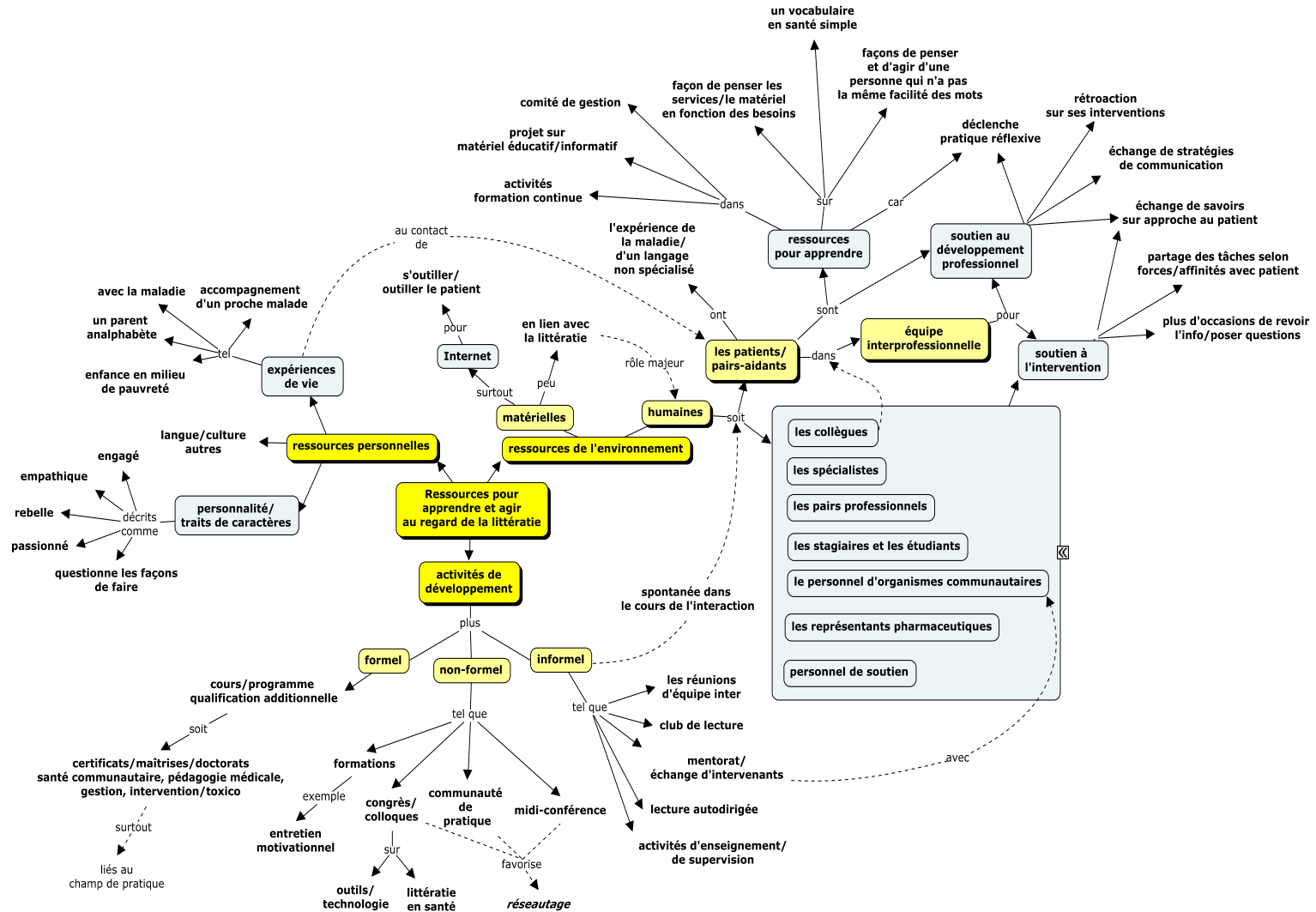
Toutefois, le plus souvent, les professionnels ont dit que c'est auprès des personnes dans leur environnement qu'ils allaient chercher le «savoir intervenir» en matière de littérature, les «trucs ou stratégies» (INF-6) pour communiquer avec la clientèle pouvant être transmis «par des préposés, des auxiliaires» qu'ils côtoient dans l'activité du travail. Comme l'illustre la carte synthèse de la page 184, les intervenantes et intervenants ont dit souvent se tourner vers leurs collègues au sein des équipes de travail afin d'obtenir du soutien, tant moral qu'instrumental, au regard de leurs interventions. C'est aussi au sein de ces équipes qu'ils ont dit acquérir de nouveaux savoirs, que ce soit sur les techniques d'entrevue ou l'approche

auprès des patients qu'ils cherchent à mobiliser dans les soins. Et à ce propos, les patients intégrés dans la sphère professionnelle se sont révélés des ressources clés (nommés comme tel par 7 participantEs d'un champ autre que l'intervention par les pairs et issuEs de 4 milieux d'intervention distincts).

Ainsi donc, comme le résume le tableau des résultats à l'annexe K, nous retenons au regard de nos objectifs de recherche que :

- les ressources matérielles ont été peu traitées, à l'exception d'Internet, présenté à la fois comme un moyen de s'informer et de s'outiller en lien avec la pratique, et un moyen privilégié pour fournir un complément d'information au patient;
- les intervenantEs ont parlé d'activités de formation continue, comme celle sur l'entretien motivationnel, qui leur a fourni des outils pour communiquer avec le patient et l'amener à s'engager dans la démarche;
- les intervenantEs semblent rechercher et s'appuyer le plus souvent sur des personnes ressources (collègues, spécialistes, préposés aux bénéficiaires, patients) au sein de leur organisation afin de soutenir le développement et l'actualisation de leur pratique orientée vers une clientèle moins outillée sur le plan de l'écrit;
- l'équipe interprofessionnelle est vue comme un soutien indispensable aux interventions, en offrant de multiples «voix» pour communiquer l'information à une clientèle plus sensible au lien relationnel, mais aussi à l'apprentissage sur un *savoir communiquer* avec cette clientèle;
- les patients impliqués dans la sphère professionnelle ont un important rôle à jouer, tant au niveau des interventions auprès de la clientèle — où ils ont l'avantage d'un langage commun — qu'au niveau d'une compréhension de la façon dont les personnes qui vivent les défis liés à littératie pensent, agissent, parlent et apprennent.

Carte conceptuelle 8. Synthèse de la dimension ressources pour agir et apprendre



5.5 Bilan de l'articulation sous forme de parcours

L'analyse des données a permis jusqu'à maintenant de brosser un portrait général de la compétence de professionnels à intervenir auprès d'une clientèle susceptible d'éprouver de la difficulté à s'approprier l'information sur leur santé, de même que de la façon dont ceux-ci s'y prennent pour la développer. Maintenant, puisque le développement de compétences s'inscrit dans un processus dynamique, il est possible de relever la façon dont les participants, hommes et femmes, ont décrit leur parcours d'apprentissage au regard de la littératie.

Tout d'abord, certains ont parlé des déclencheurs qui ont motivé leur démarche. Souvent, des rencontres ont été à l'origine du parcours de développement, comme celle d'une intervenante en alphabétisation dans le cas de INF-9 (*«Elle a parlé de sa clientèle et moi ça m'a accroché.» INF-9*) ou d'une professeure-chercheuse dans le cas de MD-5 (*«Cette réflexion là, ça s'est fait en rencontrant celle qui est devenue par la suite ma directrice de thèse.» MD-5*). Pour INF-1, qui a décidé en cours de pratique d'aller chercher son doctorat, c'est la motivation de faire avancer une cause qui est à l'origine d'un cheminement tant personnel que professionnel (*«Je travaillais en santé publique et je suis tombée en amour avec un concept de santé communautaire où l'idée est de redonner le pouvoir et l'autonomie à la personne. À partir de ce moment-là, j'ai cherché comment on peut aider une personne à s'aider elle-même davantage.» INF-1*). En fait, un désir de contribuer à un changement dans les pratiques au regard de l'autonomie et de la reprise de pouvoir de la personne sur sa santé semble avoir été à l'origine d'un développement de connaissances pour plusieurs (INF-9; MD-5; PAIR-2; EDPHY-1).

Pour d'autres, c'est l'expérience de travail qui a eu l'effet de mettre en lumière un problème, tel que le fait que l'information transmise ne soit pas bien comprise. C'est le cas pour INT-2, INT-3 et MD-1, qui dans le cours de leurs interventions auprès des patients, ont pris conscience qu'ils n'étaient pas en mesure de répondre aux besoins d'information de leur clientèle (*«On se disait qu'est-ce qu'on fait, l'information ne passe pas. Comment on s'y prend?» INT-2 et INT-3; «Quand j'ai commencé le projet, je travaillais avec une clientèle immigrante et je voyais bien que j'avais beau tout leur passer oralement, et les revoir, et répéter, c'était toujours à recommencer» MD-1*). INF-3, pour sa part, était confronté au

manque d'outils éducatifs adaptés à sa clientèle (*«J'ai souvent l'impression qu'il manque quelque chose aux patients, que je n'ai pas les bons outils pour pouvoir le faire, alors je les crée» INF-3*) alors que MD-5 était en quête à la fois d'outils et de stratégies d'intervention pour arriver à concrétiser le partenariat dans les soins et les décisions avec les patients (*«Moi j'ai été formée comme ça au départ. Mais rapidement, j'ai réalisé que ça ne permettait pas d'opérationnaliser l'autonomie décisionnelle de la personne.» MD-5*).

Les intervenantes et intervenants ont souvent parlé d'un apprentissage qu'ils ont auto-initié d'une part, mais aussi dont ils contrôlent essentiellement les moyens de le concrétiser. Pour PHARM-1, qui consacre une partie de ses activités professionnelles au développement d'outils visuels pour soutenir l'autogestion des médicaments, son apprentissage au regard de la littératie est un parcours autonome (*«J'ai pas eu de formation qui m'a vraiment aidé. J'ai été autodidacte dans le domaine.» PHARM-1*). C'est aussi la perception qu'a MD-3 de son développement de compétences en matière de communication, qui se fait en grande partie dans les activités de son travail (*«On n'a pas vraiment d'ateliers ou de chose comme ça, c'est plus dans la pratique ou dans les réunions multi qu'on va chercher ces choses-là.» MD-3*). InvitéEs à mettre des mots sur leur façon d'apprendre à adapter et à communiquer l'information, les intervenantEs ont parlé d'un apprentissage «sur-le-tas» (*«Un moment donné de me rendre compte que je ne me suis pas fait comprendre, et bien comment ça? C'était où? C'est plus sur le tas, à force de discuter avec les gens.» INT-1*), par «essais et erreurs» (*«C'est des choses qu'on teste et qu'à un moment donné on réalise, tiens, ça, quand je fais ça, c'est payant. Tiens, j'ai donc bien fait de poser telle question!» MD-1*) et même «par imitation» (*«Je regarde comment certains collègues approchent des patients similaires aux miens puis souvent je vais m'en inspirer.» MD-3*). Chose certaine, les propos ont fait émerger la dynamique d'une démarche qui s'oriente par le biais d'une pratique réflexive active (*«Tu te demandes : est-ce que je les aide en travaillant comme ça? Pas sûr! Alors tu revois tes façons de faire, il y a des formations à travers ça, tu vas chercher ce qui te convient là-dedans et tu te fais une façon de travailler où tu vas voir des résultats.» DTP-2*).

Bien que décrit comme un apprentissage en contexte «informel», où il y a un certain contrôle des buts et des moyens pour se développer, la participation à des formes d'activités structurées a été présentée comme une occasion d'offrir des assises à la démarche. Pour MD-7,

qui cumule plusieurs années d'expérience et qui supervise maintenant des médecins en début de carrière, il est clair que le formel est là pour, d'une certaine manière, leur sauver du temps («*Cette approche de l'entrevue, ça met de façon ordonnée plusieurs choses que j'ai appris de façon intuitive ou par expérience, des choses que moi ça m'a pris des années avant de comprendre.*» MD-7). Conscients de posséder des savoirs leur permettant d'agir avec compétence auprès des patients sans être en mesure de les verbaliser («*On ne le sait pas, on le sent. C'est pour ça que c'est difficile d'en parler.*» PSY-1; «*Je ne le sais pas tout le temps comment je fais ça.*» EDPHY-1), les activités d'apprentissage plus structurées semblaient contribuer à les faire émerger («*Cette formation sur l'entrevue motivationnelle, ça a mis des mots dans ma bouche. Ok, c'est ça que je fais intuitivement et il y a de la recherche qui s'est faite là-dessus, alors ça a été prouvé.*» INF-4). Ainsi, le savoir formalisé que ces professionnels vont chercher via des activités de formation, notamment sur les techniques d'entrevue et les façons d'amener la personne à s'engager dans sa démarche, semblait leur permettre de valider ce qu'ils font, d'une part, et, d'autre part, de les aider à orienter le développement et l'actualisation de leur pratique («*J'écoutais c'était quoi l'entretien motivationnel et je suis dedans. Je ne suis pas à côté de la track.*» EDPHY-1).

En somme, dans le but de représenter le développement professionnel au regard de la littérature, nous retenons l'image de parcours décrits comme étant en grande partie autodirigés, le plus souvent motivés par l'expérience auprès de la clientèle, où des besoins de comprendre et de s'outiller sont mis en lumière, et qui se nourrit du contact avec les collègues et les patients, partenaires et pairs aidants, dans le milieu de travail.

6 Mise en perspective des résultats en vue d'une modélisation

Dans cette section, nous reprendrons les principaux résultats de cette recherche afin de les comparer aux données de recherches similaires et à la littérature scientifique sur le sujet. Nous tenterons par cette démarche d'identifier des similitudes et des différences afin de pouvoir dégager une compréhension du développement de la compétence professionnelle en matière de littératie en santé. L'objectif ici est de mettre en lumière les contributions de cette recherche, tant au regard des pratiques auprès d'une clientèle à risque que du développement professionnel en matière de littératie en santé, et cela, en vue de proposer un modèle.

6.1 La pratique de professionnels au regard de la littératie en santé

Les participantes et les participants à cette recherche ont parlé abondamment de leur façon de faire et de ce qui fonctionne bien ou moins bien dans leur travail auprès de personnes à risque sur le plan de la littératie. Ces derniers ont brossé un portrait de la clientèle avec laquelle ils travaillent, des personnes qui, très souvent, ont un faible niveau de scolarité, sont sans emploi ou ont un emploi à statut précaire, et qui doivent composer avec un budget restreint. Ces caractéristiques sont reconnues comme étant associées aux groupes à risque de présenter un faible niveau de littératie. À ce propos, il est intéressant de souligner que les enquêtes populationnelles font état d'une fréquence accrue de problèmes de santé mentale au sein des groupes à risque sur le plan de la littératie (ACSM, 2015; Baraldi et al., 2015; Bienvenue et al., 2015; OMS, 2013, 2014), soit les groupes ciblés par cette investigation. Ceci avalise la présence d'un groupe conséquent d'intervenants œuvrant en santé mentale dans la population étudiée dans notre recherche.

Une faible estime de soi, ainsi qu'un certain sentiment de honte à l'égard des difficultés avec l'écrit, ont été relevés par les professionnels interviewés, des éléments caractérisant souvent les adultes qui ont à composer avec ce type de difficultés (Bernèche et al., 2012; CPHA, 2006; IOM, 2004; Parikh et al., 1996). C'est toutefois sur la perception d'une certaine méfiance à leur endroit que les données de cette recherche ont mis l'accent. Si

cette caractéristique peut être liée à la personnalité, voire à un trouble de la personnalité, du patient, il s'avère que c'est un élément également mis en lumière par la plus récente enquête du PIAAC²⁹ (2013b) sur les compétences des adultes en lien avec l'écrit. Dans cette étude, de faibles compétences en littératie ont été associées à un niveau de confiance en autrui moins élevé, celle-ci s'amenuisant avec la diminution du niveau de compétence (OCDE, 2013b, p.251; p.255). En fait, les adultes dont le score est inférieur ou égal au niveau 1 en littératie, soit le plus bas niveau, sont environ deux fois plus susceptibles d'indiquer qu'ils ne font que très peu confiance à autrui par comparaison avec les adultes atteignant le niveau 4 ou 5 (OCDE, 2013b, p.255). Cette enquête montre que les adultes sont «plus enclins à faire confiance aux personnes qui leur ressemblent ou avec qui ils partagent des valeurs» et, de ce fait, «un degré élevé d'inégalité entre des personnes très compétentes et peu compétentes est susceptible de susciter la méfiance» (OCDE, 2013b, p.255). Dans le cadre de notre recherche, les données empiriques laissent à penser que, dans un contexte de santé, qui met en relation des personnes faiblement scolarisées et des professionnels hautement qualifiés, cette méfiance est un élément susceptible d'orienter plusieurs décisions en lien avec la pratique.

6.1.1 Une alliance à créer... et à préserver

Le lien de confiance à créer mais aussi à préserver semble être une préoccupation constante chez les femmes et les hommes qui interviennent en santé auprès des clientèles qui nous intéressent. Appelés à développer un lien souvent plus «personnel» avec une clientèle sensible au relationnel, les participantes et participants à l'étude ont parlé d'une certaine zone d'inconfort où, souvent, ils ont conscience de franchir les limites d'une «bonne» distance («*Je me permets des choses alors qu'avant je ne serais jamais sortie du cadre, je n'aurais jamais parlé de moi. Mais, à quelque part, c'est nécessaire*» PSY-1). Souvent invités à ne rien laisser transparaître des autres aspects de leur vie (Richard & Lussier, 2005), les professionnels de la santé rencontrés étaient confrontés à l'effacement de certaines balises encadrant la relation avec leurs patients. À leurs yeux, il semble que ce soit «*un défi présent dans chaque relation*»

²⁹ Le Programme de l'OCDE pour l'évaluation internationale des adultes (PIACC) mesure les principales compétences des adultes pour le traitement de l'information qui sont estimées nécessaires afin que les individus évoluent avec succès dans les sociétés du 21^e siècle. Il s'agit de la littératie, la numératie et l'aptitude à résoudre des problèmes dans les environnements à forte composante technologique (<http://www.oecd.org/fr/sites/piaac-fr/>).

(INF-7) qu'ils établissent et, à ce propos, pour Barrier (2014), il est nécessaire d'encourager les soignants à sortir du piège de la «bonne distance». En fait, pour ce chercheur, il n'y aurait pas de bonne distance «à part celle, naturelle, que la rencontre instaure d'elle-même et qui tient à la qualité de la présence des personnes impliquées (Barrier, 2014, p.53).» Dans cette relation, «on réagit à l'authenticité de l'autre» (INF-1), et c'est ce que semblent avoir appris ces intervenantEs qui se démarquent dans leur travail auprès d'une clientèle de faible niveau de littératie.

Aussi, dans ce partenariat de soins à bâtir, l'importance des efforts faits dès l'arrivée de la personne dans le milieu est un autre point important qui a émergé des données. L'accueil avec une attitude bienveillante et sans jugement, ainsi qu'un contact «*humain*» (INT-2), ont été nommés comme des pratiques gagnantes auprès de la clientèle. Ce résultat oriente vers les conclusions de l'étude de Barrett et al. (2008), portant sur les pratiques au regard de la littératie mises en place dans des cliniques de première ligne, et qui identifie le fait d'impliquer le personnel à la réception comme l'une des 5 pratiques clés. Dans le cas de notre recherche, il était question d'une personne dédiée spécifiquement au rôle d'intervenante à l'accueil, une personne devenant un «*port d'attache*» (PSYED-1) pour le patient dans le milieu de soins. En ce sens, cette pratique appelle à une mobilisation de toutes les catégories de personnel travaillant dans l'organisation et, comme l'a souligné PHARM-2, invite à réfléchir sur la façon de former et d'outiller le personnel en lien avec ce rôle. Chose certaine, si on prend appui sur les travaux de Rudd (2000), qui rapportent que les patients moins outillés sur le plan de la littératie se tournent fréquemment vers le personnel de l'entretien ménager dans un hôpital afin de poser leurs questions, cette pratique prend tout son sens.

6.1.2 Le dépistage des patients de faible niveau de littératie

Dépister les patients de faible niveau de littératie ne semble pas avoir de réponse simple chez les praticiens qui jugent cet aspect de leur pratique plutôt «*problématique*» (PHARM-1), tout comme il n'y a pas de consensus autour de son évaluation au sein des écrits (Pleasant & McKinney, 2011). C'est connu, de faibles compétences en littératie peuvent passer inaperçues (Bernèche et al., 2012) et les professionnels de la santé ne sont souvent pas en mesure d'identifier les patients qui éprouvent des difficultés à traiter l'information écrite (Bass et al., 2002; Rogers, Wallace, & Weiss, 2006). En fait, ces derniers auraient tendance à sous-estimer

les difficultés de leurs patients (Bass et al., 2002), comme les propos d'un médecin participant à ce projet portent également à le croire («*Les statistiques disent qu'il y a jusqu'à 30% des personnes qui ne sont pas capables de comprendre un texte. Moi, je ne l'ai pas vu à ce point-là*» MD-7). Dans une étude de Rogers et al. (2006), où le niveau de littératie en santé de 140 patients se présentant dans une unité de médecine familiale a été évalué au moyen du TOFHLA³⁰, seulement la moitié (47%) de ceux présentant un niveau de littératie limité ont pu être identifiés par leur médecin. Ainsi, s'il est raisonnable de croire que les professionnels que nous avons rencontrés ne sont pas toujours en mesure de percevoir de telles difficultés, ils semblaient toutefois en être pleinement conscients («*Il y en a toujours qui sont capables de nous échapper*» MD-7).

Aussi, alors que des études soulignent le fait que de nombreux patients faiblement alphabétisés échappent à la vigilance des professionnels de la santé, d'autres, comme celle de Oancea (2013), montrent au contraire que les médecins exerçant dans un établissement en milieu socio-économique défavorisé sont généralement en mesure d'identifier ces patients et de s'adapter aux problèmes de communication que ce faible niveau de littératie en santé engendre. Pour expliquer de tels résultats, la chercheuse avance l'idée que le travail quotidien avec ces populations fait probablement en sorte que les intervenants du milieu sont plus sensibilisés à cette problématique, ce que les propos de MD-5 tendent à illustrer («*Déjà, le fait de travailler ici depuis 25 ans, dans un quartier avec les indicateurs socio-économiques les plus défavorables dans la région, je pense que ça nous amène rapidement à être vigilants.*»). L'étude de Oancea (2013) fournissait toutefois peu d'informations permettant de cibler ce qui est fait ou sur quoi se basent les professionnels pour évaluer de façon informelle les habiletés d'un patient en lien avec le traitement de l'information.

Dans la présente recherche, plusieurs intervenantEs ont dit éviter de questionner directement la personne au sujet de sa scolarité, une question qui serait plus susceptible de créer un malaise. Ils semblent préférer s'informer du type ou du statut d'emploi, des éléments plus faciles à amener dans la conversation et qui fournissent des indices intéressants, ce que confirment d'ailleurs les grandes enquêtes sur les compétences des adultes (Statistique

³⁰ Le TOFHLA, *Test of Functional Health Literacy in Adults*, est un outil standardisé de langue anglaise utilisé pour l'évaluation du niveau de littératie en santé.

Canada, 2016). Aussi, les intervenantEs ont rapporté s'informer des intérêts et habitudes de lecture de leurs patients (PSY-1), et porter attention à la présence ou à l'absence d'imprimés au domicile (MD-2). Ces façons de faire peuvent être appuyées par le fait que la fréquence et les habitudes de lecture, ainsi que la présence d'imprimés à la maison, sont des indicateurs de littératie reconnus comme fiables (CCA, 2008b; Wagner et al., 2002). Soulignons à ce propos que, dans une étude menée au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) sur l'impact des programmes de formation à l'autogestion du diabète (Bouffard, 2010), ces indicateurs se sont avérés être corrélés positivement à l'autogestion de cette maladie chronique. En effet, des corrélations significatives ont montré que plus les indicateurs de littératie sont forts, meilleure est l'autogestion de la maladie. À titre d'exemple, plus la fréquence de lecture de journaux était grande, plus le taux d'hémoglobine glyquée, reflet du contrôle de la glycémie au cours des trois derniers mois, s'était amélioré à la suite des formations.

Enfin, l'attention portée au niveau de langue et au vocabulaire employés par la personne qui consulte, à la façon dont elle présente son histoire ou son problème de santé et explique sa médication ont été nommés comme des indices recherchés au cours d'un entretien. Alors que les écrits rapportent que les personnes de faible niveau de littératie ont un vocabulaire en santé plus limité, et ne sont souvent pas en mesure de nommer ou expliquer leur médication (voir section 1.1.4), l'attention portée à ces indicateurs semble être une piste intéressante pour aborder l'évaluation du niveau de littératie en santé dans le cours de la pratique. D'ailleurs, des travaux portant sur une technique nommée *The brown-bag medication review* ont montré l'intérêt d'inviter le patient à nommer ses médicaments, à expliquer pourquoi ils sont pris et selon quelle posologie (Weiss, 2007). Dans le contexte où ces personnes se décrivent souvent comme n'ayant pas de difficulté à lire et à comprendre l'information (Safeer & Keenan, 2005) et où les compétences à traiter l'information peuvent diminuer considérablement avec l'âge ou selon leur fréquence d'utilisation dans le cadre du travail ou des activités de la vie quotidienne (OCDE, 2013a), se fier à l'auto-évaluation que fait le patient de ses propres compétences ou au niveau de scolarité atteint n'est pas sans comporter une marge d'erreur large. D'où la pertinence de s'intéresser à d'autres indicateurs.

6.1.3 Une communication à personnaliser

Les résultats de cette recherche descriptive contribuent à mettre en valeur la pertinence de la plupart des «bonnes pratiques» en matière de communication, tant orale qu'écrite, recensées dans le tableau synthèse basé sur la littérature (voir p.21). Dans le cours d'une interaction avec la personne, la pratique qui a été le plus souvent mentionnée est celle d'utiliser un langage simple et exempt de jargon médical. Ce résultat appuie le constat auquel sont arrivés Schwartzberg et al. (2007) au terme d'une étude réalisée auprès de 99 médecins, 87 infirmières et 121 pharmaciens sur les stratégies qu'ils mettent en œuvre le plus fréquemment afin d'améliorer la communication avec leurs patients de faible niveau de littératie et où 95% d'entre eux ont déclaré utiliser un langage simple. La stratégie s'appuyant sur la méthode *Teach Back* était quant à elle beaucoup moins utilisée, alors que seulement 39% des répondants de l'étude de Schwartzberg ont déclaré la mettre en œuvre de façon régulière, tout comme une faible proportion des pharmaciens communautaires consultés dans le cadre de l'étude³¹ de O'Neal et al. (2013) a déclaré l'utiliser. Dans la présente recherche, plusieurs intervenantEs ont exprimé certaines réserves quant à la façon d'amener la personne à verbaliser ce qu'elle a compris de l'information donnée. Ainsi, bien que les «bonnes pratiques» en matière de littératie santé recommandent l'utilisation de l'approche *Teach Back* dans la communication avec les patients (Coleman & Fromer, 2015; DeWalt et al., 2010; Smith & Cherry, 2015; Weiss, 2007), il semble qu'il y aurait lieu de réfléchir à sa mise en œuvre auprès d'une clientèle qui peut aussi être plus méfiante. En fait, il serait intéressant de s'intéresser à la perception que ces patients ont d'une telle méthode.

Enfin, quant à l'information en santé disponible à l'écrit, les propos recueillis témoignent sans surprise qu'elle n'est pas adaptée aux besoins de la clientèle, notamment en raison d'un niveau de langue trop élevé, une situation bien connue (Moreau, Savriama, & Major, 2013). Dans ce contexte, les professionnels de la santé auraient parfois tendance à présumer que ces mêmes informations données à l'oral seront quant à elles bien comprises

³¹ Cette étude a évalué la mise en œuvre d'un programme en littératie basé sur une trousse réalisée par l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), "Is Our Pharmacy Meeting Patients' Needs? Pharmacy Health Literacy Assessment Tool" (Jacobson et al., 2007), téléaccessible à <http://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/pharmlit.pdf>

(Davis, Williams, Branch, & Green, 2000), ce qu'INT-3 a d'ailleurs relevé. C'est avec l'idée d'aller au-delà du «lire pour» la personne (INT-3), ou d'une transmission «à l'oral» de l'information (MD-1), qu'ils ont parlé des efforts faits afin de rendre l'information la plus personnalisée possible pour la personne devant eux, en ne ciblant que les informations utiles «*au moment présent*» (INF-6; MD-6) et en «*décortiquant les étapes avec eux*» (INF-4; MD-1), mais aussi en réutilisant les «*mots de la personne*» (INT-3).

Si on sait que les adultes de faible niveau de littératie ont besoin d'informations et de recommandations qui ont du sens pour eux (Doak, Doak, Friedell, & Meade, 1998), selon Moreau et al. (2013), ils auraient souvent de la difficulté à trouver de l'information personnalisée pour se renseigner sur leur santé. En fait, d'après Doak et al. (1998), ces patients ne reçoivent pas toujours des informations pertinentes, car les explications du professionnel sont souvent basées sur leurs propres perspectives et conceptualisations de la maladie et non sur celles du patient. Par exemple, la logique derrière une recommandation pour le dépistage du cancer est basée pour le professionnel sur des études populationnelles et des statistiques, alors que pour ces patients, les connaissances et la compréhension des risques et des bénéfices de ce dépistage reposent souvent sur des histoires de membres de leur famille ou d'amis, sur des informations vues dans le cadre d'un programme télévisé ou sur des expériences personnelles en lien avec la maladie (Davis et al., 2000; Doak et al., 1998). Une approche qui prend en compte la question de la littératie doit permettre un recoupement entre le langage et la logique de l'information en santé du professionnel et du patient (Davis et al., 2000) et, en ce sens, la présente recherche décrit le rôle des pairs aidants au sein des équipes de travail comme un moyen de «*se changer à partir de leurs perspectives*» (INT-2).

Au final, les résultats de notre recherche montrent l'importance d'une communication dans un langage clair et simple et, à l'instar de Nutbeam (2000), orientent vers une communication plus «personnelle et personnalisée» de l'information. Ainsi, comme O'Neal et ses collègues (2013) le soulèvent, même si beaucoup d'efforts sont mis sur les qualités d'un matériel accessible à un large groupe de la population, peut-être serait-il plutôt pertinent de s'intéresser non pas à une mais à des façons d'adapter, ou plutôt de s'adapter, à la communication de l'information en santé.

6.1.4 Un «partenariat patient» dans le champ de la pratique professionnelle

Le recrutement des participants à cette recherche visait à rencontrer des professionnels qui orientent leur pratique vers l'autonomie et la participation aux soins de patients à risque sur le plan de la littératie. De ce fait, nous avons décrit des pratiques où, nommés chefs d'équipe, les patients étaient en mesure de prendre l'initiative d'aller chercher de l'information auprès des différentes ressources à leur disposition, de communiquer leurs besoins en fonction de leur projet de vie et de partager leur expérience en vue d'orienter les décisions. Les intervenantEs ont décrit des personnes qui, malgré des difficultés avec l'écrit, étaient intéressées à développer des connaissances sur leur santé et en mesure de jouer des rôles actifs dans les milieux. Un faible niveau de littératie ne semblait pas empêcher des patients d'intervenir dans les réunions de gestion (INF-1), de poser des questions en lien avec leur santé (INT-2; INF-7) et sa gestion dans la vie de tous les jours (INF-9) ou d'organiser leurs rendez-vous et leurs démarches (MD-6; PAIR-2; INF-5; INF-2; INT-2). En ce sens, si un faible niveau de littératie peut avoir un impact certain sur la compréhension de l'information sur la santé, la façon d'en comprendre les répercussions sur la participation de la personne à ses soins était moins claire. Si on se réfère à l'étude de Moreau, Savriama et Major (2013, p.102), où l'on a suivi une quinzaine de personnes ayant un très faible niveau de littératie dans leur parcours de santé, ces personnes arrivaient à développer de «véritables stratégies de soins», et ce, malgré leurs difficultés.

De ce fait, il semble important de s'interroger sur les liens entre la littératie et la participation, notamment en ce qui concerne les activités d'éducation offertes dans les milieux de santé. L'offre de formation en santé, principalement sous forme d'éducation thérapeutique des patients, est souvent constituée de modalités structurées, et les personnes de faible niveau de littératie participent généralement peu à ces activités (Bouffard, 2010). Or, non seulement une grande partie des apprentissages adultes se déroulent en dehors d'un cadre formel (OCDE, 2013a), mais il y a un apprentissage social important qui se fait en lien avec la santé (Baumgartner, 2011). Pour INT-2, c'est là un point important : *«Au lieu de se dire nous, avec notre savoir, comment on va rendre l'information accessible? C'est de dire, ces gens-là vivent, ils ont des idées, comment on va aller chercher ces compréhensions et façons de faire là?» INT-2*). À cet égard, force est de constater que les activités de formation sont souvent

créées et organisées pour répondre à des besoins tels que perçus par une personne autre que l'apprenant ou le groupe d'apprenants visés (Quigley & Arrowsmith, 1997). Finalement, si un nombre important de personnes appartenant aux groupes à risque participent peu aux formes «visibles» de formation en santé, il est légitime de remettre en question l'idée voulant qu'il s'agisse véritablement d'une «non-participation» (Solar, Baril, Roussel, & Lauzon, 2016).

En fait, la participation des patients dans les milieux semblait prendre plus qu'une forme possible. D'ailleurs, les exemples de partenariat s'étendaient bien au-delà des soins et se concrétisaient au sein des équipes de travail, des comités de gestion et de direction et même des activités de formation. À ce propos, bien que les pratiques de partenariat avec les patients se multiplient à l'heure actuelle dans divers milieux (Derval, Mantha, & Martineau, 2014; Flora et al., 2015; Lebel et al., 2013), l'implication de patients dans la formation continue du personnel soignant serait une pratique somme toute encore peu fréquente en milieu de travail (Armstrong & Sisler, 2014). Cela contribue à souligner le caractère «innovant» des pratiques étudiées au sein de notre population.

Aussi, dans une démarche ouverte à laisser émerger du terrain le «sens» pour comprendre le phénomène étudié, le contact avec les milieux nous a orienté vers le modèle des intervenants pairs aidants. Ce modèle s'est développé davantage dans les milieux offrant des services et soins en santé mentale et s'ancre dans le champ de l'intervention au sein des équipes de travail (Flora et al., 2016; Flora et al., 2015). Ces pairs aidants sont des patients engagés à titre de pourvoyeurs de services en santé mentale et sont rémunérés en ce sens par les organisations qui les embauchent. Selon Repper et Carter (2011), peu de recherches ont permis de documenter à ce jour le travail des pairs aidants au sein des organisations. Toutefois, une enquête menée par Chinman et ses collaborateurs (Chinman, Young, Hassell, & Davidson, 2006) auprès de 110 répondants (gestionnaires, intervenants et usagers) a fait ressortir l'apport de ces derniers quant à la vulgarisation des termes médicaux utilisés par les médecins. Ces résultats sont intéressants dans le sens où les données de notre étude ont illustré ce rôle de vulgarisation et de sensibilisation joué par les intervenants pairs aidants, ces derniers agissant comme «vecteurs de changement» à l'intérieur du système (Lagueux, 2014).

Les propos analysés dans la présente recherche ont montré que les pairs aidants sont souvent des personnes ressources importantes dans les interventions auprès de la clientèle en

raison d'un lien plus spontané, un avantage qui leur serait d'ailleurs souvent reconnu par leurs collègues au sein des équipes de travail (Provencher, Gagné, & Legris, 2012). Dans le contexte d'interventions liées à la littératie, qui concernent plus particulièrement la communication et ses aspects relationnels, ce levier d'action revêt encore plus d'intérêt. Ces intervenantEs semblent en mesure de communiquer de l'information plus facilement à une clientèle auprès de laquelle ils vont parfois même jusqu'à jouer un rôle de «proche aidant» (*«Il devait appeler pour une recherche de logement et signer le bail, mais il ne se sentait pas capable de le faire seul. Alors, je l'ai accompagné là-dedans.» PAIR-3*). Selon les écrits disponibles, le contact avec des pairs aidants contribuerait en fait à diminuer l'isolement des patients en s'ajoutant à leur réseau social (Davidson et al., 1999; Lapointe, 2014; Repper & Carter, 2011), une pratique qui semble particulièrement porteuse auprès d'une clientèle qui ne bénéficie pas toujours d'un tel réseau de soutien.

À ce propos, le plus récent rapport de l'Institut de la statistique du Québec (2016), basé sur les données d'enquête de Statistique Canada (2013a), montre que le réseau social des personnes a non seulement tendance à diminuer considérablement avec l'âge, alors que 20% des personnes âgées de 65 ans et plus indiquent ne pouvoir compter sur aucun ami proche dans leur entourage, mais aussi en fonction des revenus (14% des gens gagnant moins de 20 000\$ par année rapportent n'avoir aucun ami contrairement à 6% chez ceux dont les revenus sont supérieurs à 100 000\$) et du niveau de scolarité (5% des universitaires déclarent n'avoir aucun ami proche contre 14% chez les gens n'ayant pas de diplôme d'études secondaires). Les personnes faisant partie des groupes à risques de présenter un faible niveau de littératie sont ainsi plus susceptibles d'avoir un réseau de soutien réduit, une réalité qui a d'ailleurs été observée de façon empirique par les participantEs à ce projet. Chose certaine, c'est un autre élément à considérer dans la façon de penser la pratique professionnelle auprès de ces groupes de la population, d'autant plus que les approches de partenariat dans les soins misent beaucoup sur l'implication des proches.

En somme, les patients intégrés dans les équipes de travail ont été identifiés comme des ressources clés, mais aussi comme des «facteurs de changement» (PHARM-2; INF-1; PSYED-1). Ce résultat va dans le sens de la recherche menée par Pomey, Hihat, et al. (2015), où des patients intégrés dans des comités de travail au sein d'établissements de santé avaient le

sentiment de contribuer à des changements dans les pratiques au niveau de la communication patient-professionnel, notamment par le fait que leur expérience personnelle d'une quête de ressources et d'informations dans le système pouvait être mise à profit pour orienter les actions. De là tout un potentiel à explorer en ce qui concerne les modèles d'intervenants pairs aidants dans le champ de la littératie en santé (Harris et al., 2015).

6.2 La description d'un apprentissage professionnel

Maintenant, en cherchant à comprendre le développement des compétences liées à la mise en œuvre d'une telle pratique, qu'en est-il au regard des caractéristiques de cet apprentissage? Si on pense au cadre d'analyse en termes de formalité et d'informalité proposé par Colley et al. (2002; 2003), Sawchuk (2008) et Wihak (2011), soit par rapport aux buts, contenus, lieux, processus et intention d'apprendre, il serait difficile d'associer un «degré» d'informalité à chacune de ces dimensions alors que dans le cas qui nous occupe, l'hybridation entre les formes était globale. Opérationnaliser un tel cadre devient difficile face à un apprentissage qui prend autant de formes qu'il y a d'environnements de travail, de personnes impliquées mais aussi d'occasions de se former. D'ailleurs, au terme de son étude sur l'informel dans le développement des compétences chez les médecins par le biais de modalités d'apprentissage de type coopératif, Budowski (2015, p.323) souligne que la distinction entre les modes d'apprentissages formels, non formels et informels est surtout théorique, alors qu'elle serait davantage «fonction des lieux et des moments où ils prennent vie».

Sans chercher à associer les différentes dimensions de l'apprentissage au regard de la littératie à l'une ou à l'autre des formes d'apprentissage, des aspects plus formels et informels, se rapprochant ainsi de l'hybridation des formes (Cristol & Muller, 2013), peuvent néanmoins être dégagés de la description de l'apprentissage tel qu'il est perçu par les participantes et les participants à cette recherche. Nous les ferons ressortir à travers les trois principaux éléments identifiés comme permettant de comprendre cet apprentissage, soit le caractère autodirigé de la démarche, l'«orchestration» de moyens pour y arriver dans le milieu de travail, ainsi que le processus de coconstruction de savoirs qui contribue au développement de compétences en littératie adaptées aux besoins d'intervention auprès de la clientèle du milieu.

6.2.1 Une démarche autodirigée

Apprendre au travail est reconnu pour être caractérisé par une autonomie et une autodirection tant de l'apprenant que de la démarche (Carré, 2013; Cunningham & Hillier, 2013; Hiemstra & Brockett, 2012; Knowles, 1973). En ce sens, apprendre au regard de la littératie ne fait pas exception. Les hommes et les femmes rencontrés avaient un certain contrôle sur ce qu'ils cherchaient à développer et sur les façons de le faire, mais aussi sur l'évaluation et l'orientation de leur démarche, ce qui n'est pas surprenant étant donné que les professionnels sont reconnus pour leur haut niveau d'autonomie quant à leur développement (Le Boterf, 2002b). Leur apprentissage a été décrit comme étant une démarche qu'ils ont le plus souvent initiée en fonction de motifs personnels et professionnels, et non en réponse à une directive organisationnelle, et qui montrait une intention de se développer au regard de sa pratique, comme peuvent l'être la plupart des apprentissages professionnels (Barrette, 2008; Marsick et al., 2009). En fait, face à un changement de paradigme dans la façon d'aborder la pratique de soins, et où les professionnels doivent amener le patient à agir, à décider et à prendre en charge sa santé, les personnes interviewées ont brossé le portrait d'un «projet d'apprentissage» (Tough, 1971) qu'elles ont choisi et envers lequel elles ont témoigné d'un engagement certain.

De là, tels des praticiens réflexifs (Schön, 1984), ces intervenantEs ont été à même d'exprimer leur réflexion quant au manque d'outils adaptés pour les aider dans leur pratique auprès d'une clientèle qui éprouve des difficultés sur le plan de la littératie et du besoin d'acquérir des connaissances et développer de nouvelles stratégies pour réussir à mettre en œuvre une pratique en partenariat de soins efficace. En fait, auprès de leur clientèle, ils semblent confrontés au fait qu'il est difficile de transmettre l'information en santé à la personne qu'ils cherchent à mobiliser. Ils ont en ce sens parlé d'une acquisition de savoirs orientés vers l'intervention, soit comment entrer en relation avec les patients, comment adapter son vocabulaire et comment présenter l'information de façon à ce qu'elle soit «accessible» à l'autre qui n'a pas le même langage en santé. Ce que les professionnels cherchaient à apprendre en lien avec la littératie concernait ainsi principalement une communication plus efficace, de même que les moyens de favoriser l'engagement des personnes dans leurs démarches de santé.

À cet égard, la méfiance, maintes fois abordée au cours des entretiens, était l'objet de nombreuses réflexions quant à la façon d'entrer en relation avec le patient, d'où une recherche de savoirs afin de «*mieux les comprendre*» (MD-2). À ce propos, ils ont parlé du contexte de vie, des expériences d'échecs ou d'exclusion, de l'inégalité importante entre leur milieu, hautement spécialisé et lettré, et celui de leur clientèle, ainsi que des modes d'apprentissage différents des leurs, des éléments contribuant à orienter, mais aussi à mieux comprendre, leurs interventions et leurs effets. Aussi, ils ont évoqué le développement de savoir-être, comme une prise de conscience de traits de leur personnalité pouvant influencer le contact avec des patients sensibles au relationnel, ou d'une pratique devenue plus incarnée («*Je suis moins dans mes théories et plus dans la relation.*» PSY-1). En ce sens, si des cadres de compétences en littératie en santé comme celui de Coleman et ses collègues (2013) contribuent à identifier des connaissances, des habiletés et des attitudes à développer dans le cours de la formation initiale et continue, l'apprentissage en cours d'emploi, sur le lieu du travail, semble être une avenue intéressante afin de cibler le développement de savoirs «relationnels» liés à la littératie alors que les modalités qui lui sont associées favorisent l'émergence de ce type de savoirs (Carré & Charbonnier, 2003; Cunningham & Hillier, 2013).

Souvent, les intervenants ont été en mesure de partager un certain travail réflexif d'explicitation de leur expérience alors qu'ils semblaient avoir conscience du déroulement de certains apprentissages liés à la communication avec les patients («*C'est en observant les autres que j'ai compris. Maintenant je suis capable de dire, tu es en train de faire ça là.*» INF-4). Si l'on se réfère au modèle de Schugurensky (2000) et Bennet (2012), où les variables de l'intention et de la planification permettent de distinguer des formes d'apprentissage informel «tacite» (non intentionnel et non planifié), «fortuit» (non intentionnel et planifié), «autodirigé» (intentionnel et planifié) ou «intégratif» (intentionnel et non planifié), dans l'apprentissage professionnel décrit, toutes ces formes coexistaient dans des démarches qui avaient en commun l'«autodirection». Les parcours évoqués mettaient en lumière différents processus d'apprentissage possibles, «composés de séquences multidirectionnelles» (Danis & Tremblay, 1985, p.429), typiques d'apprentissages autonomes. En ce sens, les propos d'INF-3 laissent penser que même dans un environnement qui n'offre pas les possibilités de développer les

savoirs recherchés, l'autodirection et l'autorégulation peuvent être des éléments importants dans cet apprentissage :

Comme pour l'entrevue motivationnelle, c'est des choses que je suis allée chercher toute seule. Ce n'est pas dans mes heures de travail, je ne suis jamais payée pour faire une formation. Ils ne me payent aucune formation ou presque, c'est sur une base volontaire je te dirais. Par intérêt peut-être. Par curiosité. (INF-3)

En ce sens, une certaine «inclination à apprendre» (Roussel, 2016) pourrait, comme Choi et Jacobs (2011) le suggèrent, être un facteur significatif dans l'apprentissage informel, et ce, peut-être même davantage que le soutien offert par l'environnement. De là, une ouverture à s'intéresser à la réflexion actuelle qui s'organise autour d'une certaine «primauté» de la disposition à apprendre (Carré, 2016) des professionnels dans des environnements de travail comme la santé, car c'est toutefois au sein de cet environnement que s'orchestraient le plus souvent les différents moyens permettant de construire les savoirs recherchés et nécessaires à une intervention qui prend en compte la littératie, montrant ainsi le caractère très «situé» de cet apprentissage.

6.2.2 Une «orchestration» de moyens pour apprendre dans le milieu du travail

Le caractère situé et contextuel de l'apprentissage en lien avec le travail est connu (Billett, 2008; Coulombe, 2012; Marsick & Volpe, 1999; Roussel, 2013a), et de fait, les stratégies pour apprendre au regard de la littératie se déployaient en grande partie sur le lieu de travail, lieu d'interaction avec des collègues («*C'est des rencontres de corridors.*» INF-4) et des patients («*Moi mon terrain d'apprentissage, c'est eux autres, les patients.*» EDPHY-1) avec lesquels il y a un partage d'un même environnement organisationnel de soins. Les moyens d'apprendre des professionnels ne sont souvent pas distincts des activités du travail (Eraut, 2007), et à cet égard, ces derniers ont mentionné apprendre «sur-le-tas», par «essais et erreurs» et «par imitation», des stratégies typiques d'apprentissage en milieu de travail fondé sur l'expérience de l'acte professionnel (Bourgeois, 2014, p.154-157; Bouteiller & Morin, 2009; Tynjälä, 2008; Wihak et al., 2011). Il y avait un certain niveau de conscience de ces apprentissages spontanés, alors qu'apprendre sur la communication en santé se faisait beaucoup dans l'activité même («*La communication, ça s'apprend pas assis sur un banc d'école. La communication, ça s'apprend à partir de toi, ton univers, l'univers de l'autre, et chaque 'autre' est différent.*» MD-4), avec un retour réflexif sur l'efficacité des stratégies utilisées afin de cibler «pourquoi

ils ne se sont pas bien fait comprendre» (INT-1), les mots qu'ils ont utilisés (INF-6) ou leur langage non-verbal (INF-1). Cette image d'un va-et-vient entre ce qui est testé dans la pratique, la réflexion qui s'en suit et les apprentissages réalisés ou recherchés, est caractéristique d'un apprentissage expérientiel (Balleux, 2000a; Dewey, 1938; Kolb & Fry, 1975; Kolb, 1984).

Les personnes rencontrées ont évoqué des modalités associées à l'apprentissage dans l'action, tout comme ils ont dit participer régulièrement à des formations formelles, ce qui n'est pas surprenant dans le contexte où ces dernières sont soumises à des impératifs, déclinés en nombre d'heures annuels, de développement professionnel continu liés à l'exercice de leur profession. Aussi, il est connu que plus une personne a de diplômes, plus la participation à ce type d'activités est fréquente (Bélangier et al., 2008). Or, notre population est très scolarisée. Si ces formations peuvent parfois avoir un *«impact mineur»* (INF-6), dans d'autres cas, elles peuvent contribuer à des changements de pratique plus importants comme ce fut le cas pour DTP-2 avec la formation sur l'entretien motivationnel. Cette formation structurée a semblé en fait avoir un impact dans l'apprentissage au regard de la littératie chez plusieurs, alors qu'elle a été abordée par 6 intervenantEs de différents champs d'expertise et de 3 milieux différents (DTP-1; DTP-2; INF-3; INF-4; EDPHY-1; PHARM-2). Cette formation a été perçue par INF-4 comme *«nécessaire»* au développement de sa pratique, alors que cette activité formelle a été décrite comme une occasion dans son parcours de *«mettre des mots»* sur des savoirs acquis dans l'activité du travail. EDPHY-1, pour sa part, a exprimé y avoir saisi l'occasion de valider des façons de faire développées de façon *«intuitive»*. En ce sens, ces propos tendent à illustrer l'idée que les formes d'apprentissage formelles et informelles sont non seulement complémentaires (Choi & Jacobs, 2011; Jacobs & Park, 2009; Rowden & Conine Jr, 2005), mais nécessaires au développement des compétences en milieu de travail (Svensson et al., 2004).

Dans ces parcours, la participation à des colloques et à des congrès a été mentionnée, ainsi que la réalisation de recherches Internet et de lectures. La lecture est une stratégie d'autoformation fréquente en milieu de travail (Wihak et al., 2011) et, selon une étude de Hrimech (2002), elle serait l'une des stratégies d'autoformation les plus fréquemment rapportées par des cadres. Dans le contexte qui nous intéresse, si plusieurs ont parlé des

lectures qu'ils font afin de «rester à jour» (INF-4; INF-7; DTP-1; MD-4; MD-6; MD-7) dans leur champ d'expertise, c'était davantage comme un moyen d'apprendre en général pour leur travail alors qu'ils ont été relativement peu à l'associer à un moyen d'apprendre en lien avec la littérature en cours de pratique (2 participantEs seulement ont parlé de lecture papier ou web sur le sujet). Les activités qui permettaient de rencontrer d'autres personnes qui ont une expérience d'intervention auprès d'une clientèle similaire, par des échanges et des collaborations avec d'autres organismes, mais aussi les communautés de pratiques ou les groupes d'échange sur la pratique, ont été davantage soulignées comme des moyens d'apprendre sur la façon d'approcher les patients et de les mobiliser dans des partenariats de soins. Ce résultat va dans le sens des écrits qui montrent, d'une part, la forte dimension sociale de l'apprentissage informel (Bourgeois & Mornata, 2012; Tynjälä, 2008) et, d'autre part, le fait que des modalités de formation prenant la forme de communauté de pratique sont particulièrement privilégiées par les professionnels en santé (Muller, 2016).

En fait, des propos recueillis émergeait l'importance d'être en contact avec d'autres intervenantEs, souvent des pairs professionnels, dont ils recherchaient la proximité dans leur environnement immédiat, tel qu'un bureau proche (MD-1) ou dans le même édifice (DTP-1). C'est un facteur d'ailleurs connu pour faciliter la constitution de réseaux et la transmission de savoirs dans l'organisation (Lauzon et al., 2013), notamment des savoirs plus «tacites» comme ceux issus de l'activité du travail (Reagans & McEvily, 2003), où plusieurs cherchaient à apprendre les «mots utilisés» (INF-1) par leur collègue ou leur «façon d'approcher» les patients (MD-3). Les collègues de champs d'expertise différents ont toutefois été le plus souvent mentionnés, et ce, tant par les intervenantEs pairs aidants que par les intervenantEs de champs disciplinaires liés à la santé. S'ils allaient chercher des savoirs et des stratégies auprès de ceux-ci en vue de bonifier leurs interventions, il semblait en fait y avoir un effort conscient de «s'autoformer entre eux» (INF-8), dans un but de «métissage des compétences» (PHARM-2). Par exemple, les pairs aidants allaient chercher des savoirs plus théoriques sur les médicaments auprès du personnel infirmier (PAIR-2; PAIR-3), le personnel infirmier des techniques en lien avec l'intervention cognitivo-comportementale auprès des intervenants sociaux (INF-2) et les médecins, des savoirs en lien avec la psychologie et l'approche aux patients auprès des pairs aidants et des travailleurs sociaux (MD-4; PHARM-2). Chose

certaine, ces équipes ont été décrites comme un facteur de développement professionnel important alors que des participantEs à cette recherche ont dit y «*apprendre énormément*» (INF-2).

Les intervenantEs rencontrés participaient à certains réseaux à l'extérieur de l'organisation, mais ce sont ceux de leur milieu qui étaient le plus recherchés. Et à cet égard, le groupe de travail a été décrit comme un «support» à l'apprentissage (Beillerot & Solar, 2011) par le biais des discussions de cas, des projets communs, de l'échange de savoirs et de savoir-faire et de la rétroaction offerte sur les façons de faire, tel un groupe de codéveloppement (Payette, 2000). Si la dynamique d'une équipe de travail peut favoriser ou non l'apprentissage (Beillerot & Solar, 2011), les intervenants que nous avons rencontrés ont partagé des expériences positives en lien avec leur travail d'équipe. Bien qu'une équipe soit un «environnement d'apprentissage unique» (Cristol, 2013a, p.79), celles qui ont été décrites semblaient avoir en commun le fait d'être des équipes de travail efficaces selon la définition qu'en fait Solar (2001a, p.158) :

Un groupe capable, en raison de méthodes de travail appropriées, d'une bonne gestion des relations interpersonnelles, d'un bon pouvoir et d'une bonne animation, d'orienter ses énergies vers l'atteinte des objectifs qu'il s'est définis ou qui lui ont été attribués et d'intégrer les apports de chaque membre de l'équipe de telle sorte que non seulement les objectifs soient atteints dans les délais fixés mais encore que les résultats dépassent ceux qu'un travail individuel aurait permis de produire.

Et si un groupe se compose à la base de «personnes et d'une raison d'être qui les rassemble» (Solar, 2001a, p.15), on nous a parlé de membres qui ont une «*vision commune*» (INF-6), valorisant le pouvoir et l'autonomie du patient, mais aussi des rôles et expertises de chacun, sans égard au statut conféré par des diplômes de formation formelle (PSYED-1; INF-3; INF-8).

En fait, une particularité de certaines de ces équipes de travail s'est avérée être le fait que plusieurs d'entre elles intégraient des patients agissant à titre de pairs aidants. Ainsi, dans ces «*apprentissages professionnels informels*», pour faire référence à la typologie de Cristol et Muller (2013), le lieu de travail devenait un espace offrant les occasions nécessaires à une coaction et surtout, dans le cas qui nous intéresse, à une coconstruction de savoirs au regard de la littérature entre collègues de champs d'expertise différents, tant disciplinaires qu'expérientiels.

6.2.3 Une coconstruction de savoirs au sein de l'organisation

Dans la description de leur façon d'apprendre et de se former au regard de la littérature, les modalités évoquées misaient le plus souvent sur des personnes ressources du milieu, qui pouvaient être des pairs professionnels, des collègues de champs d'expertise différents, des intervenants pairs aidants ou du personnel de soutien. Par exemple, les stratégies pour communiquer dans un langage «clair et simple» pouvaient être recherchées auprès des préposés aux bénéficiaires (INF-6) côtoyés dans les activités du travail. Comme les travaux de Tough (1971) l'ont montré, de même que ceux de Belenky, Clinchy, Goldberger, et Tarule (1986), la recherche d'information auprès des personnes de son entourage est en fait une stratégie bien connue des adultes qui cheminent de façon autonome dans leur apprentissage. Dans le cas de l'apprentissage professionnel informel, le recours à des «personnes ressources» est, selon Le Meur (1993, p.40), un mode de fonctionnement majeur alors que des liens se tissent grâce à ce qu'il appelle un «bain professionnel» permanent. Les travaux de Muller (2016; 2010) et de Piguet (2008) dans le champ des apprentissages professionnels infirmiers ont d'ailleurs souligné l'importance de ce phénomène dans les milieux de soins.

À ce propos, des parallèles intéressants sont à faire entre les résultats de la présente étude et celle réalisée par Muller (2016), et où elle s'est intéressée à comprendre le phénomène des apprentissages informels infirmiers dans des établissements de santé. Son projet, dans une première phase qualitative réalisée par le biais d'un journal de bord tenu par trente professionnelles, a permis de recenser les contenus, les occasions, les ressources et les finalités de leur apprentissage. Cette première phase a été complétée par une deuxième étude de nature quantitative où un questionnaire a été administré à 362 professionnelles évoluant au sein des mêmes établissements. Ses travaux ont fait ressortir, tout comme notre étude, que les infirmières s'appuient principalement sur des ressources humaines pour apprendre en contexte de travail, celles-ci ayant été privilégiées à 82%, faisant en fait émerger un mode d'apprentissage sous forme de coformation sociale, où les apprentissages étaient «fonction du contexte de soins»: «Les projets institutionnels dans les établissements, qu'il s'agisse de développement de réseaux, de réorganisations de services, de décroissements/collaborations dans le travail, sont des opportunités d'apprendre dont les professionnelles se saisissent» (Muller, 2016, p.46).

Aussi, dans le cadre de son doctorat (Muller, 2010, p.4), cette même chercheuse a voulu apporter des réponses aux questions «Qu'est-ce que les infirmières apprennent de manière informelle en unités de soins? Quels sont les apprentissages effectués et la manière de les réaliser?» par l'analyse de vingt journaux de bord et quarante entretiens.^[11]Ce travail a montré que les apprentissages réalisés l'étaient en grande partie avec des pairs identifiés en tant que ressources (39%) ainsi que des médecins (33%), alors que les patients ne comptaient, en tant que ressources, que dans seulement 2% des cas (Muller, 2010, p.5-6). Les patients ont en fait été davantage associés par les infirmières à un déclencheur ou à une finalité de leur apprentissage (Muller, 2010). Le contenu des apprentissages informels évoqués était majoritairement des savoirs et savoirs-faires (86%) qui concernaient surtout l'institution (outils intranet, gestion/planification des soins, etc.) et des savoirs théoriques spécifiques à leur spécialité (techniques de soins, nouveaux médicaments, etc.) (Muller, 2010, p.5). Ce résultat est intéressant dans le sens où nos données ont montré que dans le cas d'un apprentissage informel sur la littératie en santé, soit en lien avec la communication d'informations en santé et la façon d'en soutenir l'appropriation et l'utilisation dans la relation de soins, le patient est une ressource clé.

Pour développer des compétences à intervenir auprès de personnes qui n'ont pas les mêmes compétences en littératie qu'eux, les professionnels ont évoqué un besoin de savoir comment ces personnes pensent, vivent et apprennent. Or, ce savoir, ils vont le chercher auprès de personnes ressources dans leur environnement, notamment les patients pairs aidants : *«Il me dit sort de tes grands mots. Qu'est-ce que tu veux me dire? Ça amène à s'ajuster, ça donne le pouls pour s'ajuster à la clientèle.» PSYED-1*». Ainsi, le fait d'intégrer ces patients dans les équipes de travail apporte un élément d'autant plus pertinent pour l'apprentissage sur la littératie et la communication de l'information. Comme Cohen-Scali et Ramsamy-Prat (2015) le rappellent, l'apprentissage dans une perspective constructiviste et sociale peut être vu comme un processus de coconstruction de sens entre plusieurs individus qui s'inscrit dans un contexte socioculturel particulier (Bruner, 1986). Dans le modèle de la coconstruction, «le savoir est coélaboré dans une même intention» alors qu'il y a «exploration d'un objet commun de savoir» par les personnes en relation dans le travail (Cristol, 2016, p.157). Ces groupes ou réseaux où il y a une dynamique d'échanges réciproques de savoirs,

c'est-à-dire où chacun a quelque chose à apporter et à apprendre, reposent sur des principes tels que la pluralité (des personnes, des savoirs échangés, des modalités d'échange) et la parité dans les relations («chacun est à la fois savant et ignorant», il n'y a pas de savoirs supérieur à d'autres) (Hébert-Suffrin, 1997, p.5). En ce sens, nos résultats orientent vers des apprentissages autodirigés dans une perspective socio-organisationnelle, que certains appellent le «collective self-learning» (Carré, Jézégou, Kaplan, Cyrot, & Denoyel, 2011; Cyrot, Jeunesse, & Cristol, 2013a), ou le «coapprentissage» (Cristol, 2013a), et ce, par le biais de différentes formes de partenariats entre patients et professionnels.

Dans une démarche visant à situer l'apprentissage du professionnel en milieu de travail dans un ensemble de rapports aux autres, Cristol (2013b) propose le modèle du «sociodidacte» réflexif. En croisant les variables de l'interaction et de l'intention d'apprendre (voir schéma à l'annexe L), ce modèle suggère de voir la personne «sociodidacte» comme celle qui non seulement recherche des environnements stimulants pour apprendre, mais entretient et se situe dans des réseaux nourrissant son développement. Ce modèle semble être le reflet des parcours qui ont été partagés dans le cadre de la présente recherche alors que les intervenantEs ont parlé des groupes et des équipes de travail qu'ils ont mis en place, et où plusieurs ont intégré des patients qui ont à la fois une expérience du milieu, de la maladie et d'un développement de compétences pour la comprendre et la gérer, renvoyant ainsi à l'image d'une organisation qui possède des «réservoirs» de savoirs (Argote & Ingram, 2000; Goh, 2002), intégrés dans les pratiques et détenus par les personnes qui les mettent en œuvre (Lauzon et al., 2013). La notion d'organisation apprenante, introduite par Argyris et Schön, privilégie l'idée que ce sont les personnes au sein de l'organisation, mobilisées dans des projets collectifs, qui sont non seulement acteurs et actrices du changement, mais qui permettent à l'entreprise d'apprendre de son expérience et d'innover (Argyris & Schön, 1974; Endrizzi, 2015; Senge, 1990). Aussi, puisque les équipes interprofessionnelles et mixtes semblent être le lieu d'un partage de savoirs au regard de la littérature, mais aussi de création et de structuration de celui-ci, il pourrait être intéressant d'explorer cette dynamique de «gestion des savoirs» (Lauzon et al., 2013) dans des milieux de santé.

Au final, dans cet exercice d'analyse, la principale difficulté réside dans ce qu'il convient de qualifier d'«informel». L'apprentissage discuté ici a certes d'informel le fait qu'il

se déroule en dehors d'un établissement de formation et d'un curriculum organisé autour d'objectifs liés à l'acquisition de qualifications. Toutefois, les données fournissent une description de moyens par lesquels cet apprentissage se structure et s'organise en milieu de travail. Dans une hybridation globale entre le formel et l'informel, le lieu du développement professionnel au regard de la littératie se situe le plus souvent dans un groupe qui a mis des structures en place pour que les gens se rencontrent, à dates ou à heures fixes, pour parler de la clientèle du milieu, des stratégies qui s'avèrent efficaces pour entrer en relation et communiquer avec celle-ci, et qui a, dans certains cas, intégré une personne qui a l'expérience de la maladie et d'un développement de compétences pour apprendre à vivre avec. Ces réunions d'équipe sont souvent structurées, dans le sens qu'il y a un but, une intention, mais le contenu peut varier car les participantEs à cette étude ont souligné avoir la place pour y discuter d'une situation ou d'un sujet qui les préoccupe. Les démarches pour aller chercher le savoir et valider ses façons de faire auprès de personnes ressources de son milieu, ainsi que la recherche des occasions de s'exposer à la perspective des patients et des pairs aidants, sont autant de moyens de stimuler, d'encadrer et d'orienter l'apprentissage en lien avec une pratique pro-littératie dans un environnement associé à un contexte informel pour apprendre.

Ainsi, si l'environnement de travail semblait fournir les occasions nécessaires à cet apprentissage, principalement par le biais des situations propices aux rencontres et aux échanges avec les collègues et les patients, ces occasions et ces ressources étaient «situées», faisant ainsi penser à l'image d'«îlots apprenants» proposée par Muller (2016). Ces îlots renvoyant à des espaces uniques de rencontres entre des personnes, disposées à apprendre, dans un environnement de soins commun et propice au développement d'une compétence collective, ici en matière de littératie en santé.

6.3 Le modèle proposé

Si l'on se réfère aux éléments associés à des pratiques exemplaires en littératie en santé et identifiés dans les écrits (voir tableau 1 p.21), les résultats de notre recherche tendent dans l'ensemble à souligner la pertinence de ceux-ci. Toutefois, des points ont été davantage mis en valeur, ou en perspective, par les participantEs à cette étude et c'est en s'appuyant sur leur expérience que le tableau synthèse des «bonnes pratiques» en littératie issu de la recension des écrits a été revu afin de faire ressortir ces éléments (voir tableau 13).

Tout d'abord, les termes utilisés pour décrire les quatre piliers d'une pratique adaptée aux besoins d'une clientèle à risque sur le plan de la littératie ont été légèrement modifiés pour «coller» le plus possible aux expériences qui ont été mentionnées. C'est ce que met en évidence la figure 23. Aussi, le premier pilier est organisé afin de mettre davantage l'accent à la fois sur le partenariat et la collaboration avec le patient, dans et au regard des soins, qu'entre les intervenants dans des équipes interprofessionnelles et mixtes. Les équipes sont dites mixtes dans le sens qu'elles se veulent à la fois ouvertes et inclusives. Ces équipes, qui regroupent à la base des professionnels qui ont un savoir spécialisé ou lié à une discipline, incluent également des patients et des pairs aidants. Elles sont ouvertes dans le sens qu'elles peuvent accueillir des proches, des préposés aux bénéficiaires, du personnel de soutien ou de l'entretien ménager, ou toute autre personne selon le contexte et les interventions visées. C'est d'ailleurs à cette vision de l'équipe que réfère le comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle du Réseau universitaire intégré de santé dans son guide d'implantation du partenariat de soins et de services (RUIS, 2014).

Ainsi, les résultats de cette recherche proposent la description d'une pratique pro-littératie en santé qui s'appuie sur les quatre piliers suivants :

- 1. mettre en œuvre un partenariat dans et au regard des soins**, par la création d'un climat propice au partage des savoirs et des décisions tant dans les soins, où des efforts sont faits dès l'accueil afin d'être à l'écoute du projet de la personne qui vit avec la maladie, que dans les équipes interprofessionnelles et mixtes, où il y a un espace permettant d'être exposé à une perspective «autre»;
- 2. être attentif aux indicateurs de littératie**, en portant une attention «consciente» à des indicateurs liés à la littératie autres que la scolarité, tels que le statut et le type d'emploi, les connaissances sur sa santé et sa médication, ainsi que les habitudes liées à l'écrit;
- 3. personnaliser la communication**, en modulant l'information et la façon de la communiquer en fonction du vocabulaire employé par la personne, de ce qu'elle connaît de sa situation et de ce qui peut lui être le plus utile, au moment présent, au regard des décisions à prendre et des actions à entreprendre;
- 4. faciliter l'accès et l'utilisation de l'information**, en misant sur un contact de «personne à personne», où l'information est décortiquée avec et pour la personne, et un soutien à la recherche Internet.

La figure 23 illustre ces quatre piliers à la base d'une pratique pro-littératie en santé visant l'autonomie et la participation du patient. Le partenariat de soins et de services en assure les

assises et l'attention aux indicateurs de littératie permet de personnaliser la communication, fournissant ainsi à la personne des clés pour avoir accès à l'information et se l'approprier pour une autonomie et une participation dans ses soins. C'est dans un environnement coapprenant que cette pratique s'actualise, alors que le milieu est facilitateur des occasions d'une coconstruction de savoirs en offrant du temps pour comprendre et apprendre.

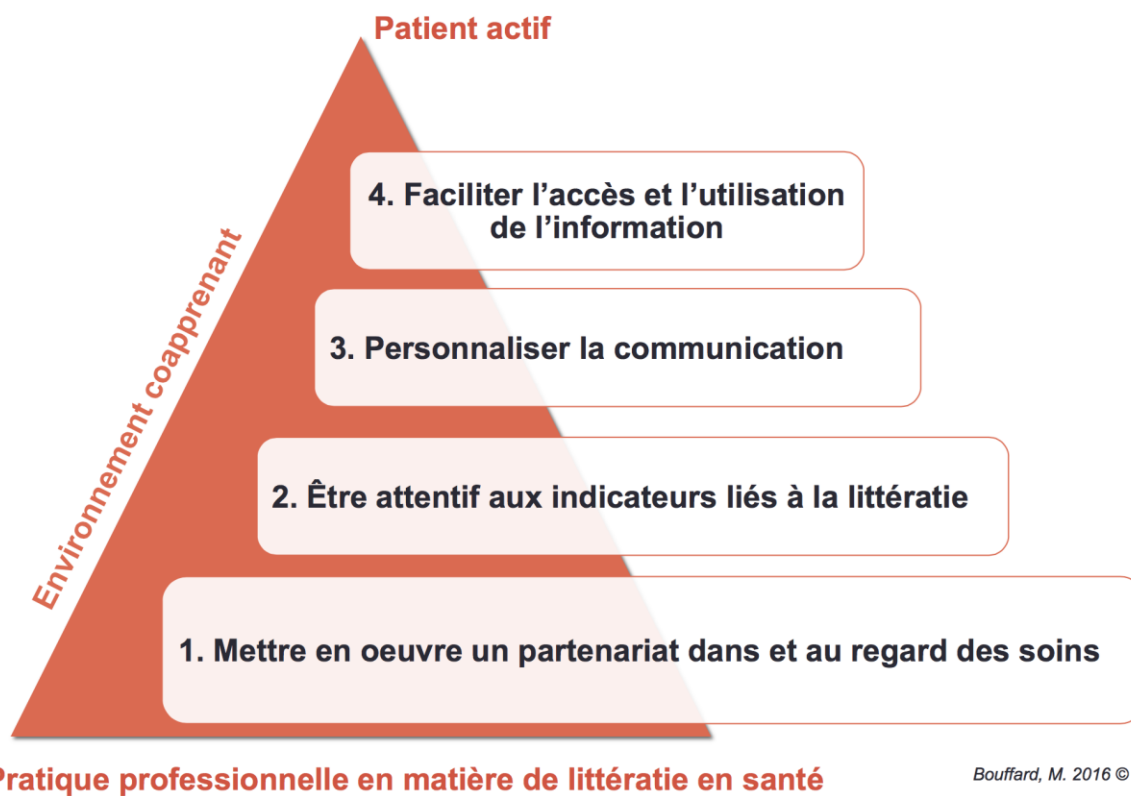


Figure 23. Les 4 piliers de la pratique professionnelle en matière de littératie en santé

Le tableau 13 qui suit, basé sur celui de la page 21, reprend dans le détail chacune de ces 4 dimensions de la pratique en fonction de ce qui a été mis en valeur par les participantEs à ce projet.

Tableau 13. Portrait d'une pratique pro-littératie en santé

<p>Mettre en œuvre un partenariat dans et au regard des soins</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Créer un climat accueillant et coapprenant, en y consacrant davantage de temps, en nommant un/e responsable, en impliquant tout le personnel; en prenant le temps de s'informer du projet de la personne et de son contexte de vie; ✓ Un partage des savoirs, sur la maladie, les traitements, les médicaments, sa façon d'apprendre; ✓ Un partage dans la prise de décision, en fournissant des occasions de développer du vocabulaire et des connaissances sur sa condition, en verbalisant sa propre démarche réflexive; <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Une équipe interprofessionnelle, qui permet un échange de stratégies sur l'approche/communication avec la clientèle; de miser sur un lien/des affinités ou les forces d'un collègue pour transmettre l'information; ✓ Et mixte, intégrant des patients et pairs aidants, qui ont l'expertise d'un quotidien avec la maladie, d'un parcours pour la comprendre/apprendre à la gérer; un lien privilégié/langage commun avec la clientèle; favorise la vulgarisation des termes/vocabulaire; oriente la façon de penser les services/le matériel éducatif;
<p>Être attentif aux indicateurs de littératie</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Autres que la scolarité : statut et type d'emploi; niveau de langue; connaissances sur sa santé; noms et indications thérapeutiques des médicaments; habitudes/type de lecture; présence d'imprimés au domicile;
<p>Personnaliser la communication</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Le choix de l'information, en fonction des connaissances de la personne, de son utilité dans son contexte de vie; ✓ La façon de la communiquer, en évitant le jargon médical et en réutilisant les mots/termes de la personne; ✓ La validation de sa compréhension, en observant le non verbal, en invitant à résumer la rencontre pour son propre bénéfice;
<p>Faciliter l'accès et l'utilisation de l'information</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Une transmission de l'information par des personnes; ✓ Des modalités variées pour livrer l'information, telles des images, des vidéos et des applications cellulaires; ✓ Un soutien à la recherche sur Internet, en s'informant de ce qui a été lu et en fournissant des références; ✓ Des aide-mémoires faits avec et pour la personne, ciblant les moments/étapes des démarches à réaliser;

© Bouffard, M. 2016

Les commentaires reçus sur la synthèse des bonnes pratiques lors du retour aux acteurs ont été positifs et les personnes consultées ont souligné les points qui leur apparaissaient les plus importants. Parmi ceux-ci, l'accueil semblait faire l'unanimité. On a réitéré l'importance d'y consacrer davantage d'efforts et de temps, et une participante, au sujet d'une attitude empathique et sans jugement lors de l'arrivée dans le milieu, s'est exprimée ainsi : *«C'est des choses simples, mais qui font la différence. Ils [les patients] sont hypervigilants à toute*

attitude.»³² L'idée d'apaiser une certaine méfiance a ainsi été validée et une autre participante a insisté sur le lien plus personnel à créer avec la clientèle («*C'est le lien personnel qui fait le changement*»), un défi important de la pratique («*J'ai appris à me laisser toucher, mais pas traverser.*»; «*Je le fais probablement de façon intuitive, mais il faut faire attention car on n'est pas le meilleur ami non plus.*»). Soulignons le fait que deux personnes à la validation des données ont recommandé de mettre dans le tableau synthèse le projet de vie à discuter avec le patient, une étape déterminante à leur avis dans la façon de créer la relation de partenariat.

Par rapport aux façons de faire pour évaluer la littératie et vérifier la compréhension de l'information, les professionnels ont confirmé privilégier une approche plus informelle, alors que la méthode *Teach Back* semblait non seulement peu connue, mais aussi «*contre-productive sur le plan de l'alliance thérapeutique*» selon les propos recueillis auprès d'une participante. Dans le contexte où il est important de s'assurer d'une compréhension commune des points discutés («*C'est important : les malentendus avec ces personnes sont très fréquents.*»), une participante a dit faire souvent un retour en début de deuxième rencontre («*De quoi avions-nous parlé la dernière fois?*») alors qu'un autre a suggéré l'emploi d'une formule du genre «*Je vais résumer pour m'assurer que j'ai bien compris*», qui met la responsabilité d'une incompréhension sur l'intervenant plutôt que sur la ou le patient.

Finalement, les commentaires sur les résultats ont confirmé le rôle majeur de l'équipe interprofessionnelle, mais aussi des patients et des pairs aidants, en tant que partenaires du développement. Il ne fait pas de doute qu'il y a actuellement un mouvement qui tend à impliquer les patients à tous les niveaux de la pratique en santé («*On s'en va vers ça, ça se développe énormément. On soutient actuellement une personne ici qui souhaite suivre la formation pour pairs aidants.*»). Dans les équipes de travail, les patients sont vus comme des piliers importants et à ce titre, une participante a dit avoir créé un poste afin qu'une patiente puisse agir à titre de conseillère («*Il était important de lui donner un statut au sein de l'équipe.*»). Les exemples de collaboration se sont multipliés : une participante a parlé d'un module de formation qu'elle anime avec des usagers de son organisme dans le cadre d'un

³² Tel que mentionné précédemment, afin d'assurer l'anonymat des personnes ayant participé à la démarche de validation, les commentaires reçus ne sont pas associés à une ou un participant.

cours universitaire donné à de futurs professionnels de la santé; une autre, d'un projet de publication réalisé en collaboration avec un patient devenu pair aidant. Au final, le contact avec «l'altérité» semble une dimension importante du développement de leurs compétences à l'égard de la littératie («*Dans mon parcours professionnel, c'est ce qui m'a le plus changée comme intervenante.*»).

Afin de cheminer dans la compréhension du phénomène étudié en vue d'en représenter les éléments les plus significatifs, les caractéristiques de l'apprentissage lié au développement des compétences permettant la mise en œuvre de cette «bonne pratique» ont été identifiées. En fait, 3 caractéristiques principales ont été retenues comme étant les plus représentatives :

- **des parcours autodirigés**, orientés en fonction des besoins de la clientèle, du contexte de pratique et de ses propres motivations à se développer au regard de la littératie. Se former au regard de la littératie s'est avéré être une démarche que la ou le professionnel avait le plus souvent initiée;
- **une orchestration de moyens pour apprendre, le plus souvent dans le milieu du travail**, où il y a une recherche d'occasions d'échange et de contact avec des personnes ressources détentrices du savoir «expert» au sein de l'organisation;
- **un processus de coconstruction des savoirs** entre patients, pairs aidants et intervenants qui partagent un même contexte organisationnel de soins mais un rapport à la santé et à l'écrit différent.

Le modèle intégrateur, qui se veut représentatif d'un parcours dynamique toujours en évolution, proposera donc de voir **le développement des compétences à intervenir au regard de la littératie en santé** comme étant :

Un apprentissage professionnel, où les personnes intervenant en santé, tels des sociodidactes réflexifs, s'engagent dans une coconstruction de savoirs au regard de la littératie avec les patients, partenaires et pairs aidants, et les collègues des équipes interprofessionnelles et mixtes dans une démarche qui s'organise par les occasions d'apprendre, tant structurées que spontanées, qui se présentent dans le milieu de travail au sein duquel ils évoluent.

Le modèle, tel qu'il figure à la p. 218 (voir la carte conceptuelle 9), a été élaboré à partir de l'analyse des données de la recherche et des commentaires reçus lors du retour auprès des participantEs et se veut, tel que Colerette (2009, p.145) le formule, «une réduction de l'objet d'étude à ses caractéristiques les plus significatives». Le modèle proposé, mise sur une

articulation globale des dimensions formelles et informelles de cet apprentissage, alors qu'elles s'hybrident dans des parcours qui prennent autant de formes qu'il y a de personnes et d'occasions qui se présentent à elles pour apprendre. Au centre de ce modèle se trouvent les principales dimensions du développement de la compétence, où il y a un va-et-vient entre la pratique réflexive, ce qui est fait dans le travail et les ressources qui sont des occasions pour agir et apprendre et utilisées à cette fin. Le modèle de base, inspiré de Le Boterf (2009, 2010), s'est avéré adapté pour représenter la dynamique de «va-et-vient» entre les dimensions du processus. Nous lui avons toutefois apporté une modification afin de distinguer d'un côté les ressources utiles pour agir et soutenir la pratique, et de l'autre, celles pour apprendre et se développer. La recherche et l'utilisation des ressources dans l'environnement, humain et matériel, se font souvent de façon planifiée (recherche Internet, participation à des formations, organisation de réunions d'équipe, etc.), et peuvent être plus structurées (recherche d'outils, contenu visant l'acquisition de stratégies d'entrevue, présence d'une personne qui anime la formation ou qui dirige la réunion, rencontre d'équipe avec un certain «agenda» de ce qui sera discuté, etc.). Ce sont des moyens d'apprendre, mais d'autres occasions de le faire en milieu de travail peuvent être plus spontanées. Elles sont souvent imbriquées dans les activités du travail (interactions avec les patients en consultation, interventions conjointes avec un collègue ou un pair-aidant, discussions de corridor, etc.) et moins structurées (sans contenu défini à l'avance, liées aux «cas» qui se présentent ou à la dynamique d'un groupe d'échange sur la pratique, etc.).

Alors que le cœur du modèle met de l'avant le processus «interne» du développement de la compétence chez l'intervenantE, le pourtour illustre la dynamique du parcours de développement professionnel qui prend origine, et tout son sens, dans l'expérience avec la personne qui reçoit le service, ici la ou le patient. Ce modèle se met en branle lorsqu'il y a d'une part, une volonté chez un intervenant de s'engager dans la mise en œuvre d'une pratique en partenariat de soins, et d'autre part, un patient qui a le désir et la possibilité d'y participer. D'un côté, un professionnel qui a le désir d'initier un changement de pratique vers un partenariat des soins sera plus enclin à être pro-actif dans sa démarche de développement professionnel en recherchant les occasions d'apprendre et de vivre de nouvelles expériences d'accompagnement en santé. D'un autre côté, un patient qui devient actif pourra comprendre,

apprendre et participer à ses soins. Si la mobilisation du patient dans la démarche peut être un défi, le temps pris pour s'informer du projet de la personne semble souvent un élément déclencheur de l'action. Le modèle tient ainsi à la rencontre de deux conditions, la volonté et l'opportunité, difficile toutefois de dire le poids de chacune de ces dimensions.

Ces expériences pourront être à leur tour source de motivation à apprendre et à se développer au regard de la littératie. En fait, une réflexion sur cette expérience permet d'abord de créer de nouveaux savoirs sur la clientèle, ses caractéristiques et ses façons d'agir, de réagir et d'apprendre. C'est là qu'une meilleure compréhension du contexte de vie, tel un réseau social relativement mince, ainsi qu'une méfiance initiale avec laquelle il faut composer, notamment par une relation plus «personnelle», se construit. Une auto-évaluation de ses performances motive ensuite le choix et la recherche d'informations et de savoirs auprès de personnes ressources, mais aussi d'activités de formation en vue de valider ses façons de faire et de se développer. Les activités de développement structurées, formelles et informelles, qui sont là pour outiller davantage au regard des moyens d'agir, sont vues comme nécessaires et complémentaires aux acquis dans la pratique. Elles sont vues en fait comme un moyen de rendre explicite des façons de faire acquises de façon intuitive, et ce, en fournissant les «mots» et une clé pour l'organisation de ces savoirs sous forme d'un mode d'action, et ainsi donner des balises à sa démarche.

À l'intérieur du modèle, on retrouve les quatre piliers d'une pratique efficace au regard de la littératie qui ont été précédemment discutés. C'est dans la mise en œuvre d'un partenariat dans et au regard des soins, une attention portée aux indicateurs de littératie, une communication personnalisée de l'information, et des moyens mis en place pour en faciliter l'accès et l'utilisation, que cette pratique prend sa forme et s'actualise. Dans ce parcours, plus il y a d'occasions de rencontrer et de collaborer avec des personnes ayant l'expérience d'un quotidien avec la maladie, des mots pour la comprendre et en parler, et un parcours pour apprendre à la gérer, plus il y a d'occasions qui favorisent la création de nouveaux savoirs professionnels en lien avec la littératie. Dans le contexte où il peut être difficile pour les intervenantEs de faire abstraction de leur bagage «lettré», et où les moyens à leur portée, tels que les pamphlets d'information et les outils éducatifs, ne permettent pas d'outiller leur

clientèle pour une participation et une autonomie décisionnelle, intégrer la personne qui a ce savoir «expert» dans son équipe semble être un facteur de changement pour les intervenantEs.

Enfin, ce développement de compétences s'inscrit dans le cadre d'un contexte de travail donné. L'environnement est facilitateur de la démarche, alors qu'il fournit des moyens d'apprendre et des occasions de coapprendre. Cet environnement doit offrir des conditions qui permettent un accueil «humain» dans le milieu et un climat propice à la mise en œuvre du partenariat dans les soins, où la communication est à personnaliser selon les besoins de chaque patient, tout cela demandant du temps pour comprendre et apprendre. Les occasions de réflexion sur sa pratique, comme les journées réflexion entre gestionnaires, intervenants, patients et proches, ont aussi été ciblées comme un élément contribuant à la dynamique de la démarche, tout comme les interactions avec les patients dans les autres sphères de l'organisation, notamment dans les comités de développement et de gestion, ainsi que dans les activités de formation continue.

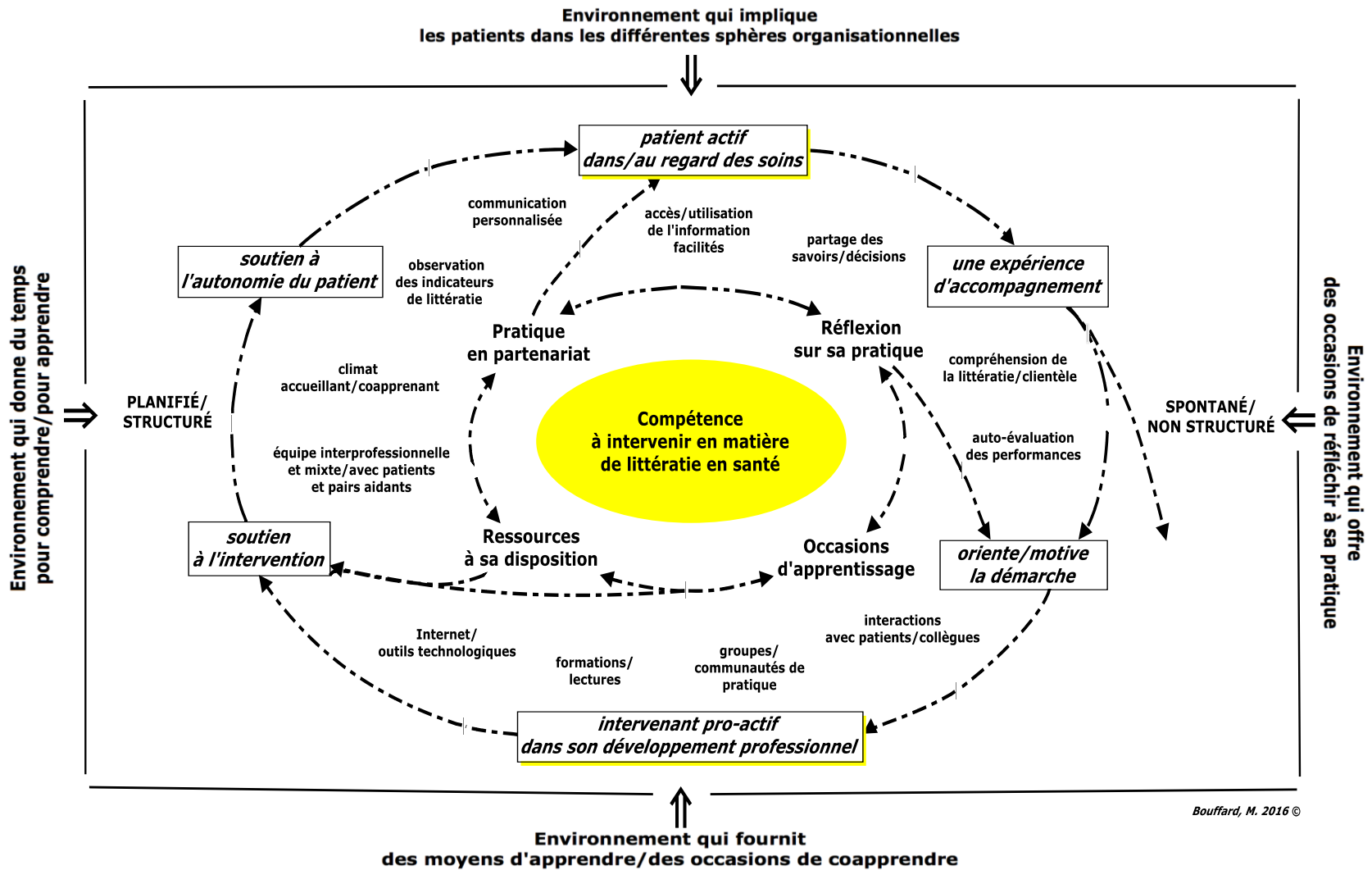
En somme, la partie droite du modèle illustre des dimensions souvent plus spontanées et non structurées, et celle de gauche des dimensions plus planifiées et structurées. La dynamique du modèle veut finalement rendre un mouvement d'aller-retour entre le «tacite» et l'«explicite», nécessaire au développement du savoir-agir professionnel. Le tout se déploie à l'image d'une spirale au fil des expériences d'accompagnement, des occasions de se former et d'apprendre, et d'une pratique réflexive active. L'efficacité de la démarche est liée à la volonté des intervenantEs à s'inscrire dans ce changement de paradigme en santé, où les rapports de force entre professionnel et patient sont redéfinis. En ce sens, leur disposition à apprendre et à se développer insufflera le mouvement à cette spirale.

Soulignons en terminant que, de façon générale, ce modèle a reçu des commentaires très positifs lors des rencontres de validation. Des participantEs ont dit à son propos «*on se retrouve très bien là-dedans*», «*c'est très pertinent*» et même «*Ça me rappelle mon entrevue!*». La dynamique a semblé parler beaucoup aux personnes rencontrées («*J'aime l'idée de spirale, le fait que ça se nourrit.*»); «*Quand j'ai vu le modèle, c'est une spirale que j'ai vu dans ma tête.*»), alors qu'elle semblait être évocatrice de leur parcours («*Oui, oui, ça ressemble à mon cheminement.*»). Le fait d'illustrer une coconstruction de savoirs «avec» les personnes qui vivent la problématique semblait refléter ce qui est vécu sur le terrain, alors que

ces intervenantEs ont exprimé que le contact avec les patients dans les équipes, les comités ou les activités de formation les amène à *«questionner et à penser autrement, à s'adapter.»*. L'idée de faire une place à des voies de développement qui se détachent du «formel» a aussi trouvé écho auprès des personnes consultées (*«Ici, c'est juste de ça, des formations par-ci et par-là»*; *«Ah oui, c'est dans le travail qu'on apprend ça.»*).

En somme, comme une des participantes à cette démarche de validation l'a résumé, ce modèle semble mettre en valeur des éléments importants pour penser et développer les pratiques au regard de la littératie dans un contexte de santé : *«J'aime le fait qu'il y a plusieurs portes d'entrée. En fait, ce qui sera probablement le plus efficace comme approche dans une équipe pour rehausser la compétence, c'est d'avoir plusieurs cibles.»*.

Carte conceptuelle 9. Modèle de développement des compétences professionnelles au regard de la littératie en milieu de travail de l'intervenantE en partenariat de soins



7 Conclusion

Les liens entre de faibles compétences en littératie et un état de santé précaire, constituant un risque plus élevé de complications et de mortalité, ainsi qu'une plus faible utilisation des mesures de prévention, sont bien étoffés (Berkman et al., 2011; CCA, 2008b; WHO, 2013). Quant à l'importance des compétences en traitement de l'information pour l'autonomie de la personne dans la prise en charge de sa santé, elle ne fait aucun doute (CCA, 2008b; CPHA, 2006; IOM, 2004; OCDE, 2013a). Or, les grandes enquêtes internationales sur les compétences des adultes se succèdent (HLS-EU Consortium, 2012; OCDE, 2013b; Statistique Canada, 1996; Statistique Canada & OCDE, 2005) et rappellent le fait qu'une partie importante de la population n'est pas en mesure de traiter l'information écrite de manière à fonctionner de façon optimale dans une société axée plus que jamais sur le savoir et les technologies.

Si les habiletés individuelles pour lire, comprendre et utiliser l'information dans le contexte de la santé ont été l'objet de nombreuses réflexions au cours des dernières années, la «compétence» en matière de littératie des femmes et des hommes œuvrant à titre de professionnels commence pour sa part à être étudiée (Coleman, 2011). En fait, alors que de telles compétences professionnelles se développent souvent en cours d'emploi (Barrett et al., 2008; Bessette, 2009), il y aurait à l'heure actuelle peu de données empiriques sur les pratiques des professionnels de la santé à l'égard de la littératie, notamment en raison d'un manque d'études qui auraient permis de les documenter à travers différents champs d'intervention (Sheridan et al., 2011). De ce fait, puisqu'il est plus que jamais question d'une valorisation de la formation dans et par le travail (Carré & Caspar, 2011a; Champy-Remoussenard, 2005), il nous apparaissait légitime de s'intéresser au développement des compétences en matière de littératie en santé sous l'angle de la formation professionnelle continue.

L'objectif qui a motivé ce travail de recherche était de comprendre comment des intervenantes et intervenants développent, en cours de pratique, leurs compétences en vue de favoriser et soutenir la participation d'une clientèle de faible niveau de littératie à ses soins de santé. Dans le contexte où les milieux de soins au Québec vivent d'importants changements

avec l'émergence de pratiques en partenariat de soins (Flora et al., 2015; RUIS, 2014), et où les professionnels sont appelés à soutenir le patient dans son apprentissage au regard de sa maladie (Pomey, Flora, Karazivan, et al., 2015), il s'avérait pertinent de comprendre comment des professionnels développent leur compréhension de la littératie et leur compétence à y faire face.

Pour y arriver, après une revue de la littérature sur la littératie en santé et le développement professionnel, une méthodologie qualitative a été mise au point en s'appuyant sur des entretiens semi-structurés à analyser par le biais de cartes conceptuelles. Des intervenantEs qui travaillent auprès de personnes faisant partie des groupes à risque de présenter un faible niveau de littératie et qui ont une pratique orientée vers le partenariat de soins ont été ciblés. Ainsi, des entretiens ont pu être réalisés auprès de 18 personnes intervenant dans le domaine médical (médecine, pharmacie, soins infirmiers), 9 dans des champs connexes tels que la nutrition, la psychologie et l'intervention sociale, et 3 dans le domaine de l'intervention par les pairs. Parmi ces 30 intervenantes et intervenants, 11 offraient des soins et services en lien avec la maladie mentale et 5 avec le traitement des dépendances, alors que 14 intervenaient en lien avec la santé en général (maladie chronique, médecine familiale, santé des femmes, gériatrie, ateliers en santé, etc.).

Ces personnes ont été recrutées sur la base d'une pratique auprès d'un groupe de la population à risque de présenter des difficultés en traitement de l'information, d'une part, et, d'autre part, sur la base de la mise en œuvre d'une pratique orientée vers la participation et l'engagement de la personne à l'égard de sa santé. Le recrutement de ces personnes n'a pas été des plus faciles compte tenu des critères de sélection retenus et des exigences éthiques des différentes organisations repérées grâce au soutien de personnes-clés. Aussi, malgré ces critères et même si cela ne faisait pas partie des buts de recherche, il demeure difficile, d'une part, d'évaluer réellement le profil de la clientèle recevant les soins sur le plan de la compréhension et de l'utilisation de l'information en santé et, d'autre part, de tenir compte des nuances de pratique partenariat-patient chez les intervenantEs, notamment entre milieu organisationnel de santé publique et organismes communautaires pour ne prendre que l'angle du milieu de travail. En effet, il n'est pas possible d'inscrire l'ensemble des participantEs dans un modèle unique de pratique partenariat-patient, les bases et les principes d'une telle

approche pouvant être interprétés, et plus ou moins formalisés, selon le professionnel et le milieu organisationnel.

Pour atteindre les buts de la recherche (un objectif et trois questions), nous avons cherché à décrire, dans un premier temps, la compétence en matière de littératie en santé de ces professionnels. Ce travail a débouché sur une explicitation du sens donné par un groupe d'intervenants et d'intervenantes au phénomène de la littératie et à leurs conduites individuelles en ce qui la concerne (Mucchielli, 2009b). De «bonnes pratiques», ou des stratégies identifiées comme gagnantes par ces personnes, ont été recensées et fournissent des pistes d'action qui sont à moduler selon les milieux et les besoins de la clientèle. Cette démarche a permis d'illustrer les 4 piliers d'une pratique pro-littératie, soit :

1. Mettre en œuvre un partenariat dans et au regard des soins
2. Être attentif aux indicateurs liés à la littératie
3. Personnaliser la communication
4. Faciliter l'accès et l'utilisation de l'information

La description de l'expérience de ces intervenantEs contribue à nourrir la réflexion sur une pratique «efficace». La nature qualitative de la recherche et la taille de l'échantillon ne permettent toutefois pas d'inférer sur des pratiques à généraliser. L'interprétation des données se limite à développer une compréhension du phénomène à l'étude et, pour généraliser à l'ensemble des hommes et des femmes intervenant auprès d'adultes de faible niveau de littératie en santé, d'autres recherches seraient à mener sur ces quatre piliers et leur conjugaison, notamment sur certains points forts de la recherche dont l'évaluation du niveau de littératie des patients, l'utilisation des mots qu'emploient les patients afin de développer un langage commun patient-professionnel, et la compréhension qu'ont ces patients de leur maladie et des rencontres avec les professionnels de la santé.

Malgré les limites de cette recherche, elle a permis d'avoir accès à l'expérience d'un groupe de personnes qui ont la volonté de tendre à un modèle de partenariat patient, alors que celles-ci se disent engagées dans une pratique orientée vers l'autonomie et la responsabilisation d'une clientèle issue de groupes de la population à risque d'être moins outillés sur le plan de l'écrit. Le portrait d'une pratique pro-littératie proposé se veut donc un point de départ permettant de nourrir la réflexion sur la façon de soutenir le développement

professionnel au regard de la littératie dans un contexte de santé. Dans un jeune champ d'études et de pratique comme celui de la littératie en santé, cela n'est pas sans intérêt. En ce sens, une contribution de cette recherche est certainement d'avoir permis d'identifier des points importants à considérer pour «penser» la pratique des professionnels et intervenants, hommes et femmes, en matière de littératie en santé. Le fait d'avoir ciblé des moments importants comme l'accueil, ou d'avoir documenté des stratégies informelles pour dépister la littératie et personnaliser l'information, peut contribuer à orienter le développement des pratiques en partenariat de soins au sein des organisations. Les observations quant au faible réseau social de cette clientèle, ainsi qu'en lien avec la méfiance qui teinte souvent les relations et les échanges, constituent aussi des éléments importants à considérer dans la réflexion sur une pratique professionnelle pro-littératie en santé. Ces résultats, issus de la recherche, sont toutefois à mettre en perspective avec le fait que plus du tiers des sujets interviewés (11 sur 30) œuvrait auprès d'une clientèle recevant des services en lien avec une maladie mentale chronique, ce qui teinte possiblement les données. De ce fait, ce serait des points à investiguer auprès d'autres intervenants et milieux, et ce, afin d'en comprendre davantage la nature et d'en évaluer la portée.

En fait, le travail réalisé afin de dégager de «bonnes pratiques» gagnerait à être validé auprès de groupes de professionnels plus larges et de milieux de pratique différents. Dans la présente recherche, le fait d'avoir rencontré plus d'une personne au sein d'une même organisation n'est pas sans avoir pu induire un certain biais lié au partage de valeurs et de façons de faire inhérentes à un même environnement de travail tout en permettant de mettre en évidence la synergie du groupe dans le processus de formation continue. Néanmoins, il pourrait être pertinent d'analyser les données en fonction des équipes de travail ou du milieu de pratique (communautaire versus institutionnel, établissement de soins de santé en général versus établissement spécialisé en santé mentale et services sociaux, etc.), du type de professions et de tâches ou des caractéristiques de la clientèle desservie, tout comme il pourrait être éclairant de tenir compte de certaines réalités, comme celle du type de suivi (clinique sans rendez-vous versus suivi de maladie chronique) ou encore du temps alloué pour les rencontres avec les patients. Ainsi, d'autres angles d'analyse auraient pu être envisagés ou seraient à considérer pour de futures recherches. Les choix faits dans le cadre de ce travail ont

toutefois permis de documenter des parcours de développement professionnel, voire personnel, au regard de la littérature d'intervenantes et d'intervenants en lien avec la santé physique et mentale.

Ces parcours ont aussi été décrits en lien avec notre deuxième question, qui visait à faire ressortir les caractéristiques de l'apprentissage professionnel nécessaire à la mise en œuvre de «bonnes pratiques» en littérature en santé. En s'inscrivant dans les plus récents travaux dans le domaine de l'apprentissage en milieu de travail, nous avons abordé le phénomène sous l'angle d'une hybridation du formel et de l'informel afin de pouvoir en rendre la complexité, mais surtout la multiplicité des formes possibles. L'analyse des données dans cette perspective a laissé émerger l'image de parcours avec un fort caractère autodirigé, les intervenantes et intervenants laissant transparaître un intérêt et une motivation à se développer, et une inclinaison à se saisir de toutes les opportunités pour y arriver. Le fait d'avoir eu un seul entretien avec les participantEs a permis d'obtenir une photo dans le temps de leur parcours d'apprentissage, et ne contribue pas à en représenter véritablement l'évolution dans le temps, un aspect qui aurait pu enrichir notre modèle, mais qui nécessite des recherches complémentaires. Pour y arriver, il serait souhaitable de suivre les participantEs sur une certaine période de temps avec, par exemple, des grilles d'observation ou des journaux de bord comme outils de collecte des données. En attendant ces nouvelles recherches, la vision du modèle comme représentant une spirale, telle que mentionnée par une des personnes ayant participé au retour auprès des acteurs, comble le vide du temps en interprétant le modèle comme une vis sans fin débutant avec la ou le professionnel pro-actif qui s'engage dans une pratique en partenariat patient et du patient actif, le tout évoluant au fil de l'expérience professionnelle.

La façon dont l'articulation entre les différentes façons de se former a été verbalisée par des participantEs à cette recherche apporte des éléments intéressants pour nourrir les réflexions sur l'apprentissage informel en milieu de travail, réflexions qui d'ailleurs orientent de plus en plus vers «une perspective» de l'apprentissage autodirigé (Roussel, 2013b, p.52). De fait, la motivation et l'intérêt de la ou du professionnel à faire de son environnement, et des occasions qui s'y présentent, un environnement apprenant semblaient, dans le cadre des expériences décrites dans cette recherche, des plus déterminants. Des formations formelles,

principalement sur l'approche et la communication aux patients, ont été jugées nécessaires à l'explicitation des expériences vécues dans la pratique, et ce, en contribuant à formaliser certains modes d'action, mais aussi en fournissant des mots pour en parler et la partager. Car si l'apprentissage professionnel au regard de la littératie pouvait prendre différentes formes selon les moments et les lieux où il se produisait, c'était surtout en fonction des personnes et des groupes qu'il semblait prendre «une forme». En effet, ce développement de compétences prenait vie le plus souvent au sein de groupes de personnes qui avaient mis des structures en place pour se rencontrer, échanger des savoirs et valider leurs façons de faire, et qui, comme dans le cas d'un organisme en santé mentale et de deux en milieu communautaire, intégraient parfois une personne qui a l'expérience de la maladie ou du contexte et qui a développé des compétences pour la comprendre et en parler. Il y avait ainsi une coconstruction de savoirs qui se faisait dans ces milieux, où les occasions d'être exposé à la perspective «patient» se reflétaient dans toutes les dimensions du processus, comme le modèle de développement professionnel proposé le met en valeur.

Ce modèle, qui est l'un des apports importants de cette recherche, se fonde sur un va-et-vient entre la pratique réflexive sur ce qui est fait dans le travail et les ressources qui sont des occasions pour agir et apprendre, un processus fortement lié à la motivation et à l'autorégulation de l'intervenant qui s'y inscrit. Il propose des voies de développement spontanées et non-structurées qui s'articulent à des ressources et à une pratique en partenariat plus structurées et qui s'appuient sur les quatre piliers identifiés. De ce fait, le modèle prend en ligne de compte et peut contribuer à une certaine reconnaissance d'«autres» façons de se former en dehors d'un cadre de formation formelle et, par le fait même, peut encourager la mise en place dans les milieux de tels moyens. Pour faciliter l'opérationnalisation de ce modèle, il serait pertinent, dans une recherche future, de porter une attention plus approfondie sur l'environnement ou sur le contexte des apprentissages professionnels au regard de la littératie, notamment en termes de soutien organisationnel, d'organisation du travail ou de politiques et d'offres de formation. Cette dimension ne faisait pas partie de la présente recherche, mais s'est révélée porteuse de sens à travers les résultats puisque l'environnement se trouve être facilitateur de la démarche et qu'il apparaît donc prometteur de se pencher sur les caractéristiques et les ressources, ou les «affordances» selon les termes de Billett (2001,

2004), susceptibles de favoriser et nourrir ce développement de compétences au regard de la littératie. Les participantEs à ce projet en ont souligné quelques-unes, telles que la proximité de collègues du même ou d'autres champs d'expertise, la fréquence des réunions d'équipe, la collaboration avec des patients dans le cadre du travail, les formes collectives d'autoformation ainsi que l'accès à des réseaux ou communautés de pratique. Cette recherche a posé les bases d'un modèle de développement professionnel au regard de la littératie qu'il ne reste qu'à expérimenter dans des milieux de travail afin d'en évaluer les éléments qui permettent d'en optimiser le plein potentiel.

Si cette recherche invite à poursuivre la réflexion vers des réseaux d'échange et de développement au sein des organisations, des réseaux plus larges devraient également être envisagés afin de faciliter le partage des savoirs en matière d'intervention en littératie dans les milieux de soins et de services en santé. Comme cela a été souligné en entrevue, il est difficile de trouver des outils sur le sujet tant celui-ci est nouveau et les travaux dispersés. En ce sens, il serait judicieux de soutenir les efforts visant l'échange d'expertise entre les organisations, et pour y arriver, des partenariats avec des intervenants à l'extérieur du champ de la santé pourraient être envisagés, comme avec le Centre de documentation sur l'éducation des adultes et la condition féminine (CDEACF) qui a un répertoire développé sur la littératie. Tel que mentionné par une personne rencontrée, il y a eu au cours des dernières années beaucoup d'évolution sur le plan de l'interdisciplinarité entre les professionnels en santé, mais du chemin reste à faire au niveau des collaborations avec des domaines tels le psychosocial et l'éducation. À ce propos, comme le souligne Rudd (2003), les collaborations entre les spécialistes du champ de l'éducation des adultes et ceux de la santé seraient porteuses pour ce qui est de la littératie en santé³³. Il y aurait en fait tout à gagner d'un partage de perspectives pour arriver à une meilleure compréhension des stratégies privilégiées par les patients moins outillés sur le plan de la littératie dans leur cheminement en contexte de santé, car ces derniers s'appuient sur un bagage d'expériences avec la maladie, mais aussi en lien avec l'écrit. Et à ce titre, les organisations communautaires, tout comme les groupes populaires et d'alphabétisation, semblent avoir un accès privilégié à ce groupe d'adultes. Les personnes qui

³³ Rappelons qu'avant la fermeture de programmes en andragogie, les professionnels de la santé représentaient le tiers des inscriptions à l'Université de Montréal.

y travaillent peuvent ainsi être des personnes ressources importantes et des partenariats avec des établissements du réseau de la santé pourraient être bénéfiques pour les deux milieux.

Au final, le modèle développé dans cette recherche propose d'aborder le développement professionnel au regard de la littératie dans la rencontre entre un intervenant proactif, qui recherche et crée des réseaux pour se développer, et un patient actif et engagé au regard des soins que requiert sa santé. À cet égard, si de plus en plus de recherches se font afin de fournir des bases solides à un «continuum» de participation du patient en santé (Pomey, Flora, Ghadiri, et al., 2015, p.13) — pensons notamment au «Modèle de Montréal» développé par une équipe de l'Université de Montréal (Pomey, Flora, Karazivan, et al., 2015) —, il y a certainement encore beaucoup à faire pour en concrétiser tout le potentiel, notamment au regard de la formation continue en milieu de travail. En ce sens, le partenariat patient dans le champ de la pratique professionnelle pourrait certes être à explorer en lien avec des apprentissages professionnels autres que la littératie en santé, tout comme il gagnerait très certainement à être validé dans des organisations de santé diverses.

Si le fait que plusieurs des participantEs à cette recherche pratiquaient en grande partie auprès d'une clientèle recevant des services et des soins en lien avec la santé mentale (11 sur 30) a possiblement teinté les résultats et l'interprétation des données, c'est aussi ce qui a fait en sorte qu'un des apports importants de cette recherche est d'avoir contribué à documenter le rôle des pairs aidants au sein des équipes de travail. Les pairs aidants œuvraient dans des établissements spécialisés en santé mentale mais aussi dans des organismes communautaires offrant des services en traitement des dépendances ou de l'aide aux personnes en milieu de prostitution. Ces membres du personnel, rémunérés pour leurs services, se distinguent par le fait qu'ils dévoilent leur vie et leur vécu sur la maladie, le partage de leur expérience ayant pour but «d'offrir de l'inspiration, du soutien et de l'information auprès de personnes qui vivent des situations similaires» (Lagueux, 2014, p.1), ce que peuvent faire aussi des patients ressources dans d'autres organisations de soins. La présence du pair aidant induit un modèle qui, plutôt que de mettre l'accent sur la maladie et l'incapacité qui y est liée, s'inscrit dans une perspective de développement de compétences, d'autonomie et de reprise de pouvoir par la personne sur sa santé (Lapointe, 2014; Repper & Carter, 2011). En ce sens, dans le contexte où il y a une mobilisation autour d'un rehaussement des compétences en littératie et d'une

valorisation des parcours autonomes pour apprendre, l'idée d'un partage d'expériences, de stratégies et de ressources pour trouver et s'approprier l'information en lien avec sa santé par un intervenant pair aidant pourrait être mise à profit dans les différents milieux. Un modèle d'intervenant «pair aidant en littératie» pourrait ainsi être développé afin de faciliter l'accès et l'utilisation de l'information en santé auprès de personnes avec lesquelles il y a un langage «commun», voire des expériences similaires en lien avec l'«écrit». En tant que membre de l'équipe interprofessionnelle, cet intervenant pourrait du coup assurer une certaine qualité ou fiabilité de l'information trouvée par les personnes qu'il accompagne, tout comme il pourrait également jouer un rôle de coaching auprès des membres de l'équipe pour la vulgarisation de l'information à transmettre.

Le modèle de pair aidant semble offrir un potentiel intéressant dans la perspective de développement des compétences en littératie et une réduction des inégalités en santé, mais comme le soulignent Harris et al. (2015), c'est dans le contexte où les initiatives ou les programmes à venir seront pensés et mis sur pied en partenariat avec des patients et des personnes du milieu. Comme l'a dépeint cette étude, si l'apprentissage au regard de la littératie est souvent initié en vue d'actualiser une pratique de partenariat de soins avec les patients, c'est aussi à travers ce partenariat qu'elle semble se développer. Les espaces de travail deviennent ainsi formateurs dans le contexte d'une disposition à *se former*, mais aussi à *se transformer* au contact de l'autre (Boutinet, 2004; Carré, 2005). Dans la foulée des travaux de Piguet (2008), cette recherche invite donc à poursuivre la réflexion sur la dynamique entre le milieu de travail comme espace pour apprendre au regard de la littératie et une disposition à rechercher et à mettre en place des réseaux pour y arriver. De là, il n'y a qu'un pas à franchir afin de parler d'une culture de l'«apprenance» à l'égard de la littératie, dans laquelle les modalités pour «apprendre ensemble» sont appelées à prendre autant de formes qu'offrent les possibilités de partenariats au sein des milieux de santé.

Bibliographie

- Abbatt, F. R., & Mejia, A. (1990). *La formation continue des personnels de santé: manuel pour ateliers*. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- Abrams, M., Kurtz-Rossi, S., Riffenburgh, A., & Savage, B. (2014). *Building Health Literate Organizations: A Guidebook to Achieving Organizational Change*. Iowa. Repéré à <http://www.HealthLiterateOrganization.org>
- ACSM. (2015). Déterminants sociaux de la santé. Repéré le 21 septembre 2015 à <http://acsm.qc.ca/sante-mentale/determinants>
- American Medical Association. (1999). Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. *Journal of the American Medical Association*, 281 (6), 552-557.
- Anadón, M. (2006). La recherche dite « qualitative »: de la dynamique de son évolution aux acquis indéniables et aux questionnements présents. *Recherches Qualitatives*, 26 (1), 5-31.
- Archambault, P. M., Légaré, F., Lavoie, A., Gagnon, M.-P., Lapointe, J., St-Jacques, S., . . . Pham-Dinh, M. (2010). Healthcare professionals' intentions to use wiki-based reminders to promote best practices in trauma care: a survey protocol. *Implementation Science*, 5 (45). doi: 10.1186/1748-5908-5-45
- Argote, L., & Ingram, P. (2000). Knowledge transfer: A basis for competitive advantage in firms. *Organizational behavior and human decision processes*. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 82 (1), 150-169.
- Argyris, C., & Schön, D. A. (1974). *Theory in practice: Increasing professional effectiveness*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Argyris, C., & Schön, D. A. (1996). *Organizational learning II: Theory, method and practice*. Reading, MA: Addison Wesley.
- Armstrong, S., & Sisler, J. (2014). Patient engagement in the continuing professional development of family physicians in Manitoba. Winnipeg: Faculty of Medicine, Division of continuing professional development, University of Manitoba.
- Association canadienne de santé publique. (2014). *Exemples de mise en application de la littératie en santé*. Ottawa, Ontario.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2000). *Cadre national pour les programmes de maintien de la compétence chez les infirmières autorisées*. Ottawa, Ontario.
- Association francophone de diffusion de l'entretien motivationnel. (2015). L'esprit de l'entretien motivationnel. Repéré 25 mars 2016 à <http://www.entretienmotivationnel.org/entretienmotivationnel/esprit/>
- Baker, D. W. (2006). The meaning and the measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 878-883.
- Baker, D. W., Garmararian, J. A., Williams, M. V., Scott, W., Parker, R. M., Green, D., . . . Peel, J. (2002). Functional health literacy and the risk of hospital admission among medicare managed care enrollees. *American Journal of Public Health*, 92 (8), 1278-1283.

- Balleux, A. (2000a). Évolution de la notion d'apprentissage expérientiel en éducation des adultes: vingt-cinq ans de recherche. *Revue des sciences de l'éducation*, 26 (2), 263-286.
- Balleux, A. (2000b). *Les compétences de formateur des formateurs en formation professionnelle par apprentissage*. (Thèse de doctorat en éducation, Université de Montréal, Montréal).
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.
- Bandura, A. (2002). *Auto-efficacité - Le sentiment d'efficacité personnelle*. (Traduit par J. Lecomte). Bruxelles: de Boeck.
- Baraldi, R., Joubert, K., & Bordeleau, M. (2015). *Portrait statistique de la santé mentale des Québécois: Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes-Santé mentale 2012*. Montréal, Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Barbier, J.-M. (2011). Introduction. Dans J.-M. Barbier (dir.), *Savoirs théoriques et savoirs d'action* (p. 1-17). Paris: PUF.
- Barrett, S. E., Puryear, J. S., & Westpheling, K. (2008). *Health literacy practices in primary care settings: examples from the field*. Repéré à <http://www.commonwealthfund.org/Publications/Fund-Reports/2008/Jan/Health-Literacy-Practices-in-Primary-Care-Settings--Examples-From-the-Field.aspx>
- Barrette, J. (2008). *Étude de l'explicitation de l'apprentissage informel chez des adultes dans le contexte d'une entreprise: un processus dialectique de construction située de la connaissance* (Thèse de doctorat en éducation, Université du Québec à Montréal, Montréal).
- Barrier, P. (2014). *Le patient autonome*. Paris: PUF.
- Baskett, H. K. M., & Marsick, V. J. (1992). Confronting new understandings about professional learning and change. *New Directions for Adult and Continuing Education*, 55 (Fall), 7-15.
- Bass, P. F., Wilson, J. F., Griffith, C. H., & Barnett, D. R. (2002). Residents' ability to identify patients with poor literacy skills. *Academic Medicine*, 77 (10), 1039-1041.
- Baumgartner, L. M. (2011). The role of adult learning in coping with chronic illness. *New Directions for Adult and Continuing Education*, 130 (Summer), 7-16. doi: 10.1002/ace.406
- Beckett, D., & Hager, P. (2001). *Life, work, and learning: practice in postmodernity*. New York: Routledge.
- Beillerot, J. (2005). Savoir. Dans P. Champy & C. Étévé (dir.), *Dictionnaire encyclopédique de l'éducation et de la formation* (3^e éd., p. 898-899). Paris: Retz.
- Beillerot, J., & Solar, C. (2011). Le groupe en formation. Dans P. Carré & P. Caspar (dir.), *Traité des sciences et techniques de la formation* (p. 507-525). Paris: Dunod.
- Bélangier, P. (2011). *Theories in adult learning and education*. Opladen & Farmington Hills, MI: Barbara Budrich Publishers.
- Bélangier, P. (2014). Les résultats de l'enquête de l'OCDE 2013 sur les compétences de base des adultes, une nouvelle demande éducative. Observatoire compétences-Emplois (OCE), UQAM. Repéré le 2016/04/19 à <http://www.oce.uqam.ca/article/les-resultats-de-lenquete-de-locde-2013-sur-les-competences-de-base-des-adultes-une-nouvelle-demande-educative/>

- Bélangier, P. (2015). *Parcours éducatifs: Construction de soi et transformation sociale*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Bélangier, P., Daniau, S., & Larivière, M. (2009). La formation continue dans la nouvelle économie du savoir: les entreprises biopharmaceutiques. Dans D. Bouteiller & L. Morin (dir.), *Développer les compétences au travail* (p. 274-313). Montréal: HEC Montréal.
- Bélangier, P., Doray, P., & Levesque, M. (2008). *De la pyramide à l'iceberg: les réalités de la formation des adultes en 2002. Un regard croisé Québec-Canada*. Montréal, Québec: CIRDEP, CIRST, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.
- Belenky, M. F., Clinchy, B. M., Goldberger, N. R., & Tarule, J. M. (1986). *Women's ways of knowing: The development of self, voice and mind*. New York: Basic Books inc.
- Bélisle, R. (2007). *Compétences et pratiques de lecture d'adultes non diplômés : conditions et principes d'un environnement écrit participatif. Rapport de recherche*. Québec: Direction de la formation générale des adultes, Ministère de l'Éducation, du loisir et du sport.
- Benner, P. (2003). *De novice à expert. Excellence en soins infirmiers*. Paris: Éditions Masson.
- Bennett, E. E. (2012). *A four-part model of informal learning: Extending Schugurensky's conceptuel model*. Communication présentée à Adult Education Research Conference, Saratoga Springs, NY. Repéré à <http://www.adulterc.org/Proceedings/2012/papers/bennett.pdf>
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155, 97-107.
- Berkowitz, P. (2013). Selon une enquête de l'OCDE sur les compétences des adultes, le Canada se situe dans la moyenne. *Affaires universitaires*, (23 octobre 2013). Repéré à <http://www.affairesuniversitaires.ca/enquete-de-ocde-le-canada-se-situe-dans-la-moyenne.aspx>
- Bernèche, F., & Perron, B. (2005). *La littératie au Québec en 2003: faits saillants, Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes (EIACA)*. Québec: Institut de la Statistique du Québec.
- Bernèche, F., & Perron, B. (2006). *Développer nos compétences en littératie : un défi porteur d'avenir. Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes, 2003*. Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Bernèche, F., Traoré, I., & Perron, B. (2012). Littératie en santé : compétences, groupes cibles et facteurs favorables. Résultats québécois de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes, 2003. *Zoom santé. Institut de la statistique du Québec, Février 2012* (35).
- Bessette, T. (2009). *The significance of health literacy for public health professionals in Connecticut*. (Mémoire de maîtrise en santé publique, Southern Connecticut State University, New Haven, CT).
- Biémar, S. (2009). *Étude de l'évolution des images identitaires relatives à la relation pédagogique chez des enseignants en insertion professionnelle*. (Thèse de doctorat, Université de Liège, Liège, Belgique).
- Bienvenue, M., Couture, F., Dufresne, K., Fiset, A.-A., Gélinas, C., Laprise, A., & Simard, A. (2015). *Adapter l'enseignement thérapeutique en nutrition dans un contexte de rétablissement*. Québec: Institut universitaire de santé mentale de Québec.

- Billett, S. (2001). Workplace affordances and individual engagement at work. *Journal of Workplace Learning*, 13 (5), 209-214.
- Billett, S. (2002). Critiquing workplace learning discourses: Participation and continuity at work. *Studies in Education of Adults*, 34 (1), 56-67.
- Billett, S. (2004). Workplace participatory practices: Conceptualising workplaces as learning environments. *Journal of Workplace Learning*, 16 (6), 312-324.
- Billett, S. (2008). Learning throughout working life: a relational interdependence between personal and social agency. *British Journal of Educational Studies*, 56 (1), 39-58.
- Billett, S. (2011). Learning in the circumstances of work: the didactics of practice. *Éducation et didactique, journal en ligne, téléaccessible à <http://educationdidactique.revues.org/1251>*.
- Blais, M., Chamberland, E., Hrimech, M., & Thibault, A. (1994). *L'andragogie, champ d'études et profession: une histoire à suivre*. Montréal: Guérin.
- Boivin, N. (2009). Littératie en matière de santé: des moyens novateurs de stimuler la prise en charge par la population francophone du nord-est du Nouveau-Brunswick. *Francophonies d'Amérique*, 28 (en collaboration avec le Réseau Communauté en santé de Bathurst), 139-154.
- Boivin, N., Ross, D., Haché, L., & Frenette, S. (2016). Alphabétisme en matière de santé. Repéré le 2016/04/20 à <http://alphabetismeensante.ca/accueil.aspx>
- Bonadiman, L., Gagnayre, R., Marchand, C., & Marcolongo, R. (2006). Utilisation de la carte conceptuelle en consultation médicale. *Éducation du patient et enjeux de santé*, 24 (2), 46-50.
- Boud, D. (1989). Some competing traditions in experiential learning. Dans S. Warner Weil & I. McGill (dir.), *Making sense of experiential learning: Diversity in theory and practice* (p. 38-49). Philadelphia: Society for Research into Higher Education: Open University Press.
- Bouffard, M. (2010). *Littératie et autogestion du diabète : Impact à court terme d'un programme de formation de 4 jours versus un programme de 2 jours sur le développement des compétences chez les patients diabétiques de type 2*. (Mémoire de Maîtrise, Université de Montréal, Montréal). Repéré à https://papyrus.bib.umontreal.ca/jspui/bitstream/1866/4713/2/Bouffard_Maud_2010_m%C3%A9moire.pdf
- Bourassa, B., Serre, F., & Ross, D. (1999). *Apprendre de son expérience*. Ste-Foy, Qc: Presses de l'Université du Québec.
- Bourgeois, É. (2014). Les figures de l'apprentissage au travail. Au-delà de la réflexivité. Dans É. Bourgeois & S. Enlart (dir.), *Apprendre dans l'entreprise*. Paris: PUF.
- Bourgeois, É., & Durand, M. (2012a). *Apprendre au travail*. Paris: PUF.
- Bourgeois, É., & Durand, M. (2012b). L'apprentissage au travail en questions. Dans É. Bourgeois & M. Durand (dir.), *Apprendre au travail* (p. 9-14). Paris: Presses Universitaires de France.
- Bourgeois, É., & Mornata, C. (2012). Apprendre et transmettre le travail. Dans É. Bourgeois & M. Durand (dir.), *Apprendre au travail* (p. 33-51). Paris: PUF.
- Bourhis, A., & Tremblay, D.-G. (2004). *Les facteurs organisationnels de succès des communautés de pratique virtuelles: Projet Modes de travail et de collaboration à l'ère d'Internet*. Montréal: CEFRIO.

- Bouteiller, D., & Morin, L. (2009). *Développer les compétences au travail*. Montréal: HEC Montréal.
- Boutet, M. (2001). Une formation continue des enseignants par l'encadrement de stagiaires en formation initiale. Dans L. Lafortune, C. Daudelin, P.-A. Doudin & D. Martin (dir.), *La formation continue: De la réflexion à l'action* (p. 187-209). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Boutin, G. (1999). L'apport de la carte conceptuelle à l'analyse des pratiques professionnelles. Dans C. Blanchard-Laville & D. Fablet (dir.), *Développer l'analyse des pratiques professionnelles dans le champ des interventions socio-éducatives* (p. 203-220). Paris; Montréal: L'Harmattan.
- Boutin, G. (2008). *L'entretien de recherche qualitatif*. Ste-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Boutinet, J.-P. (2004). Que savons-nous sur cet adulte qui part en formation? *Savoirs. Revue internationale de recherches en éducation et formation des adultes*, 4, 11-49.
- Brach, C., Keller, D., Hernandez, L. M., Baur, C., Parker, R., Dreyer, B., . . . Schillinger, D. (2012). *Ten attributes of health literate health care organizations*. Institute of Medicine. Repéré à http://www.ahealthyunderstanding.org/Portals/0/Documents1/IOM_Ten_Attributes_H_L_Paper.pdf
- Brink, S., Gervais, G., Grenier, S., Jones, S., Murray, T.S. et Strucker, J. . (2008). *L'apprentissage de la littératie au Canada : Constatations tirées de l'Enquête internationale sur les compétences en lecture*. Ottawa: Gouvernement du Canada.
- Brockett, R. G., & Hiemstra, R. (1991). *Self-direction in adult learning: Perspectives on theory, research, and practice*. London, New York: Routledge.
- Brodeur, M., Deaudelin, C., & Bru, M. (2005). Introduction : Le développement professionnel des enseignants : apprendre à enseigner pour soutenir l'apprentissage des élèves. *Revue des sciences de l'éducation*, 31 (1), 5-14.
- Brougère, G. (2007). Les jeux du formel et de l'informel. *Revue française de pédagogie*, 160 (juillet-août-septembre), 5-12.
- Brougère, G., & Bézille, h. (2007). De l'usage de la notion d'informel dans le champ de l'éducation. *Revue française de pédagogie*, 158 (janvier-février-mars), 117-160.
- Bruner, J. (1986). *Actual minds, possible worlds*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Budowski, M. (2015). *Apprentissage coopératif et formation des médecins: entre le "formel" et l'"informel". Expérimentation de trois dispositifs pédagogiques utilisés en sciences médicales*. (Université Paris-Est, Paris). Repéré à <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01304768>
- Burford, B., Morrow, G., Morrison, J., Baldauf, B., Spencer, J., Johnson, N., . . . Illing, J. (2013). Newly qualified doctors' perceptions of informal learning from nurses: implications for interprofessional education and practice. *Journal of Interprofessional Care*, 27 (5), 394-400.
- Burns, J. Z., & Schaefer, K. (2003). Informal learning: An exploratory study of unstructured learning experiences of T&I teachers enrolled in an alternative teacher education program. *Journal of Industrial Teacher Education*, 40 (3), 6-24.
- Burns, J. Z., Schaefer, K., & Hayden, J. M. (2005). New trade and industrial teachers' perceptions of formal learning versus informal learning and teaching proficiency. *Journal of Industrial Teacher Education*, 42 (3), 66-87.

- Cairns, L., & Malloch, M. (2011). Theories of work, place and learning: New directions. Dans M. Malloch, L. Cairns, K. Evans & B. N. O'Connor (dir.), *The Sage Handbook of Workplace Learning* (p. 3-16). London: SAGE Publications.
- Cañas, A. J., Coffrey, J. W., Carnot, M. J., Feltovich, P., Hoffman, R. R., Feltovich, J., & Novak, J. D. (2003). *A summary of literature pertaining to the use of concept mapping techniques and technologies for education and performance support*. Pensacola FL: The Institute for Human and Machine Cognition.
- Cardinal, G. (2004). *Autour de la littératie, des concepts à circonscrire*. Québec: Groupe Rédiger (CIRAL), Université Laval. Repéré à http://www.com.ulaval.ca/fileadmin/contenu/docs_pdf/groupe_recherche_pdf/Rediger/Autour_de_la_litteratie.pdf
- Carlner, S. (2012). *Informal learning basics*. Montreal: ASTD.
- Carré, M.-H. (2000). L'autoformation et la productivité pédagogique. Dans R. Foucher (dir.), *L'autoformation reliée au travail*. Montréal: Éditions Nouvelles.
- Carré, P. (1992). *L'autoformation dans la formation professionnelle*. Paris: Documentation française.
- Carré, P. (1993). L'apprentissage autodirigé dans la recherche nord-américaine. *Revue française de pédagogie*, 102 (janvier-février-mars), 17-22.
- Carré, P. (2003). La double dimension de l'apprentissage autodirigé: Contribution à une théorie du sujet social apprenant. *La revue canadienne pour l'étude de l'éducation des adultes*, 17 (1).
- Carré, P. (2004). Bandura: Une psychologie pour le XXIe siècle? *Savoirs, L'Harmattan*, 5 (Hors série), 9-50. doi: 10.3917/savo.hs01.0009
- Carré, P. (2005). *L'apprenance: Vers un nouveau rapport au savoir*. Paris: Dunod.
- Carré, P. (2008). Les apprentissages professionnels informels dans les organisations. *Bonnes pratiques en formation médicale continue* (novembre), 44-48.
- Carré, P. (2010). L'autodirection des apprentissages. Dans P. Carré, A. Moisan & D. Poisson (dir.), *L'autoformation: Perspectives de recherche*. Paris: PUF.
- Carré, P. (2013). La recherche sur l'autoformation: évolutions et perspectives (2003-2013). *Savoirs, L'Harmattan*, 3 (33), 61-72. doi: 10.3917/savo.033.0061
- Carré, P. (2015). De l'apprentissage à la formation. Pour une nouvelle psychopédagogie des adultes. *Revue française de pédagogie*, 190 (janvier-février-mars), 29-40.
- Carré, P. (2016). L'apprenance: des dispositions aux situations. *Éducation permanente*, no. 207 «Autour de l'apprenance», 7-34.
- Carré, P., & Caspar, P. (2011a). Conclusion. Dans P. Carré & P. Caspar (dir.), *Traité des sciences et des techniques de la formation* (3^e éd.). Paris: Dunod.
- Carré, P., & Caspar, P. (2011b). Introduction générale: Vers l'apprentissage tout au long de la vie. Dans P. Carré & P. Caspar (dir.), *Traité des sciences et des techniques de la formation* (3^e éd., p. 1-15). Paris: Dunod.
- Carré, P., & Charbonnier, O. (2003). *Les apprentissages professionnels informels*. Paris: L'Harmattan.
- Carré, P., Jézégou, A., Kaplan, J., Cyrot, P., & Denoyel, N. (2011). L'autoformation: The state of research on self-directed learning in France. *International Journal of Self-Directed Learning*, 8 (1), 7-17.
- Casini, A., & Jacquet, I. (2013). Intégrer la dimension du «genre» dans les programmes de formation des professionnels de la santé. Dans F. Parent & J. Jouquan (dir.), *Penser la*

- formation des professionnels de la santé: une perspective intégrative* (p. 153-178). Bruxelles: de Boeck.
- CCA. (2007a). *Cadre conceptuel de l'apprentissage chez les adultes au Canada. Description du domaine: cadre de mesure, de suivi et de rapports sur l'apprentissage chez les adultes au Canada*. Halifax: Conseil canadien sur l'apprentissage, Centre du savoir sur l'apprentissage chez les adultes.
- CCA. (2007b). *État de l'apprentissage au Canada: Pas le temps de s'illusionner*. Ottawa: Conseil canadien sur l'apprentissage.
- CCA. (2007c). *Libérer le potentiel des Canadiens: État de l'apprentissage en milieu de travail et chez les adultes*. Ottawa: Conseil canadien sur l'apprentissage.
- CCA. (2007d). *Littératie en santé au Canada: résultats initiaux de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes*. Ottawa: Conseil canadien sur l'apprentissage.
- CCA. (2008a). *Comment un faible niveau de littératie peut nuire à la santé*. Ottawa: Conseil canadien sur l'apprentissage.
- CCA. (2008b). *Littératie en santé au Canada: une question de bien-être*. Ottawa: Conseil canadien sur l'apprentissage.
- CCA. (2010). *La littératie en santé et les immigrants au Canada: Déterminants et effets sur les résultats pour la santé. Sommaire*. Ottawa: Conseil canadien sur l'apprentissage. Repéré à http://www.bdaa.ca/biblio/recherche/cca/health_lit_immigrants_canada_fr/health_lit_immigrants_canada_fr.pdf
- CDEACF. (2013). Programme pour l'évaluation internationale des compétences des adultes (PEICA). Repéré le 10/12/2013 à <http://cdeacf.ca/dossier/programme-pour-levaluation-internationale-competences>
- CEILCC. (2005). *Les équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer, Avis du Comité des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer (CEILCC)*. Québec: Direction de la lutte contre le cancer, Ministère de la santé et des services sociaux du Gouvernement du Québec.
- Champy-Remoussenard, P. (2005). Les théories de l'activité entre travail et formation. *Savoirs, l'Harmattan*, 2 (8), 9-50.
- Chemangui, M., & Noël, C. (2009). *Les cartes conceptuelles, un outil favorisant la coopération entre les chercheurs et les professionnels de l'audit*. Strasbourg, France. Repéré à <http://hal.inria.fr/docs/00/45/89/60/PDF/p46.pdf>
- Chinman, M., Young, A. S., Hassell, J., & Davidson, L. (2006). Toward the implementation of mental health consumer provider services. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 33 (2), 176-195.
- Chinn, D. (2011). Critical health literacy: A review and critical analysis. *Social Science & Medicine*, 73, 60-67.
- Choi, W., & Jacobs, R. L. (2011). Influences of formal learning, personal learning orientation and supportive learning environment on informal learning. *Human resource development quarterly*, 22 (3), 239-257. doi: 10.1002/hrdq.20078
- Clarke, N. (2004). HRD and the challenges of assessing learning in the workplace. *International Journal of Training and Development*, 8 (2), 140-156.
- Clénet, J. (2008). Modèles et modélisations en recherches qualitatives, quelles conceptions? Quelle(s) scientificité(s)? *Recherches Qualitatives, Hors Série-Actes du colloque*

- Recherche qualitative: discours théoriques et éléments contextuels: Où et comment mettre en scène l'intégration* (6), 24-43.
- Cohen-Scali, V., & Ramsamy-Prat, P. (2015). Apprendre par le dialogue: le cas des pharmaciens d'officine en interaction avec leurs clients. *International Review of Education*. doi: 10.1007/s11159-015-9523-8
- Coleman, C. (2011). Teaching health care professionals about health literacy: A review of the literature. *Nursing outlook*, 59, 70-78.
- Coleman, C. (2016). *Health literacy: Evidence-based best practices update*. Communication présentée à Oregon and SW Washington health literacy conference: Better communication, greater understanding. 4 mars 2016.
- Coleman, C., & Appy, S. (2012). Health Literacy Teaching in US Medical Schools, 2010. *Family Medicine*, 44 (7), 504-507.
- Coleman, C., & Fromer, A. (2015). A health literacy training intervention for physicians and other health professionals. *Family Medicine*, 47 (5), 388-392.
- Coleman, C., Hudson, S., & Maine, L. L. (2013). Health literacy practices and educational competencies for health professionals: A consensus study. *Journal of Health Communication*, 18 (sup1), 82-102. doi: 10.1080/10810730.2013.829538
- Coleman, C., Kurtz-Rossi, S., McKinney, J., Pleasant, A., Rootman, I., & Shohet, L. (2011). *La charte de Calgary pour la littératie en santé: Justification et principes fondamentaux du développement de programmes de littératie en santé*. Calgary: Le centre d'alphabétisation. Repéré à http://www.centreforliteracy.qc.ca/sites/default/files/CFL_Calgary_Charter_2011_french_final_0.pdf
- Coleman, C., Nguyen, N. T., Garvin, R., Sou, C., & Carney, P. A. (2016). Health literacy teaching in U.S. family medicine residency programs: A national survey. *Journal of Health Communication*, 21 (sup1), 51-57. doi: 10.1080/10810730.2015.1131774
- Colerette, P. (2009). Modèle. Dans A. Mucchielli (dir.), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines* (p. 145-147). Paris: Armand Colin.
- Coletta, N. J. (1996). Formal, nonformal and informal education. Dans A. C. Tuijman (dir.), *International encyclopedia of adult education and training* (2^e éd., p. 22-27). Kidlington, Oxford: Pergamon, Elsevier Science Ltd.
- Collège des médecins du Québec. (2007). *Le plan d'autogestion du développement professionnel continu*. Montréal.
- Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. (2015). CanMEDS 2015. Le continuum de la compétence: La compétence par conception. Repéré le 26/04/2016 à http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/canmeds/framework/competence_continuum_diagram_f.pdf
- Collette, K., Rousseau, J., Clerc, I., & Clamageran, S. (2012). Littératie et droits en matière de santé et de services sociaux: Paroles citoyennes. *Communication*, 30 (1). doi: 10.4000/communication.2939
- Colley, H., Hodkinson, P., & Malcom, J. (2002). *Non-formal learning: mapping the conceptual terrain. A Consultation Report*. Leeds: University of Leeds, Lifelong Learning Institute.
- Colley, H., Hodkinson, P., & Malcom, J. (2003). *Informality and formality in learning: a report for the Learning and Skills Research Centre*. Leeds: University of Leeds, Lifelong Learning Institute.

- Commission des communautés européennes. (2001). *Réaliser un espace européen de l'éducation et de formation tout au long de la vie*. Bruxelles.
- Conference Board of Canada. (2016). Adultes ayant des compétences insuffisantes en littératie: classement provincial et territorial. Repéré le 20/04/2016 à <http://www.conferenceboard.ca/hcp/provincial-fr/education-fr/adlt-lowlit-fr.aspx?pf=true>
- CONFINTEA. (2009). *Exploiter le pouvoir et le potentiel de l'apprentissage et de l'éducation des adultes pour un avenir viable: Cadre d'action de Belém*. Communication présentée à Sixième conférence internationale sur l'éducation des adultes, Belém, Brésil.
- Conseil québécois de développement professionnel continu des médecins. (2017). Développement professionnel continu. Repéré le 30/04/2014 à <http://www.cmq.org/page/fr/developpement-prof-continu.aspx>
- Coombs, P. H., & Ahmed, M. (1974). *Attacking rural poverty: How nonformal education can help*. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press.
- Cormier, C. M., & Kotrlík, J. W. (2009). Health literacy knowledge and experiences of senior baccalaureate nursing students. *Journal of Nursing Education*, 48 (5), 237-248.
- Cornett, S. (2009). Assessing and addressing health literacy. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 14 (3).
- Cornett, S. (2010). Health literacy competencies staff should have. *Patient Education Management* (March), 29.
- Cosnefroy, L. (2010). L'apprentissage autorégulé: perspectives en formation d'adultes. *Savoirs*, 2 (23), 9-50.
- Coulombe, S. (2012). Une modélisation des processus et des stratégies d'apprentissage en situation de travail. *Savoirs*, 2 (29), 45-58. doi: 10.3917/savo.029.0045
- Courtois, B. (1989). L'apprentissage expérientiel: une notion et des pratiques à défricher. *Éducation permanente*, 100-101, 7-12.
- CPHA. (2006). *The impact of low health literacy on chronic disease prevention and control*. Ottawa: Canadian Public Health Association. Repéré à http://www.cpha.ca/uploads/portals/h-l/chronic_e.pdf
- CPIS. (2010). *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme. Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIS)*. Vancouver, BC: Gouvernement du Canada. Repéré à http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf
- Cristol, D. (2009). *Apprendre autrement: Pratiques d'apprentissages informels et perspectives innovantes en formation*. Paris: Advancia Négocia, Chambre de commerce et d'industrie de Paris, OFEM, GARF.
- Cristol, D. (2013a). L'émergence du sujet social apprenant: L'exemple d'un manager qui apprend le management grâce à son équipe. Dans P. Cyrot, C. Jeunesse & D. Cristol (dir.), *Renforcer l'autoformation: Aspects sociaux et dimensions pédagogiques* (p. 67-86). Lyon: Chronique Sociale.
- Cristol, D. (2013b). *La fabrique des managers : identités et rapports aux savoirs*. (Thèse de doctorat, Université de Nanterre, Paris X). Repéré à <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00834438>
- Cristol, D. (2016). Peut-on créer des communautés d'apprentissage. *Éducation permanente*, no. 207 «Autour de l'apprenance», 155-163.

- Cristol, D., & Muller, A. (2013). Les apprentissages informels dans la formation pour adultes. *Savoirs, l'Harmattan*, 2 (32), 11-59.
- Cross, J. (2007). *Informal learning: Rediscovering the natural pathways that inspire innovation and performance*. San Francisco: Pfeiffer/ J. Wiley.
- Croteau, S. (2014). *Le social appliqué: un outil qui vous permet d'avoir l'ensemble de votre communauté de pratique avec vous, au chevet du patient*. Communication présentée à 82e Congrès de l'Acfas, Université Concordia.
- CSÉ. (2013). *Un engagement collectif pour rehausser les compétences en littératie des adultes*. Québec: Conseil supérieur de l'éducation, Gouvernement du Québec. Repéré à <http://www.cse.gouv.qc.ca/fichiers/documents/publications/Avis/50-0482.pdf>
- CSÉ. (2014). *Le développement professionnel, un enrichissement pour toute la profession enseignante*. Québec: Conseil supérieur de l'éducation, Gouvernement du Québec.
- Cunningham, J., & Hillier, E. (2013). Informal learning in the workplace: key activities and processes. *Education + Training*, 55 (1), 37-51.
- Cyrot, P. (2011). Autoformation(s). Dans P. Carré & P. Caspar (dir.), *Traité des sciences et techniques de la formation* (3^e éd., p. 332-348). Paris: Dunod.
- Cyrot, P., Jeunesse, C., & Cristol, D. (2013a). *Introduction*. Lyon: Chronique Sociale.
- Cyrot, P., Jeunesse, C., & Cristol, D. (2013b). *Renforcer l'autoformation: Aspects sociaux et dimensions pédagogiques*. Lyon: Chronique Sociale.
- Daele, A. (2010). Conditions et vécu du conflit sociocognitif au sein d'une communauté virtuelle d'enseignants: proposition d'un cadre d'analyse et étude de cas. *Éducation et Formation, e-293* (Mai), 65-80.
- Dale, M., & Bell, J. (1999). Informal learning in the workplace. *Report No. 134*.
- Danis, C., & Tremblay, N. A. (1985). Principes d'apprentissage des adultes et autodidaxie. *Revue des sciences de l'éducation* 11 (3), 421-440. doi: 10.7202/900506ar
- Davel, E., & Tremblay, D.-G. (2011). *Formation et apprentissage organisationnel: la vitalité de la pratique*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Davidson, L., Chinman, M., Kloos, B., Weingarten, R., Stayner, D., & Kraemer Tebes, J. (1999). Peer support among individuals with severe mental illness: A review of the evidence. *American Psychological Association*, 6 (2), 165-187.
- Davis, T. C., Williams, M. V., Branch, W. T. J., & Green, K., W. (2000). Explaining illness to patients with limited literacy. Dans B. B. Whaley (dir.), *Explaining illness: Research, theory, and strategies* (p. 121-144). Mahway, New Jersey: Larence Erlbaum Associates.
- Day, C. (1999). *Developing teachers: The challenges of lifelong learning*. Londre: Falmer Press: Taylor & Francis.
- de Terssac, G. (2011). Savoirs, compétences et travail. Dans J.-M. Barbier (dir.), *Savoirs théoriques et savoirs d'action* (p. 223-247). Paris: PUF.
- Deccache, A. (2003). *Évaluer l'éducation du patient: des modèles différents pour des pratiques différentes...* Communication présentée à Actes de la XIIIe journée de l'IPCCEM du 20 juin 2003, Paris.
- Deci, E., & Ryan, R. (2000). What is the self in self-directed learning? Findings from recent motivational research. Dans G. A. Straka (dir.), *Conceptions of self-directed learning: Theoretical and conceptional considerations* (p. 49-57). New York: Waxmann.
- Deprez, A. (2002). *Compétences et qualifications: Mise en perspective et positions d'acteurs*. Belgique: Ministère de la Région wallonne.

- Derval, C., Mantha, M.-M., & Martineau, J. T. (2014). *L'intégration des patients comme partenaires de soins: une démarche d'amélioration gagnante pour l'élaboration de documents d'information vulgarisés et adaptés à la clientèle. Service d'oncologie, CHUM-Centre hospitalier de l'Université de Montréal.*
- Deuster, L., Christopher, S., Donovan, J., & Farrell, M. (2008). A method to quantify residents' jargon use during counseling of standardized patients about cancer screening. *Journal of General Internal Medicine, 23* (12), 1947-1952.
- DeWalt, D. A., Callahan, L., Hawk, V., Broucksou, K., Hink, A., Ruudd, R., & Brach, C. (2010). *Health Literacy Universal Precautions Toolkit.* Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Dewey, J. (1938). *Experience and Education.* New York: Collier Books.
- Dignard, H. (2015). Lire pour apprendre, comprendre et agir. Repéré à <http://icea.qc.ca/site/fr/lire-pour-apprendre-comprendre-et-agir>
- Doak, C. C., Doak, L. G., Friedell, G. H., & Meade, C. D. (1998). Improving comprehension for cancer patients with low literacy skills: Strategies for clinicians. *CA - A Cancer Journal for Clinicians, 48* (3), 151-162.
- Donnay, J., & Charlier, E. (2008). *Apprendre par l'analyse de pratiques: Initiation au compagnonnage réflexif.* (2^e éd.). Namur: Presses Universitaires de Namur.
- Drapeau, M. (2004). Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques Psychologiques, 10*, 79-86.
- Dubar, C. (2005). Qualification. Dans P. Champy & C. Étévé (dir.), *Dictionnaire encyclopédique de l'éducation et de la formation* (p. 831-834). Paris: Retz.
- Dubar, C., Tripié, P., & Boussard, V. (2015). *Sociologie des professions.* (4^e éd.). Paris: Armand Colin.
- Duchesne, C. (2010). L'apprentissage par transformation en contexte de formation professionnelle. *Éducation et francophonie, XXXVIII* (1), 33-50.
- Dumez, V., & Lafrenière, S. (2012, 30 octobre 2012). *Le virage patient partenaire: un dialogue pour faire équipe.* Communication présentée à Congrès de l'ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Palais des congrès de Montréal. Repéré à http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/congres2012/img/Presentatoin_DumezLafreniere.pdf
- Durand, M. (2012). Des savoirs pour travailler et apprendre. Dans É. Bourgeois & M. Durand (dir.), *Apprendre au travail* (p. 69-85). Paris: Presses Universitaires de France.
- Elias, J. L., & Merriam, S. (1983). *Penser l'éducation des adultes.* Montréal: Guérin Éditeur.
- Endrizzi, L. (2015). Le développement de compétences en milieu professionnel. *Dossier de veille de l'Institut français de l'éducation, 103* (Septembre).
- English, L. M. (2005). *International encyclopedia of adult education.* New York: Palgrave MacMillan.
- Enlart, S. (2011). La compétence. Dans P. Carré & P. Caspar (dir.), *Traité des sciences et des techniques de la Formation* (3^e éd., p. 229-248). Paris: Dunod.
- Enlart, S. (2014a). Entre compétences et formation: comprendre les usages pour décrire les liens. Dans É. Bourgeois & S. Enlart (dir.), *Apprendre dans l'entreprise* (p. 25-36). Paris: Presses Universitaires de France.
- Enlart, S. (2014b). Ingénierie: de l'élargissement à l'évanouissement? Dans É. Bourgeois & S. Enlart (dir.), *Apprendre dans l'entreprise* (p. 17-24). Paris: PUF.

- Enlart, S., & Bourgeois, É. (2014). Introduction. Dans É. Bourgeois & S. Enlart (dir.), *Apprendre dans l'entreprise* (p. 9-14). Paris: Presses Universitaires de France.
- Enlart, S., & Charbonnier, O. (2014). *Quelles compétences pour demain?* Paris: Dunod.
- Eraut, M. (2000). Non-formal learning and tacit knowledge in professional work. *British Journal of Educational Psychology*, 70, 113-136.
- Eraut, M. (2004). Informal learning in the workplace. *Studies in Continuing Education*, 26 (2), 247-273.
- Eraut, M. (2007). Learning from other people in the workplace. *Oxford Review of Education*, 33 (4), 403-422.
- Evans, K. (2002). Taking control of their lives: agency in young adult transitions. *Journal of Youth Studies*, 5 (3), 245-269. doi: 10.1080/1367626022000005965
- Evans, K., Waite, E., & Kersh, N. (2011). Towards a social ecology of adult learning in and through the workplace. Dans M. Malloch, L. Cairns, K. Evans & B. N. O'Connor (dir.), *The SAGE Handbook of workplace Learning* (p. 356-370). London: SAGE Publications.
- Finger, M. (1989). Apprentissage expérimentiel ou formation par les expériences de vie? La contribution allemande au débat sur la formation expérimentielle. *Éducation Permanente*, 12 (numéro 100-101), 39-46.
- Fischer, M., Boreham, N., & Nyhan, B. (2004). European perspectives on learning at work: the acquisition of work process knowledge. Luxembourg: CEDEFOP- European centre for the development of vocational training.
- Fisher, K. M. (2001). Overview of knowledge mapping. Dans F. K. M., Wandersee & D. E. Moody (dir.), *Mapping biology knowledge* (p. 5-24). Dordrecht: Kluwer Academic Press.
- Flora, L., Berkese, A., Payot, A., Dumez, V., & Karazivan, P. (2016). Chapitre 3. L'application d'un modèle intégré de partenariat-patient dans la formation des professionnels de la santé : vers un nouveau paradigme humaniste et éthique de co-construction des savoirs en santé *ESKA-Journal International de Bioéthique*, 27 (1), 59-72.
- Flora, L., Lebel, P., Dumez, V., Bell, C., Lamoureux, J., & Saint-Laurent, D. (2015). L'expérimentation du Programme partenaires de soins en psychiatrie : le modèle de Montréal. *Santé mentale au Québec*, 40 (1), 101-117. doi: 10.7202/1032385ar
- Fortin, J. (2004). Docteur, je ne comprends pas! À lire- *Fédération canadienne pour l'alphabétisation en français*, 11.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2015). *Fondements et étapes du processus de recherche: Méthodes quantitatives et qualitatives*. (3^e éd.). Montréal: Chenelière éducation.
- Foucher, R. (2000). *L'autoformation reliée au travail : apports européens nord-américains pour l'an 2000*. Montréal: Éditions Nouvelles.
- Foucher, R. (2009). La nature et la dynamique de l'autoformation: éléments pour un cadre de référence. Dans D. Bouteiller & L. Morin (dir.), *Développer les compétences au travail* (p. 403-438). Montréal: HEC Montréal.
- Frank, J., Snell, L., Sherbino, J., & Boucher, A. (2015). *Le référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins – Série IV*. Ottawa: Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.
- Galvani, P. (2004). L'exploration des moments intenses et du sens personnel des pratiques professionnelles. *Interactions*, 8 (2), 95-121.

- Galvani, P. (2008). Étudier sa pratique : une autoformation existentielle par la recherche. *Présences, revue d'étude des pratiques psychosociales*, 1.
- Garrick, J. (1998). *Informal learning in the workplace: unmasking human resource development*. London: Routledge.
- Gauthier, C., & Tardif, M. (2005). *La pédagogie: théories et pratiques de l'Antiquité à nos jours*. (2^e éd.). Montréal: G. Morin.
- Gélinas, D. (2006). L'embauche d'usagers à titre de pourvoyeurs de services de santé mentale. *Le partenaire*, 14 (1), 9-41.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. (1967). *Discovery of grounded theory*. Chicago, IL: Aldine.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. (2009). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Piscataway, NJ: Aldine Transaction.
- Goh, S. C. (2002). Managing effective knowledge transfer: an integrative framework and some practice implications. *Journal of Knowledge Management*, 6 (1), 23-30.
- Golafshani, N. (2003). Understanding reliability and validity in qualitative research. *The Qualitative Report*, 8 (4), 597-607.
- Gouvernement de l'Alberta. (2009). *Littératie vivante: Un cadre de littératie pour une économie de nouvelle génération en Alberta*. Repéré à http://eae.alberta.ca/media/219403/litteratie_vivante.pdf
- Grotlüschen, A., Mallows, D., Reder, S., & Sabatini, J. (2016). *Adults with low proficiency in literacy or numeracy: OECD education working papers, No 131*. Paris: OECD Publishing. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1787/5jm0v44bnmxx-en>
- Hager, P. (2011). Theories of workplace learning. Dans M. Malloch, L. Cairns, K. Evans & B. N. O'Connor (dir.), *The SAGE handbook of workplace learning* (p. 17-31). London: SAGE Publications.
- Hallée, Y. (2011). La participation des acteurs dans l'analyse et la validation des données: une approche pragmatiste. *Recherches Qualitatives, Hors Série: Les enjeux méthodologiques des recherches participatives* (numéro 13), 55-72.
- Harris, J., Springett, J., Croot, L., Booth, A., Campbell, F., Thompson, J., . . . Yang, Y. (2015). Can community-based peer support promote health literacy and reduce inequalities? A realist review. *Public health research*, 3 (3). doi: 10.3310/phr03030
- Hayes, B. (2013). Premières réactions aux résultats du Programme pour l'évaluation internationale des compétences des adultes (PEICA). Repéré à http://www.bdaa.ca/biblio/recherche/clln/first_reaction_fr/first_reaction_fr.pdf
- Hébert, R. (1997). *Définition du concept de l'interdisciplinarité*. Communication présentée à Colloque «De la multidisciplinarité à l'interdisciplinarité», 4-5 avril, Québec.
- Hébert-Suffrin, C. (1997). *La démarche d'échanges de savoirs: une dynamique personnelle, inter-individuelle et organisationnelle*. Communication présentée à Débat de l'Association des amis de l'école de Paris du management, "Offre cours d'économie, demande cours de soudure": Le succès des réseaux d'échanges réciproques de savoirs, Séance du 23 mai 1997, Paris.
- Hébert-Suffrin, C. (1998). *Les savoirs, la réciprocité et le citoyen*. Paris: Éditions Desclée de Brouwer.
- Hiemstra, R. (2000). Self-directed learning: The personal responsibility model. Dans G. A. Straka (dir.), *Conceptions of self-directed learning: Theoretical and conceptual considerations* (p. 93-108). New York: Waxmann.

- Hiemstra, R. (2015). Faciliter l'apprentissage autodirigé des adultes. *Savoirs, l'Harmattan*, 1 (37), 53-73. doi: 10.3917/savo.037.0053
- Hiemstra, R., & Brockett, R. G. (2012). *Reframing the meaning of self-directed learning: An updated model*. Communication présentée à The Adult Education Research Conference (AERC), Saratoga Springs, N.Y.
- HLS-EU Consortium. (2012). *Comparative report of health literacy in eight EU member states: The European health literacy survey HLS-EU*. Repéré à http://ec.europa.eu/chafea/documents/news/Comparative_report_on_health_literacy_in_eight_EU_member_states.pdf
- Hoffman-Goetz, L., Donelle, L., & Ahmed, R. (2014). *Health Literacy in Canada: A primer for students*. Toronto: Canadian Scholars Press.
- Houle, C. O. (1996). *The Design of Education. Second Edition*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Hrimech, M. (1996). L'apprentissage informel voie royale de l'autoformation. *Les sciences de l'éducation pour l'ère nouvelle*, 29 (1-2), 217-239.
- Hrimech, M. (2002). Stratégies d'autoformation et apprentissage informel dans trois organisations modernes. Dans P. Carré & A. Moisan (dir.), *La formation autodirigée. Aspects psychologiques et pédagogiques* (p. 171-191). Paris: L'Harmattan. 366 p.
- Hughes, P. D., & Campbell, A. (2009). *Learning and development outlook: Learning in tough times*. Ottawa: Conference Board of Canada.
- Hunter, C. P. (2009). *The characteristics of ways of learning in the pharmaceutical sales industry*. (Mémoire de maîtrise en Sciences de l'Éducation, Queen's University, Kingston).
- Illeris, K. (2011). Workplaces and Learning. Dans M. Malloch, L. Cairns, K. Evans & B. N. O'Connor (dir.), *The SAGE handbook of Workplace Learning* (p. 32-59). London: SAGE Publications.
- Institut de la statistique du Québec. (2006). *Développer nos compétences en littératie: un défi porteur d'avenir. Rapport québécois de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes (EIACA), 2003*. Ste-Foy: Gouvernement du Québec.
- Institut de la statistique du Québec. (2016). Les réseaux sociaux informels et le capital social. *Bulletin de l'ISQ: Données sociodémographiques en bref*, 20 (2).
- Institut national de santé publique du Québec. (2011). *L'approche par compétences: Un levier de changement des pratiques en santé publique au Québec*: Gouvernement du Québec.
- IOM. (2004). *Health literacy: A prescription to end confusion*. Washington, D.C.: Institute of Medicine, National Academies Press.
- Iseminger, J. M., & Donaldson, J. F. (2012). The nature of informal learning of mental health caseworkers. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 16 (1), 86-94.
- ISQ. (2015). Les compétences en littératie, en numératie et en résolution de problèmes dans des environnements technologiques: des clés pour relever les défis du XXIe siècle. Rapport québécois du Programme pour l'évaluation internationale des compétences des adultes (PEICA). Québec: Institut de la Statistique du Québec.
- Jacobs, R. L., & Park, Y. (2009). A proposed conceptual framework of workplace learning: Implications for theory development and research in human resource development. *Human Resource Development Review*, 8 (2), 133-150. doi: 10.1177/1534484309334269
- Jacobson, K. L., Gazmararian, J., Kripalani, S., McMorris, K. J., Blake, S. C., & Brach, C. (2007). Is our pharmacy meeting patients' needs? A pharmacy health literacy

- assessment tool user's guide. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Jalbert, Y. G. (2016). *Littérature et santé, au cœur de l'identité culturelle québécoise*. Montréal, Québec: Association pour la santé publique du Québec.
- Jarvis, P. (1983). *Professional education*. London: Croom Helm.
- Jarvis, P. (1987). *Adult learning in the social context*. London: Croom Helm.
- Jarvis, P. (2006). *Towards a comprehensive theory of human learning*. New York: Routledge.
- Jézégou, A. (2008). Apprentissage autodirigé et formation à distance. *Distances et savoirs*, 6 (3), 343-364. doi: 10.3166/ds.6.343-364
- Jézégou, A. (2014). L'agentivité humaine: un moteur essentiel pour l'élaboration d'un environnement personnel d'apprentissage. *Sticef*, 21, 269-286.
- Jézégou, A. (2015). Diriger soi-même ses activités d'apprentissage par et dans un Mooc de type connectiviste: recherche conduite auprès de participants au C-Mooc francophone «Itypa 1». *La Revue internationale de l'apprentissage en ligne et de l'enseignement à distance*, 30 (1).
- Jorro, A., & Wittorski, R. (2013). De la professionnalisation à la reconnaissance professionnelle. *Les sciences de l'éducation pour l'ère nouvelle*, 46 (4), 11-22. doi: 10.3917/lse.464.0011
- Kane, M., & Trochim, W. M. K. (2007). *Concept mapping for planing and evaluation*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Karsenti, T., & Savoie-Zajc, L. (2004). *La recherche en éducation: étapes et approches*. Sherbrooke: Éditions du CRP.
- Kaszap, M., Viens, C., Fortin, J., Djavid, A., Ollivier, É., & Vandal, S. (2000). *Besoins d'éducation à la santé chez une clientèle âgée peu alphabétisée atteinte de maladies cardio-vasculaires: une étude exploratoire*. Québec, Québec: Alpha-santé: Groupe de recherche éducation-santé, Université Laval et Université de Montréal. Repéré à <http://bv.cdeacf.ca/documents/PDF/rayonalpha/9197.pdf>
- Kaszap, M., & Zanchetta, M. S. (2009). La littératie en santé et les communautés francophones, minoritaires et ethnoculturelles. Dans D. Masny (dir.), *Lire le monde: les littératies multiples et l'éducation dans les communautés francophones* (p. 287-325). Ottawa: Presses de l'Université d'Ottawa.
- Kelly, A., & Haidet, P. (2007). Physician overestimation of patient literacy: A potential source of health care disparities. *Patient Education and Counseling*, 66, 119-122.
- Kickbusch, I. (2004). *Improving Health literacy- A key priority for enabling good health in Europe*. Communication présentée à European Health Forum, Gastein.
- Kickbusch, I., & Maag, D. (2008). Health Literacy. Dans H. K. Heggenhougen & S. R. Quah (dir.), *International Encyclopedia of Public Health* (Vol. 3, p. 204-211). San Diego: Academic Press.
- Kidd, R. (1959). *How adults learn*. New York: Association Press.
- Kim, K., Hagedorn, M., Williamson, J., & Chapman, C. (2004). *Participation in adult education and lifelong learning: 2000-01*. Washington DC: U.S. Department of Education, National Center for Education Statistics.
- Knowles, M. (1950). *Informal adult education: a guide for administrators, leaders, and teachers* New York: Association Press.
- Knowles, M. (1970). *The modern practice of adult education: Andragogy versus pedagogy*. New York: Association Press.

- Knowles, M. (1973). *The adult learner: A neglected species*. Houston: Gulf.
- Knowles, M. (1990). *L'apprenant adulte: Vers un nouvel art de la formation*. Paris: Les Éditions d'Organisation.
- Kolb, D., & Fry, R. (1975). Toward an apply theory of experiential learning. Dans C. Cooper (dir.), *Theories of groups process*. London: John Wiley.
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Kripalani, S., Jacobson, K. L., Brown, S., Manning, K., Rask, K., & Jacobson, T. A. (2006). Development and implementation of a health literacy training program for medical residents. *Med Educ Online*, 11, 1-8.
- Kripalani, S., & Weiss, B. D. (2006). Teaching about health literacy and clear communication. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 888-890.
- La Belle, T. J. (1982). Formal, nonformal and informal education: a holistic perspective of lifelong learning. *Revue internationale de pédagogie*, 28 (2), 159-175.
- Ladouceur, R. (2011). *Recherche qualitative sur les perceptions de médecins québécois à l'égard du plan de développement professionnel continu du Collège des médecins du Québec*. (Mémoire de maîtrise en éducation, Université de Montréal, Montréal).
- Laflamme, A. (2011). *Soutenir l'apprentissage en profondeur et la collaboration avec les cartes conceptuelles*. Montréal: BENA Université de Montréal.
- Lagueux, N. (2014). L'intervention par les pairs, un tandem d'espoir vers le rétablissement. *Revue thématique CREA-PACA, Décembre 2011 mis à jour 2014* (Téléaccessible à <http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2014/07/pairs-aidants-intervention-par-les-pairs.pdf>).
- Laine, M. E. (2007). *An exploratory study of professional managers' informal and formal learning in the job or career change process*. (Thèse de Doctorat en éducation, Université de Toronto, Toronto).
- Landry, F. (1989). La formation expérientielle: origines, définitions et tendances. *Éducation permanente*, 100-101 («Apprendre par l'expérience»), 13-22.
- Lapointe, M. (2014). *Le pair aidant : son influence sur le cheminement de la personne qui a vécu une institutionnalisation prolongée*. (Maîtrise en service social, Université Laval, Québec).
- Laurin, S., Audétat, M.-C., & Sanche, G. (2013). L'approche par compétences: lubie pédagogique ou réel progrès? *Le Médecin du Québec*, 48 (3), 87-90.
- Lauzon, N., Roussel, J.-F., Solar, C., & Bouffard, M. (2013). La transmission intraorganisationnelle des savoirs: une perspective managériale anglo-saxonne. *Savoirs, l'Harmattan*, 1 (31), 9-48.
- Le Boterf, G. (2000). *Compétence et navigation professionnelle*. (3^e éd.). Paris: Éditions d'Organisation.
- Le Boterf, G. (2002a). De quel concept de compétence avons-nous besoin? *Soins Cadres*, 41 (Février 2002), 20-22.
- Le Boterf, G. (2002b). *Développer la compétence des professionnels*. (4^e éd.). Paris: Éditions d'Organisation.
- Le Boterf, G. (2004). *Construire les compétences individuelles et collectives; La compétence n'est plus ce qu'elle était*. (3^e éd.). Paris: Éditions d'Organisation.
- Le Boterf, G. (2005). Gestion des compétences; Définition, nécessité, faisabilité... *Gestions Hospitalières*, 451 (Décembre 2005), 772-776.

- Le Boterf, G. (2006). *Construire les compétences individuelles et collectives*. (4^e éd.). Paris: Éditions d'Organisation Groupe Eyrolles.
- Le Boterf, G. (2008). *Repenser la compétence. Pour dépasser les idées reçues: 15 propositions*. Paris: Éditions d'Organisation.
- Le Boterf, G. (2009). Évaluer la compétence d'un professionnel: Trois dimensions à explorer. Dans D. Bouteiller & L. Morin (dir.), *Développer les compétences au travail* (p. 224-232). Montréal: Revue Gestion.
- Le Boterf, G. (2010). *Professionnaliser: Construire des parcours personnalisés de professionnalisation*. (6^e éd.). Paris: Eyrolles Éditions d'Organisation.
- Le Boterf, G. (2011a). *Ingénierie et évaluation des compétences*. (6^e éd.). Paris: Éditions d'Organisation Groupe Eyrolles.
- Le Boterf, G. (2011b). Qu'est-ce qu'un professionnel compétent? Comment développer son professionnalisme? *Pédagogie collégiale*, 24 (2), 27-31.
- Le Meur, G. (1993). Quelle autoformation par l'autodidaxie? *Revue française de pédagogie*, 102, 35-43. doi: 10.3406/rfp.1993.1303
- Le Ny, J.-F. (2005). Connaissance. Dans P. Champy & C. Étévé (dir.), *Dictionnaire encyclopédique de l'éducation et de la formation* (p. 206-210). Paris: Retz.
- Lebel, P., Bouchard, J.-F., Deschênes, B., Dumez, V., Lefebvre, H., Vanier, M.-C., . . . Boucher, A. (2013). Programme Partenaires de soins: Rapport final *Programme de contributions pour les politiques en matière de soins de santé (PCPMSS), Santé Canada*. Montréal: Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS), Université de Montréal.
- Lebel, P., Soubhi, H., Lefebvre, H., Poissant, L., & Rioux, S. (2009). *Les communautés de pratique interprofessionnelles en santé*. Centre hospitalier de l'Université de Montréal, 17 mars 2009.
- Leblanc, S. (2005). *L'analyse de l'activité réelle pour mettre à jour les apprentissages informels et les articuler avec les apprentissages formels*. Communication présentée à A-GRAF, Gourette.
- Légaré, F. (2009). Le partage des décisions en santé entre patients et médecins. *Recherches sociographiques*, 50 (2), 283-299. doi: 10.7202/037958ar
- Legendre, M.-F. (2001). Sens et portée de la notion de compétence dans le nouveau programme de formation. *Revue de l'AQFLS*, 23 (1), 12-31.
- Legendre, R. (1993). *Dictionnaire actuel de l'éducation*. (2^e éd.). Montréal: Guérin.
- Legendre, R. (2005). *Dictionnaire actuel de l'éducation*. (3^e éd.). Montréal: Guérin.
- Legroux, J. (2008). *De l'information à la connaissance*. (2^e éd.). Paris: L'Harmattan.
- Lemieux, V. (2014). *Pour qu'on se comprenne: Guide de littératie en santé*. Montréal: Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Lengrand, P. (1982). Structure de l'apprentissage dans les pays de l'Europe occidentale. *Revue internationale de pédagogie*, 28 (2), 189-208.
- Leprohon, J., Lessard, L.-M., Lévesque-Barbès, H., & Bellavance, M. (2009). Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière. Compétences initiales: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (1996). *La recherche qualitative: fondements et pratiques*. (2^e éd.). Montréal: Éditions Nouvelles.
- Lewin, K. (1948). *Resolving social conflicts, selected papers on group dynamics [1935-1946]*. New York.

- Lewin, K. (1951). *Field theory in social science*. New York: Harper.
- Lewin, K. (1967). *Psychologie dynamique*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Lindau, S. T., Tomori, C., Lyons, T., Langseth, Bennett, C. L., & Garcia, P. (2002). The association of health literacy with cervical cancer prevention knowledge and health behaviors in a multiethnic cohort of women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186, 938-943.
- Lindeman, E. C. (1926-réimprimé en 1961). *The meaning of adult education*. New York: Harvest House.
- Livingstone, D. W. (1999). Exploring the icebergs of adult learning: findings of the first Canadian survey of informal learning practices. *The Canadian Journal for the Study of Adult Education*, 13 (2).
- Livingstone, D. W. (2001). *Adults' informal learning: Definitions, findings, gaps and future reseach. WALL working paper No 21*. Toronto: The Research network on new approaches to lifelong learning; Centre for the study of education and work; Ontario institute for studies in education of the University of Toronto.
- Livingstone, D. W., & Raykov, M. (2013). *Adult Learning Trends in Canada: Basic Findings of the WALL 1998, 2004 and 2010 Surveys*. Toronto: Centre for the Study of Education and Work, Ontario Institute for Studies in Education, University of Toronto.
- Lorino, P. (2014). Développement des compétences et reconstruction de l'activité collective. Dans É. Bourgeois & S. Enlart (dir.), *Apprendre dans l'entreprise* (p. 207-220). Paris: PUF.
- Malloch, M., Cairns, L., Evans, K., & O'Connor, B. N. (2011). *The SAGE handbook of workplace learning*. London: SAGE Publications.
- Mamary, E., & Charles, P. (2003). Promoting self-directed learning for continuing medical education. *Medical Teacher*, 25 (2), 188-190.
- Marchand, C. (2003). *L'évaluation de l'organisation des connaissances des patients atteints de maladie chronique à l'aide des cartes conceptuelles*. Communication présentée à XIIIe journée de l'IPCEM du 20 juin 2003, Paris.
- Marsick, V. J. (1987). *Learning in the workplace*. London, New York: Croom Helm.
- Marsick, V. J. (2009). Toward a unifying framework to support informal learning theory, research and practice. *Journal of Workplace Learning*, 21 (4), 265-275.
- Marsick, V. J., & Volpe, M. (1999). The nature and need for informal learning. *Advances in Developing Human Resources*, 1 (3), 1-9.
- Marsick, V. J., & Watkins, K. E. (1990). *Informal and Incidental Learning in the Workplace*. London: Routledge.
- Marsick, V. J., & Watkins, K. E. (2001). Informal and incidental learning. *New Directions for Adult and Continuing Education*, 89 (Spring), 25-34.
- Marsick, V. J., & Watkins, K. E. (2007). Les tensions de l'apprentissage informel sur le lieu de travail. *Revue française de pédagogie*, 3 (160), 29-38.
- Marsick, V. J., Watkins, K. E., Collahan, M. W., & Volpe, M. (2009). Informal and Incidental Learning in the Workplace. Dans M. C. Smith & N. DeFrates-Densch (dir.), *Handbook of Research on Adult Learning and Development* (p. 570-600). New York-London: Routledge.
- Marsick, V. J., Watkins, K. E., & O'Connor, B. N. (2011). Researching workplace learning in the United States. Dans M. Malloch, L. Cairns, K. Evans & B. N. O'Connor (dir.), *The SAGE handbook of workplace learning* (p. 198-209). London: SAGE Publications.

- Masny, D., & Dufresne, T. (2007). Lire au 21^e siècle: la perspective des littératies multiples. Dans A.-M. Dionne & M.-J. Berger (dir.), *Les littératies: perspective linguistique, familiale et culturelle* (p. 209-224). Ottawa: Presses de l'Université d'Ottawa.
- McCall, M., Eichinger, R. W., & Lombardo, M. M. (2013). Learning Philosophy. Repéré le 24/11/2013 à <http://www.princeton.edu/hr/learning/philosophy/>
- Merriam, S. B., Caffarella, R. S., & Baumgartner, L. M. (2007). *Learning in adulthood : A comprehensive guide*. (3^e éd.). San Francisco: Jossey Bass.
- Mezirow, J. (1978). Perspective Transformation. *Adult Education*, XXVIII (2), 110-110.
- Mezirow, J. (1981). A critical theory of adult learning and education. *Adult Education* 32 (1), 3-24.
- Mezirow, J. (1991). *Transformative dimensions of adult learning*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Mezirow, J. (2000). Learning to think like an adult: Core concepts of transformation theory. Dans J. Mezirow (dir.), *Learning as transformation: Critical perspectives on a theory in progress* (p. 3-33). San Francisco: Jossey-Bass.
- Mezirow, J. (2001). *Penser son expérience: développer l'autoformation. Traduction française de Transformative Dimensions of Adult Learning*. Lyon: Chronique Sociale.
- Mezirow, J., & Associates. (2000). *Learning as transformation. Critical perspectives on a theory in progress*. San Francisco: Jossey Bass.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. (Traduit par Martine Hlady Rispal). Belgique: de Boeck.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people to change*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *L'entretien motivationnel: Aider la personne à engager le changement*. (2^e éd.). Paris: InterÉditions.
- Ministère de l'éducation du Québec. (2002). Politique gouvernementale d'éducation des adultes et de formation continue. Québec: Gouvernement du Québec.
- Montandon, C. (2005). Formes sociales, formes d'éducation et figures théoriques. Dans O. Maulini & C. Montandon (dir.), *Les formes de l'éducation: variété et variations* (p. 223-243). Bruxelles: De Boeck.
- Moreau, A. C., Savriama, S., & Major, F. A. (2013). Littératie en santé: conduites et gestion de soins chez les personnes ayant des compétences réduites en littératie. *Globe: Revue internationale d'études québécoises*, 16 (1), 91-105.
- Mucchielli, A. (2009a). Catégorisation en analyse de contenu qualitative. Dans A. Mucchielli (dir.), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines* (p. 17). Paris: Armand Colin.
- Mucchielli, A. (2009b). Introduction. Dans A. Mucchielli (dir.), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines* (p. III-IV). Paris: Armand Colin.
- Mukamurera, J., Lacourse, F., & Couturier, Y. (2006). Des avancées en analyse qualitative: pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Recherches Qualitatives*, 26 (1), 110-138.
- Muller, A. (2016). Apprenance et apprentissages infirmiers. *Éducation permanente*, no. 207 «Autour de l'apprenance», 43-48.
- Muller, A. G. (2010). *Les apprentissages infirmiers informels dans les unités de soins*. Communication présentée à Congrès de l'Actualité de la recherche en éducation et en formation (AREF), Université de Genève.

- Muller, A. G., & Carré, P. (2010). Évolution des compétences infirmières et formation tout au long de la vie. *Savoirs et soins infirmiers*.
- Murray, I., St-Onge, B., & Therrien, N. (2013). *L'évaluation des compétences des infirmières en milieu hospitalier*. (Maîtrise en gestion de la formation, Université de Sherbrooke, Sherbrooke).
- Murray, T. S., Clermont, Y., & Binkley, M. (2005). *Mesurer la littératie et les compétences des adultes: des nouveaux cadres d'évaluation*. Ottawa: Statistique Canada.
- Nonaka, I., & Takeuchi, H. (1997). *La connaissance créatrice: la dynamique de l'entreprise apprenante*. Bruxelles: De Boeck.
- Nouri, S. S., & Rudd, R. E. (2015). Health literacy in the “oral exchange”: An important element of patient–provider communication. *Patient Education and Counseling*, 98 (5), 565-571.
- Novak, J. D., & Cañas, A. J. (2006). The origins of the concept mapping tool and the continuing evolution of the tool. *Information Visualization Journal*, 5, 175-184.
- Novak, J. D., & Cañas, A. J. (2008). *The theory underlying concept maps and how to construct and use them*. Florida: Institute for Human and Machine Cognition. Téléaccessible: <http://cmap.ihmc.us/Publications/ResearchPapers/TheoryUnderlyingConceptMapsHQ.pdf>.
- Novak, J. D., & Gowin, D. B. (1984). *Learning how to learn*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Nutbeam, D. (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva: World Health Organization. Repéré à http://www.quebecenforme.org/media/1449/ho_glossary_fr.pdf
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15 (3), 259-267.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67, 2072-2078.
- O'Neal, K. S., Crosby, K. M., Miller, M. J., Murray, K. A., & Condren, M. E. (2013). Assessing health literacy practices in a community pharmacy environment: Experiences using the AHRQ Pharmacy health literacy assessment tool. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 9,564-596.
- Oancea, M. (2013). *Littératie en santé : les patients ayant un faible niveau de littératie en santé sont-ils détectés lors d'une simple consultation ?* (Thèse de doctorat, Université Paris Diderot, Paris). Repéré à http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4474_OANCEA_These.pdf
- OCDE. (2010). *Comment apprend-on? La recherche au service de la pratique*. Paris: Éditions de l'OCDE.
- OCDE. (2013a). *Des compétences pour la vie? Principaux résultats de l'évaluation des compétences des adultes*. Éditions OCDE. Repéré à https://www.oecd.org/fr/competences/piaac/SkillsOutlook_2013_French_eBook.pdf
- OCDE. (2013b). *Perspectives de l'OCDE sur les compétences 2013: Premiers résultats de l'évaluation des compétences des adultes*. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1787/9789264204096-fr>
- OCDE, & Statistique Canada. (2000). *La littératie à l'ère de l'information: rapport final de l'Enquête internationale sur la littératie des adultes*. Paris, Ottawa: Organisation de

- coopération et de développement économiques; Statistique Canada. Repéré à <http://www.oecd.org/dataoecd/24/62/39438013.pdf>
- OIIQ, CMQ, & OPQ. (2015). *Énoncé de position conjoint sur la collaboration interprofessionnelle: Rehausser la qualité et la sécurité des soins*. Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Collège des médecins, Ordre des pharmaciens du Québec.
- OMS. (2013). *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020*. Genève: Organisation mondiale de la Santé.
- OMS. (2014). La santé mentale: renforcer notre action. Repéré le 10 juin 2016 à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2011). *Vers une culture de formation continue pour la profession infirmière au Québec: Document d'orientation*. Montréal, Québec. Repéré à <https://www.oiq.org/sites/default/files/270GCO-Document-Orientation-Web.pdf>
- Osty, F. (2013). Devenir un professionnel: le rôle multiforme de l'expérience. *Éducation permanente*, 197 (Décembre), 29-40.
- Ouellet, J. (2012). *Le rapport à la formation infirmière continue chez des infirmières en soutien à domicile*. (Mémoire de maîtrise, Université de Sherbrooke).
- Paasche-Orlow, M. K., & Wolf, M. (2008). Evidence does not support clinical screening of literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 23 (1), 100-102.
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique* (23), 147-181.
- Paillé, P. (2009a). Analyse qualitative par théorisation. Dans A. Mucchielli (dir.), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines* (p. 206-212). Paris: Armand Colin.
- Paillé, P. (2009b). Pertinence de la recherche qualitative. Dans A. Mucchielli (dir.), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines* (p. 181-182). Paris: Armand Colin.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2006). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. (2^e éd.). Paris: Armand Colin.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. (3^e éd.). Paris: Armand Colin.
- Pain, A. (1990). *Éducation informelle: les effets formateurs dans le quotidien*. Paris: Éditions l'Harmattan.
- Paquette, G. (2002). *Modélisation des connaissances et des compétences: un langage graphique pour concevoir et apprendre*. Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Parikh, N., Parker, R., Nurss, J., Baker, D., & Williams, M. (1996). Shame and health literacy: the unspoken connection. *Patient Education and Counseling*, 27, 33-39.
- Parker Follett, M. (1918). *The New State*. New York: Longmans, Green and Co.
- Parker, R. (2009). Measuring health literacy: what? So what? Now what? Dans L. M. Hernandez (dir.), *Measures of health literacy: workshop summary. Roundtable on Health Literacy, Institute of Medicine* (p. 91-98). Washington DC: National Academies Press.
- Parnell, T. A. (2015). Low literacy and implications. Dans T. A. Parnell (dir.), *Health literacy in nursing: Providing person-centered care* (p. 33-56). New York: Springer.

- Payette, A. (2000). Le groupe de codéveloppement et d'action formation: une approche puissante et encore méconnue. Dans D. Bouteiller & L. Morin (dir.), *Développer les compétences au travail* (p. 493-505). Montréal: HEC Montréal.
- Piguet, C. (2008). *Autonomie dans les pratiques infirmières hospitalières: Contribution à une théorie agentique du développement professionnel*. (Doctorat en Sciences de l'éducation, Université Paris X; Doctorat en Sciences médicales, Université catholique de Louvain).
- Piguet, C. (2013). L'autonomie du sujet social apprenant: le cas des pratiques infirmières. Dans P. Cyrot, C. Jeunesse & D. Cristol (dir.), *Renforcer l'autoformation: Aspects sociaux et dimensions pédagogiques*. Lyon: Chronique Sociale.
- Pineau, G. (1989). La formation expérientielle en auto-, éco- et co-formation. *Revue Éducation permanente*, 4 (100/101- Apprendre par l'expérience), 23-30.
- Pineau, G. (2000). Autoformation et coformation. Dans S. Alava (dir.), *Autoformation et lien social*. Toulouse: Éditions universitaires du sud.
- Pineau, G. (2007). *Les réflexions sur les pratiques au coeur du tournant réflexif*. Communication présentée à Communication à la Facultad de Ciencias Hmanas y Educacion, Universidad Diego Portalis, 10/01/2007, Chili. Repéré à http://www.fractale-formation.net/dmdocuments/Tournant_reflexif-D_Schon-G_pineau.pdf
- Pineau, G., & Marie-Michèle. (1983). *Produire sa vie: autoformation et autobiographie*. Montréal : Paris: Éditions Saint-Martin; Edilig.
- Pirès, A. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique. Dans J. Poupard, J. P. Deslauriers, L. H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer & A. Pirès (dir.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 113-169). Montréal: Gaëtan Morin Éditeur.
- Pleasant, A. (2011). Health literacy: An opportunity to improve individual, community and global health. *New Directions for Adult and Continuing Education*, 130 (Summer 2011), 43-53.
- Pleasant, A., & McKinney, J. (2011). Coming to consensus on health literacy measurement: An online discussion and consensus-gauging process. *Nursing Outlook*, 59, 95-106.
- Pleasant, A., Rudd, R., O'Leary, C., Paasche-Orlow, M. K., Allen, M. P., Alvarado-Little, W., . . . Rosen, S. (2016). *Considerations for new definition of health literacy. Discussion paper*. Washington DC: National Academy of Medicine. Repéré à <http://nam.edu/wp-content/uploads/2016/04/Considerations-for-a-New-Definition-of-Health-Literacy.pdf>
- Polanyi, M. (1967). *The tacit dimension*. New York: Doubleday Anchor.
- Pomey, M.-P., Flora, L., Ghadiri, S., & Karazivan, P. (2015). Engagement des patients: Approches théoriques et expériences pratiques. *Revue du CREMIS*, 8 (1), 10-18.
- Pomey, M.-P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, C., . . . Jouet, E. (2015). Le «Montreal Model»: Enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique (HS/S1)*, 41-50.
- Pomey, M.-P., Hihat, H., Khalifa, M., Lebel, P., Néron, A., & Dumez, V. (2015). Patient partnership in quality improvement of healthcare services: Patients' inputs and challenges faced. *Patient Experience Journal*, 2 (1), 29-42.
- Poulin, J. (2006). *Le fonctionnement des équipes de travail interdisciplinaires en santé: une étude exploratoire*. (Mémoire de maîtrise, HEC Montréal, Montréal). Repéré à <http://biblos.hec.ca/biblio/memoires/m2006no42.pdf>

- Pourtois, J.-P., & Desmet, H. (2007). *Épistémologie et instrumentation en sciences humaines*. (3^e éd.). Belgique: Mardaga.
- Prochaska, J. O., & Di Clemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Towards a systematic eclectic framework*. Homewood, IL: Dow Jones Irwin.
- Protheroe, J., Wallace, L. S., Rowlands, G., & De Voe, J. E. (2009). Health literacy: Setting an international collaborative research agenda. *BMC Family Practice*, 10 (51).
- Provencher, h., Gagné, C., & Legris, L. (2012). *L'intégration de pairs aidants dans des équipes de suivi et de soutien dans la communauté: Points de vue de divers acteurs*. Université Laval, Québec.
- Public Health Association of BC. (2012). *Une approche intersectorielle pour améliorer la littératie en santé des Canadiens et Canadiennes*. Victoria: Agence de santé publique du Canada.
- Quigley, A. B., & Arrowsmith, S. (1997). The non-participation of undereducated adults. Dans P. Bélanger & A. Tuijnman (dir.), *New patterns of adult learning: A six-country comparative study*. Oxford, UK: Elsevier Science Ltd.
- Reagans, R., & McEvily, B. (2003). Network structure and knowledge transfer: the effects of cohesion and range. *Administrative Science Quarterly*, 48 (2), 240-267.
- Reimann, N., Harman, K., Wilson, A., & McDowell, I. (2010). *Learning to assess in higher education: A collaborative exploration of the interplay of 'formal' and 'informal' learning in the academic workplace*. Communication présentée à Questioning theory-method relations in higher education research: Higher education close up conference. 20-22 juillet, Lancaster University, Lancaster.
- Repper, J., & Carter, T. (2010). L'utilisation de l'expérience personnelle pour soutenir ceux ayant des difficultés similaires: recension des écrits liés au soutien par les pairs au sein des services de santé mentale. Traduction française éditée en 2012 par l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale et le programme québécois Pairs Aidants Réseau (AQRP). Londres, Royaume-Uni: Together/The University of Nottingham/National Survivor User Network.
- Repper, J., & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health*, 20 (4), 392-411. doi: 10.3109/09638237.2011.583947
- Richard, C., & Lussier, M.-T. (2005). *La communication professionnelle en santé*. Montréal: Erpi: Éditions du nouveau pédagogique Inc.
- Richard, C., & Lussier, M.-T. (2009). La littératie en santé, une compétence en mal de traitement. *Pédagogie médicale*, 10 (2), 123-130.
- Richards, T., Montori, V. M., Godlee, F., Lapsley, P., & Paul, D. (2013). Let the patient revolution begin. *The BMJ*, 346 (f2614), 1-2. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f2614>
- Roger, M. (2010). Éléments pour des environnements de formation. *Éducation permanente*, 2 (numéro 183-Former avec les environnements), 79-94.
- Rogers, C. R. (1969). *Freedom to learn*. (Traduit par P. D. Le Bon (1971) sous le titre Liberté pour apprendre? Dunod, 355 p.). Columbus, Ohio: Merrill.
- Rogers, E. S., Wallace, L. S., & Weiss, B. D. (2006). Misperceptions of medical understanding in low-literacy patients: Implications for cancer prevention. *Cancer control*, 13 (3), 225-229.
- Rollnick, S., Miller, W. R., & Butler, C. C. (2009). *Pratique de l'entretien motivationnel: Communiquer avec le patient en consultation*. Paris: InterEditions.

- Rootman, I. (2009). Relation between literacy skills and the health of Canadians *Encyclopedia of language and literacy development* (p. 1-9). London, ON: Canadian Language and Literacy Development.
- Rootman, I., & Gordon-El-Bihbety, D. (2008). *Vision d'une culture de la santé au Canada: Rapport du Groupe d'experts sur la littératie en matière de santé*. Ottawa: Association canadienne de santé publique.
- Rootman, I., & Ronson, B. (2005). Literacy and health research in Canada: Where have we been and where should we go? *Canadian Journal of Public Health*, 96 (Supplement 2), S62-S77.
- Roussel, J.-F. (2010). L'apprentissage informel: une nouvelle donne, de nouveaux défis. *Effectif*, 13 (3).
- Roussel, J.-F. (2011). *Gérer la formation, viser le transfert*. Montréal: Guérin.
- Roussel, J.-F. (2013a). Apprendre à partir de son expérience en milieu organisationnel: quels dispositifs et quelles pratiques les formateurs peuvent-ils favoriser? Dans E. Charlier, J.-F. Roussel & S. Boucenna (dir.), *Expériences des adultes et professionnalités des formateurs*. Bruxelles: De Boeck.
- Roussel, J.-F. (2013b). Placing individuals at the learning process' center to increase organizational training's impact. Dans R. Hiemstra & P. Carré (dir.), *A feast of learning: International perspectives on adult learning and change* (p. 47-62): Information Age Publishing.
- Roussel, J.-F. (2015). Placer l'individu au premier plan de la démarche d'apprentissage afin d'accroître l'impact de la formation en milieu organisationnel *Savoirs*, 1 (37), 35-52. doi: 10.3917/savo.037.0035
- Roussel, J.-F. (2016). L'apprenance, une contribution déterminante en organisation. *Éducation permanente*, no.207 «Autour de l'apprenance», 35-41.
- Routelou, C. (2005). L'émergence de la figure de l'ayant droit en médecine. *Quaderni*, 57 (Printemps), 13-20. doi: 10.3406/quad.2005.1656
- Rowden, R. W., & Conine Jr, C. T. (2005). The impact of workplace learning on job satisfaction in small US commercial banks. *Journal of Workplace Learning*, 17 (4), 215-230. doi: 10.1108/13665620510597176
- Rowlands, G., Protheroe, J., Price, H., Gann, B., & Rafi, I. (2014). *Health literacy: Report from an RCGP-led health literacy workshop*. London.
- Rubenson, K., Desjardins, R., & Yoon, E.-S. (2007). *Apprentissage par les adultes au Canada: Une perspective comparative, Résultats de l'Enquête sur la littératie et les compétences des adultes*. Ottawa: Gouvernement du Canada.
- Rudd, R. (2000). *On current reseach in health and literacy-Gaps and silence*. Communication présentée à First canadian conference on literacy and health: Charting the course for literacy and health in the new millennium, Canadian Public Health Association (CPHA), Ottawa. Repéré à http://www.cpha.ca/uploads/portals/h-l/c_log_e.pdf
- Rudd, R. (2003). Objective 11-2: Improvement of health literacy. Dans Office of Disease Prevention and Health Promotion (dir.), *Communicating Health: Priorities and Strategies for Progress*. Washington DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- Rudd, R. (2013a). Health care settings. Dans World Health Organisation (dir.), *Health literacy: The solid facts* (p. 49-53). Copenhagen, Denmark: World Health Organisation.

- Rudd, R. (2013b). *Littératie en santé: un rôle clé pour la promotion de la santé et les services de santé*. Communication présentée à Réseau québécois des établissements promoteurs de santé, Montréal, Québec.
- RUIS. (2014). Guide d'implantation du partenariat de soins et de services: Vers une pratique collaborative optimale entre intervenants ET avec le patient. Montréal: RUIS-Réseau universitaire intégré de santé, Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, Université de Montréal.
- Safeer, R. S., & Keenan, J. (2005). Health literacy: The gap between physicians and patients. *American Family Physician*, 72 (3), 463-468.
- Samson, E. (2007). Langue claire et simple: surmonter les obstacles à la littératie. *L'Actualité langagière*, 4 (1), 9.
- Savoie-Zajc, L. (2004). La recherche qualitative/interprétative en éducation. Dans T. Karsenti & L. Savoie-Zajc (dir.), *La recherche en éducation: étapes et approches* (p. 123-150). Sherbrooke: Éditions du CRP.
- Savoie-Zajc, L. (2009a). Journal de bord. Dans A. Mucchielli (dir.), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines* (p. 130). Paris: Armand Colin.
- Savoie-Zajc, L. (2009b). Technique de validation par triangulation. Dans A. Mucchielli (dir.), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines* (p. 289-290). Paris: Armand Colin.
- Sawchuk, P. H. (2008). Theories and methods for research on informal learning and work: towards cross-fertilization. *Studies in Continuing Education*, 30 (1), 1-16.
- Scallon, G. (2004). *L'évaluation des apprentissages dans une approche par compétences*. Montréal: ERPI.
- Schillinger, D., & Keller, D. (2012). The other side of the coin: Attributes of a health literate health care organization. Dans Institute of Medicine (dir.), *How can health care organizations become more health literate? Workshop Summary* (p. 5-20). Washington DC.
- Schillinger, D., Piette, J., Grumbach, K., Wang, F., Wilson, C., & Daher, C. (2003). Closing the loop: Physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Archives of Internal Medicine* (163), 83-90.
- Schön, D. A. (1984). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. New York: Basic Books.
- Schön, D. A. (1991). *The reflective turn: Case studies In and on educational practice*. New York: Teachers Press, Columbia University.
- Schön, D. A. (1994). *Le praticien rélexif: À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. (Traduit par J. Heynemand & D. Gagnon). Montréal: Les Éditions Logiques.
- Schugurensky, D. (2000). *The forms of informal learning: towards a conceptualization of the field*. NALL-New Approaches to lifelong Learning. Repéré à <https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/2733/2/19formsofinformal.pdf>
- Schugurensky, D. (2007). «Vingt mille lieues sous les mers»: les quatre défis de l'apprentissage informel. *Revue française de pédagogie*, 160 (juillet-septembre), 13-27.
- Schwartzberg, J. G., Cowett, A., VanGeest, J., & Wolf, M. S. (2007). Communication techniques for patients with low health literacy: A survey of physicians, nurses, and pharmacists. *American Journal of Health Behavior*, 31 (Suppl 1), S96-S104.

- Seligman, H. K., Wang, F. F., Palacios, J. L., Wilson, C., Daher, C., Piette, J., & Schillinger, D. (2005). Physician notification of their diabetes patients' limited health literacy: A randomized, controlled trial. *Journal of General Internal Medicine*, 20, 1001-1007.
- Senge, P. (1990). *The fifth discipline : The art and practice of learning organization*. New York: Doubleday.
- Sheridan, S. L., Halpern, D. J., Viera, A. J., Berkman, N. D., Donahue, K. E., & Crotty, K. (2011). Interventions for individuals with low health literacy: A systematic review. *Journal of Health Communication: International Perspectives*, 16 (sup 3), 30-54.
- Skar, R. (2010). How nurses experience their work as a learning environment. *Vocations and Learning*, 3 (1), 1-18.
- Skule, S. (2004). Learning conditions at work: a framework to understand and assess informal learning in the workplace. *International Journal of Training and Development*, 8 (1), 8-20.
- Smith, M. K. (1997, 2004). Eduard Lindeman and the Meaning of Adult Education. *The encyclopaedia of informal education*. Repéré à <http://www.infed.org/thinkers/et-lind.htm>
- Smith, T., & Cherry, H. (2015). *Health Literacy Teaching Tools for Medical Educators 101*. Communication présentée à Conference on Medical Student Education, Atlanta, GA.
- Solar, C. (1995). Nouvelles tendances en éducation des adultes. *Revue des sciences de l'éducation*, 21 (3), 443-472.
- Solar, C. (2001a). *Équipes de travail efficaces: savoirs et temps d'action*. Montréal: Les Éditions Logiques.
- Solar, C. (2001b). Groupes d'adultes, savoir et rapport au savoir. Dans C. Solar (dir.), *Le groupe en formation des adultes* (p. 57-77): De Boeck Supérieur «Perspectives en éducation et formation».
- Solar, C. (2008). Les adultes à l'université: une rencontre singulière sur une trame temporelle québécoise. Dans C. Solar & P. Hébrard (dir.), *Professionnalisation et formation des adultes: une perspective universitaire France-Québec* (p. 197-250). Paris: L'Harmattan.
- Solar, C. (2009). Groupe et formation: Un regard nord-américain. Dans J.-M. Barbier, É. Bourgeois, G. Chapelle & J.-C. Ruano-Borbalan (dir.), *Encyclopédie de la formation* (p. 561-567). Paris: Presses universitaires de France.
- Solar, C., Baril, D., Roussel, J.-F., & Lauzon, N. (2016). Les obstacles à la formation en entreprise. *Savoirs*, 2 (41), 9-54.
- Solar, C., & Danis, C. (1998). Apprentissage et développement des adultes: un rapport dynamique. Dans C. Danis & C. Solar (dir.), *Apprentissage et développement des adultes* (p. 305-319.). Montréal: Les Éditions Logiques.
- Solar, C., Solar-Pelletier, L., & Solar-Pelletier, M. (2006). Douze ans de recherche en alphabétisation des adultes en français au Canada (1994-2005). Montréal: Centre de documentation sur l'éducation des adultes et la condition féminine.
- Solar, C., Solar-Pelletier, L., & Thériault, M. (2015). *Formatrices et formateurs internes: caractéristiques et contribution à l'ingénierie de la formation en entreprise*. Montréal: Université de Montréal, Commission des partenaires du marché du travail. Repéré à http://www.cpmt.gouv.qc.ca/publications/pdf/Rech-comp_Rapport_Solar.pdf.

- Solar-Pelletier, L., & Hart, S. A. (2014). Dépasser les concepts de formation formelle et informelle, l'approche de Stephen Billett. *Bulletin de l'Observatoire compétences-emplois de l'UQAM*, 5 (1).
- Sorensen, K., Pelikan, J., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., . . . Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The european journal of public health*, 1 (6).
- Sorensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BioMed Central Public Health*, 12 (80).
- Statistique Canada. (1996). *Lire l'avenir : Un portrait de l'alphabétisme au Canada. Faits saillants du rapport canadien*. Ottawa: Gouvernement du Canada. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/89f0093x/4247647-fra.pdf>
- Statistique Canada. (2011). Profil de l'ENM, 2011. *Programme du recensement*. Repéré le 01/06/2016 à <https://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=F>
- Statistique Canada. (2013a). Enquête sociale générale- Identité sociale (IS). Repéré le 01/04/2016 à http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5024
- Statistique Canada. (2013b). *Les compétences au Canada: premiers résultats du Programme pour l'évaluation internationale des compétences des adultes (PEICA)*. Ottawa.
- Statistique Canada. (2016). *Indicateurs de l'éducation au Canada: une perspective internationale*. Ottawa: Conseil des statistiques canadiennes de l'éducation (CSCE). Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/81-604-x/81-604-x2015001-fra.pdf>
- Statistique Canada, & OCDE. (2005). *Apprentissage et réussite: premiers résultats de l'Enquête sur la littératie et les compétences des adultes*. Paris: Les Éditions de l'OCDE.
- Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W. W., McWhinney, I. R., McWilliam, C. L., & Freeman, T. R. (2003). *Patient-centered medicine: Transforming the clinical method*. (2^e éd.). Oxon, UK: Radcliffe Medical Press.
- Straka, G. A. (2004). *Informal learning: genealogy, concepts, antagonisms and questions*. Bremen: Institute of Technology and Education- Universität Bremen.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park CA: Sage Publications.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2004). *Les fondements de la recherche qualitative: techniques et procédures de développement de la théorie enracinée*. Fribourg, Suisse: Academic Press Fribourg.
- Svensson, L., Ellström, P.-E., & Aberg, C. (2004). Integrating formal and informal learning at work. *The Journal of Workplace Learning*, 16 (8), 479-491.
- Tannenbaum, D., Kerr, J., Konkin, J., Organek, A., Parsons, E., Saucier, D., . . . Walsh, A. (2011). *Cursus Triple C axé sur le développement des compétences. Rapport du Groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral – Partie I*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada.
- Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences: documenter le parcours de développement*. Montréal: Chenelière.
- Theil, J.-P. (1989). L'autodidaxie comme type d'apprentissage expérientiel. *Revue Éducation permanente*, 4 (100/101- Apprendre par l'expérience), 31-38.

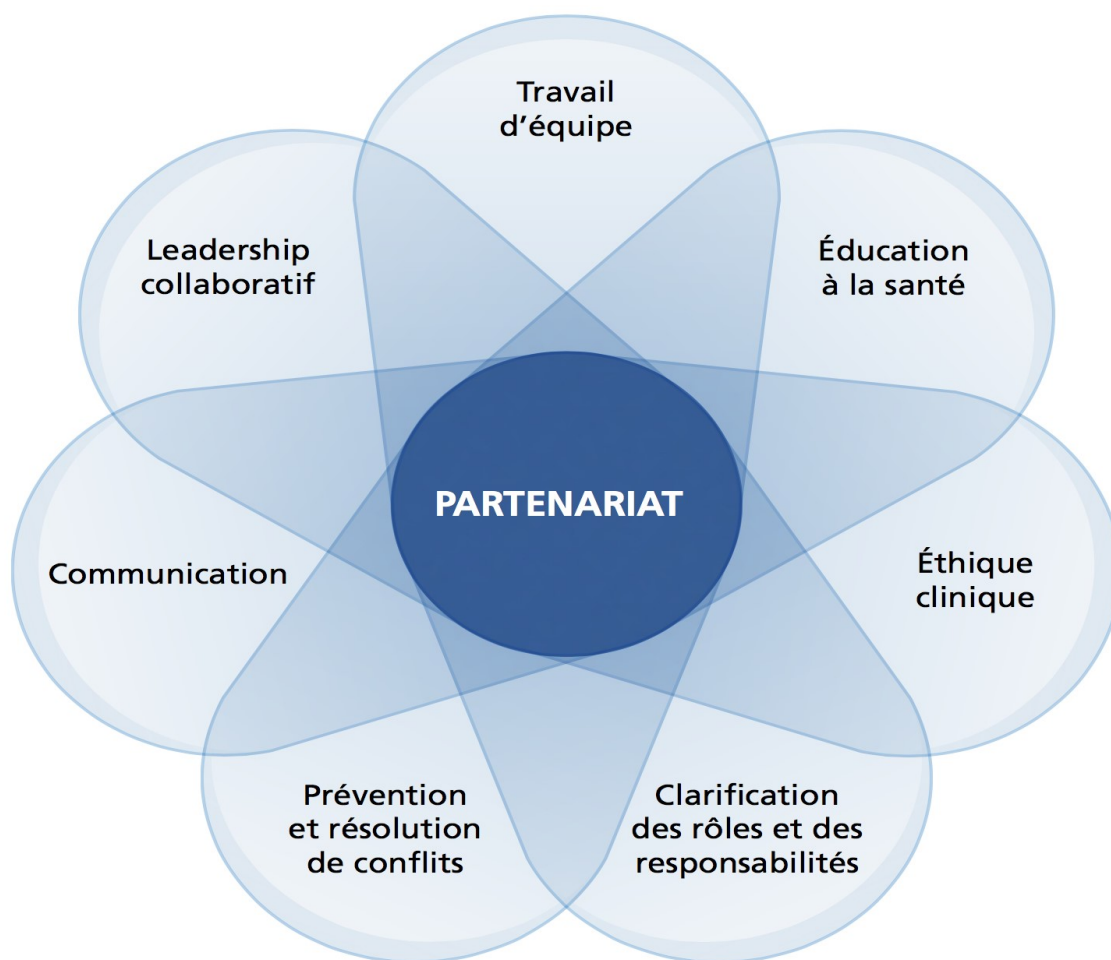
- Thévenaz-Christen, T. (2011). La littératie, un concept? *Forum lecture Suisse* (1).
- Thirlet, A. (2011). Du patient au client: le pouvoir des mots. *Actusoins-Toute l'actualité infirmière*. Repéré à <http://www.actusoins.com>
- Thoër, C. (2013). Internet: un facteur de transformation de la relation médecin-patient ? *Revue internationale de communication sociale et publique*, 10, 1-24.
- Tough, A. (1971). *The adult's learning projects: A fresh approach to theory and practice in adult learning*. Toronto: The Ontario Institute for Studies in Education.
- Tough, A. (1978). Major learning efforts: Recent research and future directions. *Adult Education Quarterly*, 28 (4), 250-263.
- Tough, A. (2002). *The iceberg of informal adult learning*. Toronto: NALL - The research network for New Approaches to Lifelong Learning. Repéré à <https://nall.oise.utoronto.ca/res/49AllenTough.pdf>
- Tourigny, A., & Lemieux, V. (2014). *Caractéristiques des organisations de santé pro-littératie en santé et illustration d'une démarche montréalaise*. Communication présentée à Colloque sur la littératie en santé «Comprendre l'incompréhension: La communication avec l'utilisateur», 24 avril 2014, Université Laval, Québec.
- Tremblay, D.-G. (2005). Les communautés de pratique: quels sont les facteurs de succès? *Revue internationale sur le travail et la société*, 3 (2), 692-722.
- Tremblay, N. A. (2003). *L'autoformation. Pour apprendre autrement*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Tremblay, N. A., Allain, C., Beauchemin, I., Giguère, É., Jourdain, F., & Philippe, P. (2000). La construction de l'autoformation: trois cadres de référence pour l'action. Dans R. Foucher (dir.), *L'autoformation reliée au travail: Apports européens et nord-américains pour l'an 2000* (p. 167-181). Montréal: Éditions Nouvelles.
- Truchot, V. (2006). *Les règles à l'école secondaire: analyse de représentations d'élèves*. (Université du Québec à Montréal (UQAM), Montréal).
- Tusting, K., & Barton, D. (2006). *Models of adult learning: a literature review*. England: National Research and Development Centre for adult literacy and numeracy NRDC, National Institute of Adult Continuing Education.
- Tynjälä, P. (2008). Perspectives into learning at the workplace. *Educational Research Review*, 3, 130-154.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2010). *National action plan to improve health literacy*. Washington DC. Repéré à http://health.gov/communication/hlactionplan/pdf/Health_Literacy_Action_Plan.pdf
- UNESCO. (1997). *Éducation des adultes: la déclaration d'Hambourg, l'agenda pour l'avenir*. Communication présentée à 5e Conférence internationale sur l'éducation des adultes, 14-18 juillet 1997, Hambourg, Allemagne.
- UNESCO. (2006). *Éducation pour tous: l'alphabétisation, un enjeu vital Rapport mondial de suivi sur l'Éducation pour tous*. Paris: Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture.
- UNESCO. (2013). *Rapport mondial sur l'apprentissage et l'éducation des adultes: Repenser l'alphabétisation*. Hambourg, Allemagne: Institut de l'UNESCO pour l'apprentissage tout au long de la vie. Repéré à <http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002234/223449F.pdf>

- Uwamariya, A., & Mukamurera, J. (2005). Le concept de "développement professionnel" en enseignement : approches théoriques. *Revue des sciences de l'éducation*, 31 (1), 133-155.
- Vanhulle, S. (2012). Quand l'activité professionnelle s'invite dans la formation académique: le cas des stages en enseignement. Dans É. Bourgeois & M. Durand (dir.), *Apprendre au travail* (p. 165-175). Paris: PUF.
- Vienneau, R. (2011). *Apprentissage et enseignement: Théories et pratiques. 2e édition*. Montréal: Gaétan Morin Éditeur.
- Wagner, C. C., & Ingersoll, K. S. (2015). *Pratique de l'entretien motivationnel en groupe. Préface Stephen Rollnick et William Miller*. Paris: InterEditions.
- Wagner, D. A. (2000). *Alphabétisation et éducation des adultes*. Communication présentée à Forum mondial sur l'éducation: L'éducation pour tous, bilan à l'an 2000, Dakar, Sénégal 26-28 avril 2000.
- Wagner, S., Doray, P., Corbeil, J.-P., & Fortin, É. (2002). *Alphabétisme et alphabétisation des francophones au Canada: Résultats de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes (EIAA)*. Ottawa: Gouvernement du Canada. Repéré à http://www.merici.ca/collection/stat_can/alph_franc_canada.pdf
- Wallace, L. S., Rogers, E. S., Roskos, S. E., Holiday, D. B., & Weiss, B. D. (2006). Screening items to identify patients with limited health literacy skills. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 874-877.
- Weiss, B. D. (2007). Health literacy and patient safety: Help patients understand. Manual for clinicians. Second edition. Chicago, IL: American Medical Association Foundation.
- Wenger, E. C., McDermott, R., & Snyder, W. M. (2002). *Cultivating communities of practice: A guide to managing knowledge*. Boston, MA: Harvard Business School Press.
- Wenger, E. C., & Snyder, W. M. (2000). Communities of practice: The organizational frontier. *Harvard Business Review* (January-February), 139-145.
- Werquin, P. (2010). Reconnaître l'apprentissage non formel et informel: résultats, politiques et pratiques: OCDE.
- WHO. (2013). *Health literacy: The solid facts*. Copenhagen, Denmark. Repéré à http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf
- Wiener, R. L., Wiley, D., Huelsman, T., & Hilgemann, A. (1994). Combining qualitative interviews and concept mapping methodology. *Evaluation Review*, 18 (2), 227-240.
- Wihak, C. (2006). Learning to learn culture: the experiences of sojourners in Nunavut. *Canadian and International Education / Education canadienne et internationale*, 35 (1, article 5), 46-62.
- Wihak, C., Hall, G., MacPherson, S., Warkentin, L., & Wihak, L. (2011). *L'apprentissage informel lié au travail*. Ottawa: Centre pour les compétences en milieu de travail. Téléaccessible: <http://bv.cdeacf.ca/record.php?record=19242675124910608579>.
- Williams, M. V., Terry, D., Parker, R. M., & Weiss, B. D. (2002). The role of health literacy in patient-physician communication. *Family Medicine*, 34 (5), 383-389.
- Wilson, F. L., & McLemore, R. (1997). Patient literacy levels: A consideration when designing patient education. *Rehabilitation Nursing*, 22 (6), 311-317.
- Wittorski, R. (1998). De la fabrication des compétences. *Education Permanente*, 135, 57-69.
- Wittorski, R. (2000). L'autoformation, un processus de transformation des compétences dans, sur et pour l'action. Dans R. Foucher (dir.), *L'autoformation reliée au travail: Apports*

- européens et nord-américains pour l'an 2000* (p. 265-281). Montréal: Éditions Nouvelles.
- Wittorski, R. (2002). Le développement des compétences individuelles, partagées et collectives. *Soins Cadres*, 41 (Février 2002), 38-42.
- Wittorski, R. (2007). *Professionnalisation et développement professionnel*. Paris: L'Harmattan.
- Wolf, M., Williams, M. V., Parker, R., Parikh, N., Nowlan, A., & Baker, D. W. (2007). Patients' shame and attitudes toward discussing the results of literacy screening. *Journal of Health Communication*, 12 (8), 721-732. doi: 10.1080/10810730701672173
- Wolf, M. S., Parker, R., & Ratzan, S. (2008). Literacy and Public Health *International Encyclopedia of Public Health* (p. 98-104). Dublin: Elsevier Press.
- Yaguello, M. (2003). *Les mots et les femmes: Essai d'approche sociolinguistique de la condition féminine*. Paris: Éditions Payot & Rivages.
- Zarifian, P. (2004). *Le modèle de la compétence*. (2^e éd.). Paris: Éditions Liaisons.
- Zarifian, P. (2009). *Le travail et la compétence: entre puissance et contrôle*. Paris: PUF.
- Zimmerman, B. J. (2000). Self-efficacy: An essential motive to learn. *Contemporary Educational Psychology*, 25, 82-91. doi: 10.1006/ceps.1999.1016
- Zimmerman, B. J. (2008). Investigating self-regulation and motivation: Historical background, methodological developments, and future prospects. *American Educational Research Journal*, 45 (1), 166-183. doi: 10.3102/0002831207312909

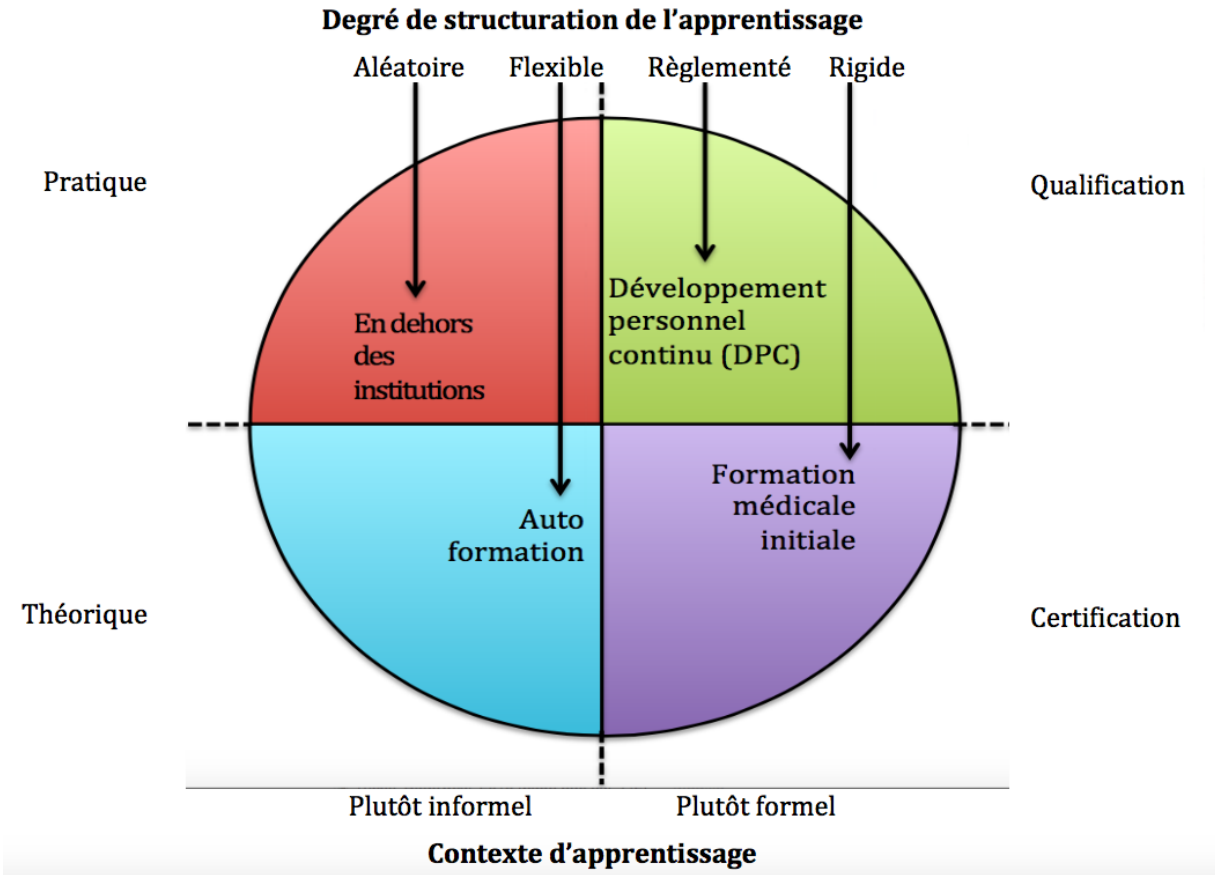
Annexes

Annexe A- Référentiel de compétences du partenariat



Source : RUIS (2014), p.36.

Annexe B- Modèle de Budowski



Proposition pour une nouvelle classification des apprentissages dans le cadre de la formation des professionnels de la santé tiré de Budoski (2015) p. 330.

Annexe C- Certificat de conformité éthique



N° de certificat
CPEP-14-109-D

Comité plurifacultaire d'éthique de la recherche

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité plurifacultaire d'éthique de la recherche (CPEP), selon les procédures en vigueur, en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal.

Projet	
Titre du projet	Littératie en santé et développement professionnel: vers un modèle articulant le formel et l'informel
Étudiante requérant	Maud Bouffard (██████████) Candidate au doctorat, Psychopédagogie et andragogie - Faculté des sciences de l'éducation Université de Montréal
Financement	
Organisme	Non financé
Programme	--
Titre de l'octroi si différent	--
Numéro d'octroi	--
Chercheur principal	--
No de compte	--


Approbation reconnue	
Approbation émise par	non
Certificat:	s.o.

MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au CPEP qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique.

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au CPEP.

Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du CPEP.


Pierre Lapointe, président
Comité plurifacultaire d'éthique de la recherche
Université de Montréal

3 octobre 2014
Date de délivrance


1 novembre 2015
Date de fin de validité

adresse postale
3744 Jean-Brillant, B-430-8
C.P. 6128, succ. Centre-ville
Montréal QC H3C 3J7
www.cper.umontreal.ca

Téléphone : 514-343-6111 poste 1896
cper@umontreal.ca

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE
- 1er renouvellement -


Le Comité plurifacultaire d'éthique de la recherche (CPER), selon les procédures en vigueur et en vertu des documents relatifs au suivi qui lui a été fournis conclut qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal

Projet	
Titre du projet	Littératie en santé et développement professionnel: vers un modèle articulant le formel et l'informel
Étudiante requérant	Maud Bouffard  Candidate au doctorat, Psychopédagogie et andragogie - Faculté des sciences de l'éducation Université de Montréal
Sous la direction de	Claudie Solar, Professeure titulaire, Psychopédagogie et andragogie - Faculté des sciences de l'éducation, Université de Montréal
Financement	
Organisme	Non financé
Programme	--
Titre de l'octroi si différent	--
Numéro d'octroi	--
Chercheur principal	--
No de compte	--

MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au CPER qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique. Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au CPER.

Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du CPER.


Olivier St-Laurent, Conseiller en éthique de la recherche
Comité plurifacultaire d'éthique de la recherche
Université de Montréal

8 février 2016 Date de délivrance du renouvellement ou de la réémission*	1er mars 2017 Date du prochain suivi
3 octobre 2014 Date du certificat initial	1er mars 2017 Date de fin de validité

*Le présent renouvellement est en continuité avec le précédent certificat

Annexe D- Invitation à participer au projet



Invitation à participer à un projet de recherche sur le développement professionnel au regard de la littératie en santé

Contexte

De nos jours, les adultes, hommes et femmes, sont de plus en plus appelés à prendre en charge leur santé dans un partenariat de soins avec des professionnels de la santé. Or, près d'un adulte sur deux n'aurait pas les compétences en littératie nécessaires pour fonctionner de façon autonome.

La « littératie » réfère ici à l'ensemble des habiletés nécessaires pour trouver, comprendre, utiliser et communiquer l'information dans différents domaines, comme par exemple la santé. La « littératie en santé », quant à elle, réfère à la capacité d'une personne à identifier son besoin d'information, à obtenir cette information et à l'utiliser pour prendre des décisions éclairées en lien avec sa santé.

Pour les professionnels et les institutions, la littératie pose le défi de fournir une information accessible et de soutenir la participation de la personne à ses soins.

Objectifs

Cette recherche vise à comprendre comment des professionnels de la santé développent, au fil de leur pratique, leurs compétences à soutenir des personnes de faible niveau de littératie dans leur démarche pour s'approprier l'information sur la santé et participer à leurs soins. En ce sens, nous sollicitons votre participation à ce projet pour enrichir les connaissances actuelles par votre expérience et vos connaissances sur ce sujet.

Participation au projet

Votre participation à ce projet de recherche consiste en une entrevue individuelle d'une durée d'environ 45 à 60 minutes. Cet entretien portera sur votre travail, vos pratiques et les ressources sur lesquelles vous vous appuyez, ou vous vous êtes appuyées pour développer vos compétences à intervenir auprès d'une clientèle de faible niveau de littératie. L'entrevue se déroulera à l'endroit et au moment qui vous conviendra le mieux, et pourra même se faire par téléphone.

L'entrevue sera enregistrée avec votre accord et retranscrite aux fins d'analyse. Les données recueillies par cette étude seront traitées de manière entièrement confidentielle.

Pour souligner votre intérêt à participer à ce projet, ou pour toutes questions supplémentaires, vous pouvez communiquer avec Mme Maud Bouffard, doctorante en andragogie et responsable du projet, par courriel [redacted] ou par téléphone [redacted].

En vous remerciant à l'avance pour votre précieuse collaboration,

Maud Bouffard, doctorante en andragogie et responsable du projet, [redacted]
Claudie Solar PhD, directrice de recherche, [redacted]
Paule Lebel, MD, PhD, membre du jury de recherche, [redacted]

Annexe E- Fiche contact

Projet de recherche sur le développement
professionnel au regard de la littératie en santé

Fiche de contact

Date :	
Nom :	
Profession :	
Courriel :	
Téléphones/ Coordonnées :	
Organisation :	
Clientèle :	
Type de tâches :	
Partenariat de soins/Pratiques littératie santé	

Accepte de participer au projet : Oui Non

Date de l'entrevue : _____

Quel est le meilleur moyen pour vous rejoindre? Courriel ou téléphone? :

Dans le cas d'un refus, auraient-ils quelqu'un à nous référer? _____

Autres commentaires : _____

Accepte de participer à la validation du modèle : Oui Non

Code anonymisé : _____

Annexe F- Formulaire d'information et de consentement



Formulaire de consentement

Titre du projet : Littératie en santé et développement professionnel: vers un modèle articulant le formel et l'informel

Étudiante-Chercheuse : Maud Bouffard, doctorante en andragogie, Université de Montréal

Sous la direction de : Mme Claudie Solar, Ph.D., professeure honoraire, Université de Montréal

Bourse: Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH)

Description du projet de recherche

Alors que l'on mise plus que jamais dans le milieu de la santé sur une approche en partenariat avec le patient, près d'un adulte sur deux n'aurait pas les compétences en littératie nécessaires pour fonctionner de façon autonome. La « littératie » réfère à l'ensemble des habiletés nécessaires pour trouver, comprendre, utiliser et communiquer l'information dans différents domaines, comme par exemple la santé. La «littératie en santé», quant à elle, réfère à la capacité d'une personne à identifier son besoin d'information, à obtenir cette information et à l'utiliser pour prendre des décisions éclairées en lien avec sa santé.

C'est dans ce contexte que cette étude s'intéresse au développement de la compétence des professionnels à soutenir des personnes de faible niveau de littératie dans leur démarche pour s'approprier l'information sur la santé et participer à leurs soins. Nous souhaitons ainsi comprendre de quelle façon les professionnels dans le milieu de la santé s'y prennent, en cours d'emploi, pour développer leurs compétences en matière de littératie. Nous sollicitons votre participation à ce projet pour enrichir les connaissances actuelles par votre expérience et vos connaissances sur ce sujet. Cette recherche se déroule dans le cadre d'un projet de doctorat en sciences de l'éducation, profil en andragogie, soit celui de l'éducation des adultes.

Participation au projet

Votre participation à ce projet de recherche consiste en une entrevue individuelle d'une durée d'environ 60 minutes. Cet entretien portera sur votre travail, vos pratiques et les ressources sur lesquelles vous vous appuyez, ou vous vous êtes appuyées pour développer vos compétences à intervenir auprès d'une clientèle de faible niveau de littératie. L'entrevue sera enregistrée avec votre accord et retranscrite pour fins d'analyse.

Critères d'inclusion et d'exclusion

Pour participer à ce projet, vous devez exercer votre profession directement auprès de patients, tout au moins une partie de votre temps de travail et ce régulièrement; ce critère exclut les personnes dont les tâches sont strictement administratives ou d'enseignement. Vous devez de plus intervenir auprès d'une clientèle à risque sur le plan de la littératie, notamment les personnes peu scolarisées, les personnes âgées de plus de 66 ans ou d'un milieu socio-économique défavorisé. Enfin, vous devez non seulement avoir acquis un certain savoir-faire pour communiquer ou adapter l'information, mais vous devez travailler dans un contexte de partenariat de soins. Un partenariat de soins mise sur la participation du patient aux prises de décisions et à la prise en charge de sa condition de même que sur un environnement de travail qui adopte une approche collaborative au sein d'une équipe de soins.

Liberté de participation et de retrait de l'étude

Votre participation à ce projet de recherche se fait sur une base volontaire. Vous êtes donc entièrement libre d'accepter ou de refuser de participer à l'étude.

Il vous sera aussi possible de vous retirer en tout temps de la recherche sur simple avis verbal, sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit. Dans ce cas, toute donnée vous concernant sera retirée de la recherche.

Risques et inconvénients

Aucun risque connu n'est associé à la participation à cette étude. Le temps que vous devrez consacrer pour la réalisation de l'entrevue peut être considéré comme le principal inconvénient tout en offrant en contrepartie une occasion de réfléchir sur votre pratique. Aucune compensation d'ordre monétaire ne sera toutefois accordée.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude seront traitées de manière entièrement confidentielle et ne pourront pas mener à votre identification. La confidentialité sera assurée par l'attribution d'un code alphanumérique à chacun des participants et seulement ce code sera utilisé pour identifier les enregistrements et les verbatims, de même que lors du traitement et de l'analyse des données. Ainsi, que ce soit dans la thèse ou dans les publications ou discussions scientifiques qui en découleront, il ne sera pas possible de vous identifier.

Le formulaire de consentement et la fiche du recrutement, seuls documents pouvant permettre d'identifier le participant, seront conservés sous clé par la chercheuse, et ce, séparément des données de recherche. En aucun cas l'entrevue audio ou retranscrite ne sera accessible ou diffusée à qui que ce soit, en dehors de ma directrice de recherche qui m'accompagne dans ma démarche doctorale. Les enregistrements et données d'entrevues seront détruits 7 ans après la fin du projet et ne seront pas utilisés à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Personnes ressources

Pour de plus amples informations concernant la recherche, vous pouvez communiquer avec Maud Bouffard, responsable du projet et étudiante au doctorat en andragogie :

Téléphone : [REDACTED] Courriel : [REDACTED]

Vous pouvez également contacter Mme Claudie Solar PhD, directrice de la recherche, par courriel :

[REDACTED]

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel suivante: ombudsman@umontreal.ca.

Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le conseiller en éthique du Comité plurifacultaire en éthique de la recherche (CPÉR) au cper@umontreal.ca ou au 514-343-6111, poste 1896.

Consentement

Je déclare avoir pris connaissance du présent formulaire de consentement. Je reconnais que la nature et le déroulement du projet de recherche m'ont été expliqués, qu'on a répondu à toutes mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Je comprends en quoi consiste ma participation à cette étude et j'accepte volontairement et librement d'y participer. En signant le présent formulaire, je ne renonce à aucun de mes droits légaux ni ne libère la chercheuse, l'institution universitaire ou le commanditaire de leur responsabilité civile et professionnelle.

Nom de la participante ou du participant	
Signature de la participante ou du participant	
Date	

Je souhaite laisser une adresse courriel afin de recevoir un résumé vulgarisé des résultats de recherche :

Déclaration de la chercheuse

J'ai expliqué la nature, le but, les procédures, les avantages et les risques de la présente étude. J'ai répondu à toutes les questions qui m'ont été posées. Je crois que la participante ou le participant comprend pleinement mes explications et que son consentement a été donné librement.

Nom de la chercheuse	
Signature de la chercheuse	
Date	

S.V.P. Signez les deux copies. Conservez une copie et remettez l'autre à la chercheuse.

Ce projet de recherche a été évalué et accepté par le Comité plurifacultaire d'éthique de la recherche de l'Université de Montréal : Projet CPER-14-109-D

Annexe G- Guide d'entrevue

Projet de recherche *Littératie en santé et développement professionnel: vers un modèle articulant le formel et l'informel*

*Le terme « littératie » réfère dans un sens large à l'ensemble des habiletés nécessaires pour **trouver, comprendre, utiliser** et **communiquer** l'information dans différents contextes, comme par exemple la santé.*

Du point de vue du patient, la littératie en santé désigne la capacité d'une personne à reconnaître son besoin d'information, à obtenir cette information, à la comprendre et à l'utiliser pour prendre des décisions éclairées et maintenir ou améliorer sa santé.

Pour les professionnels et les institutions, la littératie pose le défi de fournir une information accessible au patient et de soutenir sa participation à ses soins.

L'objectif de cet entretien est de comprendre comment, au fil de votre pratique, vous avez développé vos compétences à soutenir vos patients afin qu'ils puissent s'approprier l'information sur la santé et participer à leurs soins.

L'entretien portera essentiellement sur votre travail, vos façons d'intervenir auprès de vos patients à risque sur le plan de la littératie ainsi que sur votre parcours de développement en tant que professionnel.

Bloc 1- Contexte et milieu de travail

1. *Pour commencer, parlez-moi un peu de votre parcours professionnel.*
- 1.1 *Depuis combien d'années exercez-vous cette profession? Quelle est votre formation de base? Votre spécialité?*
- 1.2 *Pouvez-vous décrire en quelques mots l'établissement ou l'organisation pour laquelle vous travaillez? Depuis combien d'années y travaillez-vous?*
- 1.3 *Comment se répartissent vos tâches?*
- 1.4 *Parlez-moi un peu de l'équipe qui vous entoure. Quelles sont les personnes qui composent cette équipe? Comment travaillez-vous ensemble?*
- 1.5 *Comment se concrétise le partenariat de soins et de services?*

Bloc 2- Pratique professionnelle au regard de la littératie

2. *Pouvez-vous me brosser un portrait général de la clientèle auprès de laquelle vous intervenez?*
- 2.1 *Comment faites-vous pour évaluer la capacité de votre patient à comprendre et à utiliser l'information sur sa santé?
Qu'est-ce que vous observez en particulier?
Posez-vous certaines questions? Si oui lesquelles?*

- 2.2 *Pourriez-vous me parler de vos patients avec de faibles compétences en littératie? Pourriez-vous me les décrire (québécois, immigrants, personnes âgées, etc.)? Quels traits ou caractéristiques observez-vous?*
- 2.3 *Pouvez-vous décrire une situation ou une expérience avec un patient qui a été marquante pour vous et qui vous a amené à réfléchir à votre façon de communiquer l'information au patient?*
- 2.4 *Avez-vous développé des façons particulières de communiquer l'information à ces patients? Quelles stratégies trouvez-vous particulièrement efficaces?*
- 2.5 *Comment vous y prenez-vous pour vous assurer que l'information importante a bien été comprise?*
- 2.6 *Qu'est-ce qui fait selon vous qu'un patient se sent à l'aise de vous poser des questions?
Que faites-vous pour le mettre en confiance?
Est-ce des stratégies qui vous ont été enseignées ou est-ce des trucs du métier?*
- 2.7 *De quelle façon faites-vous participer vos patients à leurs soins? Aux décisions concernant leur santé?*
- 2.8 *Est-ce que vous avez du matériel ou des informations sous forme écrite à remettre à vos patients? Que pensez-vous de ces documents?*
- 2.9 *Est-ce que vos patients consultent le web pour aller chercher de l'information sur leur condition? Est-ce qu'ils vous en parlent?*
- 2.10 *Quel genre de soutien reçoivent-ils pour remplir des questionnaires, prendre leurs rendez-vous, comprendre leur médication, etc.?*
- 2.11 *Comment voyez-vous votre rôle en ce qui concerne la question de la littératie en santé? Celui du patient?*

Bloc 3- Développement professionnel

3. *Parlez-moi un peu de votre développement professionnel. De quelle façon apprenez-vous de nouvelles choses?

Où allez-vous chercher de l'information? Auprès de collègues, d'un mentor, d'une communauté de pratique?
Consultez-vous des guides, des bases de données, Internet, des wikis?
Des revues spécialisées?*
- 3.1 *Est-ce que vous avez eu l'occasion de participer à des conférences, à des ateliers, à des formations en ligne ou à d'autres types d'activités dernièrement?
Si oui, sur quel sujet portaient ces activités? où ont-elles eu lieu? Qu'est-ce qu'elles vous ont permis de développer?*
- 3.2 *Quel rôle jouent vos patients dans vos apprentissages? Vos collègues?*
- 3.3 *Si on voulait avoir une image de votre parcours de développement professionnel en cours d'emploi, est-ce qu'il y a des étapes marquantes? Plus particulièrement en ce qui concerne le développement de vos compétences à intervenir et à soutenir les patients de faible niveau de littératie?*
- 3.4 *Qu'est-ce qui vous motive à développer vos compétences à ce sujet? Qu'aimeriez-vous développer pour aller plus loin?*

Bloc 4- Autres

4. *En terminant, si vous aviez à énoncer les pratiques gagnantes pour intervenir et soutenir les patients de faible niveau de littératie, quelles seraient-elles?*
- 4.1 *Pensez-vous à d'autres éléments qui pourraient m'aider à comprendre comment les professionnels apprennent et développent leurs compétences pour livrer l'information et soutenir les patients dans leur démarche pour s'approprier l'information sur la santé?*
- 4.2 *Avez-vous des commentaires ou des questions par rapport à cette recherche?*
- 4.3 *Auriez-vous des personnes à me recommander pour une entrevue?*
- 4.4 *Accepteriez-vous de participer à une rencontre de validation de la carte conceptuelle synthèse de la recherche?*

Merci!

Annexe H- Guide d'entrevue simplifié

L'objectif de cet entretien est de comprendre comment, au fil de votre pratique, vous avez développé vos compétences à soutenir vos patients afin qu'ils puissent comprendre et utiliser l'information afin de participer à leurs soins et prendre des décisions éclairées.

Contexte et milieu de travail

- *Parcours professionnel?*
- *Comment se répartissent vos tâches?*
- *Organisation, portrait et caractéristiques de la clientèle?*
- *Équipe (qui, comment)?*
- *Comment se concrétise le partenariat de soins et de services?*

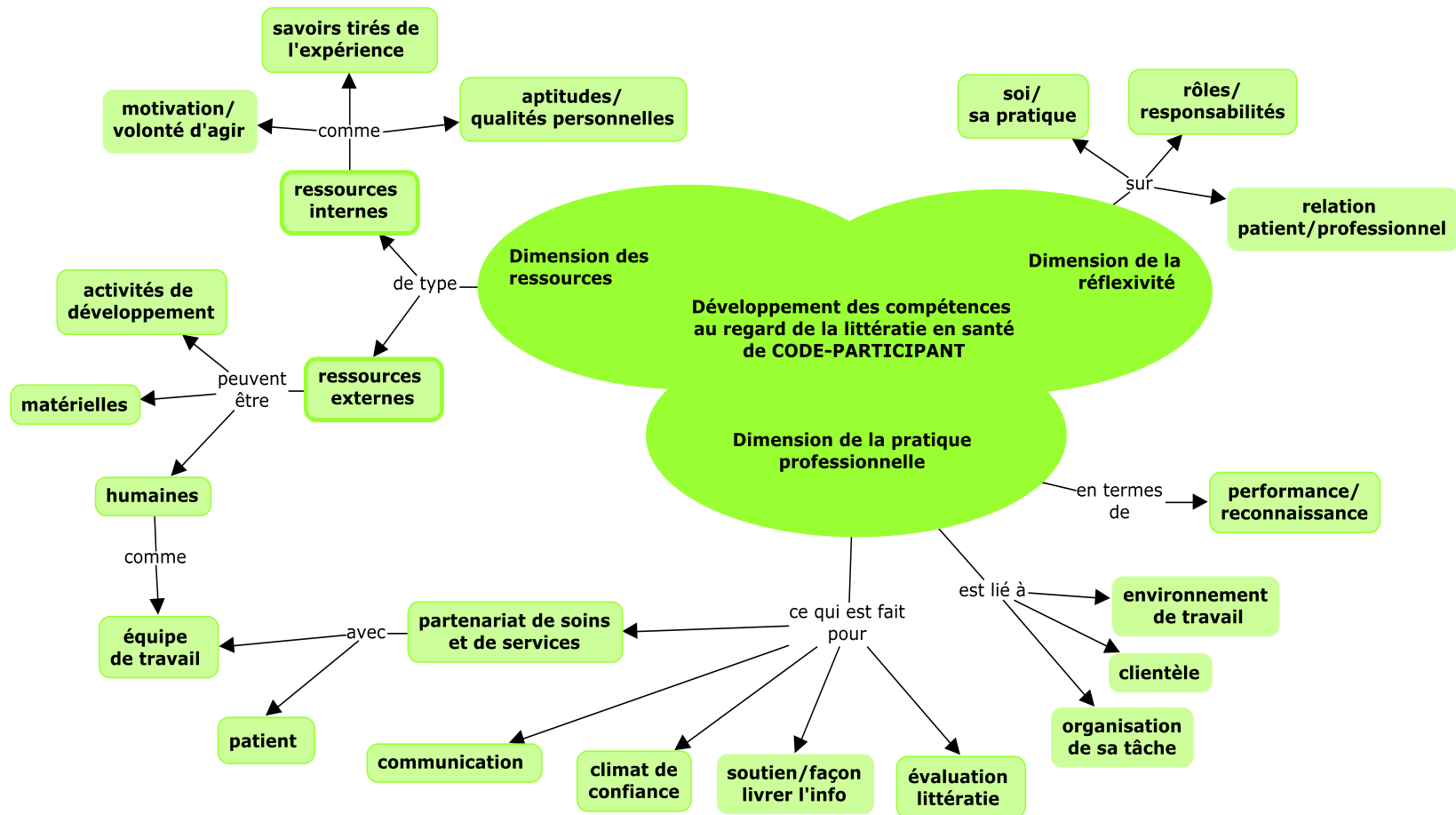
Pratique professionnelle au regard de la littératie

- *Comment évaluez-vous la capacité du patient à comprendre et à utiliser l'information sur sa santé (vos observations, questions)?*
- *Une expérience avec un patient qui a été marquante pour vous et qui vous a amené à réfléchir à votre façon de communiquer l'information au patient?*
- *Avez-vous développé des façons particulières de communiquer l'information à ces patients? Quelles stratégies trouvez-vous particulièrement efficaces?*
- *Comment vous y prenez-vous pour vous assurer que l'information importante a bien été comprise?*
- *Qu'est-ce qui fait selon vous qu'un patient se sent à l'aise de vous poser des questions? Que faites-vous pour le mettre en confiance?*
- *De quelle façon faites-vous participer vos patients à leurs soins? Aux décisions concernant leur santé?*
- *Est-ce que vous avez du matériel ou des informations sous forme écrite à remettre à vos patients? Que pensez-vous de ces documents?*
- *Quel genre de soutien reçoivent-ils pour remplir des questionnaires, prendre leurs rendez-vous, comprendre leur médication, etc.?*
- *Comment voyez-vous votre rôle en ce qui concerne la question de la littératie en santé? Celui du patient?*

Développement professionnel

- *De quelle façon apprenez-vous de nouvelles choses?*
- *Où allez-vous chercher de l'information? Collègues, communauté de pratique, Internet, revues spécialisées?*
- *Participation à des conférences, formations en ligne?*
- *Quel rôle jouent vos patients dans vos apprentissages? Vos collègues?*
- *Qu'est-ce qui vous motive à développer vos compétences à ce sujet? Étapes marquantes?*
- *En terminant, si vous aviez à énoncer les pratiques gagnantes pour intervenir et soutenir les patients de faible niveau de littératie, quelles seraient-elles?*
- *Des personnes à me recommander pour une entrevue?*
- *Seriez-vous intéressés à participer à la validation des données?*

Annexe I- Canevas de base pour cartes individuelles



Annexe J- Fiches portraits et cartes individuelles des
participantes et participants

Fiche portrait DTP-1

Profession : Nutritionniste.

Formation : Deux baccalauréats, un en kinésiologie et un en nutrition.

Expérience de travail : DTP-1, qui a environ 15 ans d'expérience dans son domaine, a travaillé au début de sa carrière en kinésiologie sur des plateaux d'entraînement avant de pratiquer pendant une dizaine d'années dans un centre hospitalier auprès d'une clientèle souffrant de problèmes cardio-vasculaires.

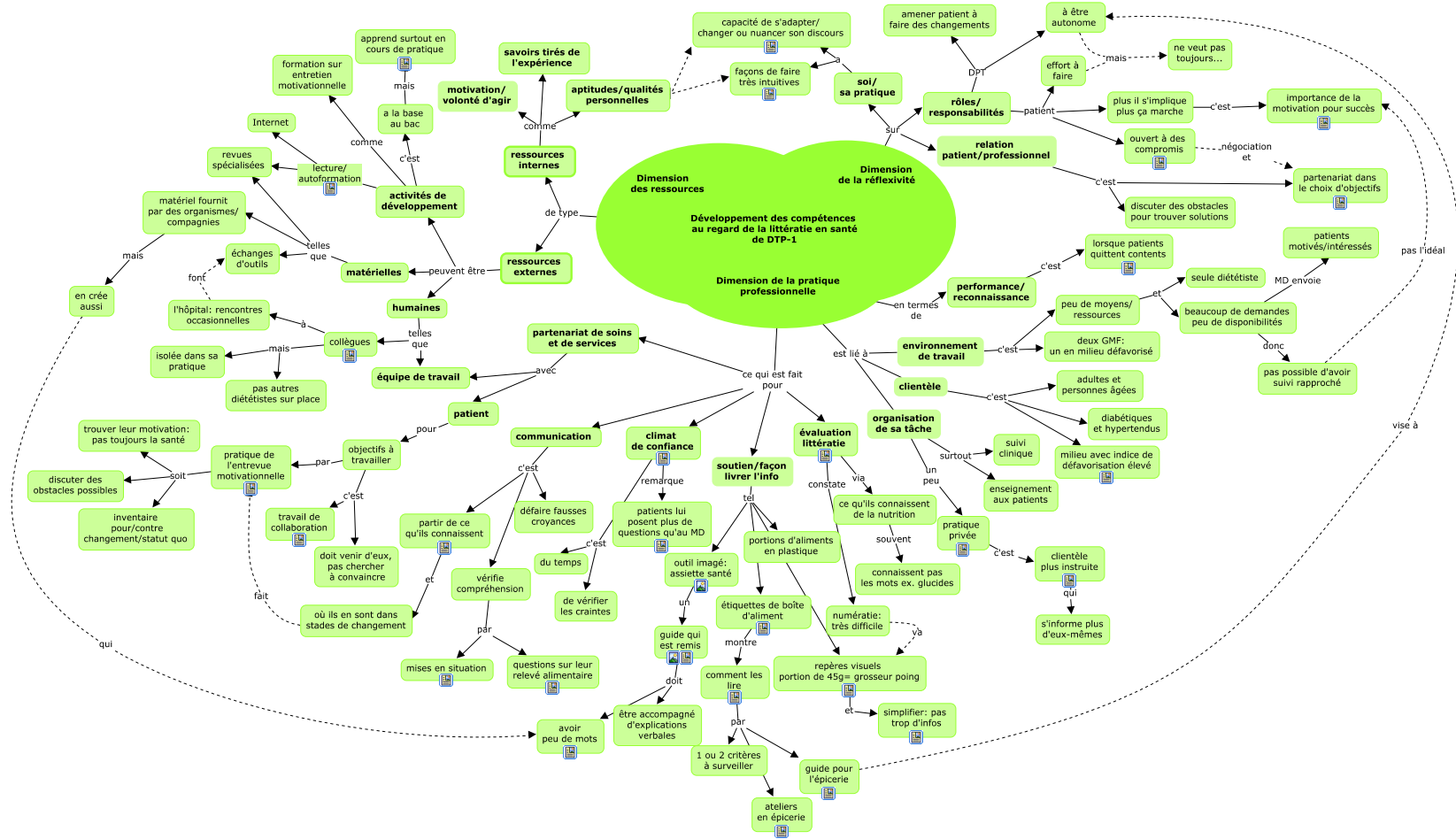
Milieu de travail : DTP-1 travaille actuellement au sein de deux unités de médecine familiale, dont une située dans un secteur desservant un territoire avec un indice de défavorisation élevé. DTP-1, en collaboration avec les membres d'une équipe interprofessionnelle, accompagne des patients atteints de maladies chroniques.

Clientèle : Des adultes et des personnes âgées de 65 ans et plus, dont plusieurs ont une scolarité de niveau secondaire.

Type de tâches : DTP-1 fait principalement de l'enseignement individuel et du suivi clinique de patients diabétiques et hypertendus.

Partenariat de soins/pratiques liées à la littérature : DTP-1 travaille au sein d'une équipe de travail qui se démarque par une pratique orientée vers l'autonomie et la responsabilisation de personnes dans la prise en charge d'une maladie chronique. De plus, DTP-1 a développé des outils pour soutenir l'autonomie des patients dans leurs choix à l'épicerie (lecture d'étiquette simplifiée, critères imagés pour chaque groupe alimentaire) et a offert des ateliers auprès d'un groupe populaire.

Carte individuelle DTP-1



Fiche-Portrait DTP-2

Profession : Nutritionniste.

Formation : Baccalauréat en nutrition.

Expérience de travail : DTP-2, qui a plus de 20 ans d'expérience dans son domaine, travaille depuis 16 ans dans ce centre hospitalier. DTP-2 avait auparavant travaillé en privé, offrant consultations et ateliers en nutrition, puis pour une compagnie spécialisée en produits alimentaires.

Milieu de travail : DTP-2 travaille dans un centre hospitalier en milieu urbain.

Clientèle : Principalement des adultes aux prises avec des troubles de santé mentale, dont plusieurs vivant en milieu socio-économique défavorisé.

Type de tâches : DTP-2 assure le suivi clinique de patients, principalement en clinique externe et à l'occasion sur les étages. En plus de ces suivis qui se font individuellement, DTP-2 anime aussi des ateliers de groupe dans le cadre d'un programme sur la promotion de saines habitudes de vie auprès de la clientèle.

Partenariat de soins/pratiques liées à la littératie : DTP-2 travaille au sein d'une équipe qui se démarque par la mise en œuvre d'une pratique de soins orientée sur la responsabilisation de la personne à l'égard de sa santé et la prise de décision partagée. En collaboration avec d'autres nutritionnistes de son département, DTP-2 a développé des outils d'enseignement adaptés à une clientèle vulnérable.

Fiche-Portrait DTP-3

Profession : Nutritionniste.

Formation : Deux baccalauréats, un en éducation physique et un en nutrition.

Expérience de travail : DTP-3, qui a plus de 20 ans d'expérience dans son domaine, a travaillé au début de sa carrière comme préposé aux bénéficiaires, puis en éducation physique. DTP-3 travaille maintenant depuis 17 ans dans ce centre hospitalier en tant que nutritionniste.

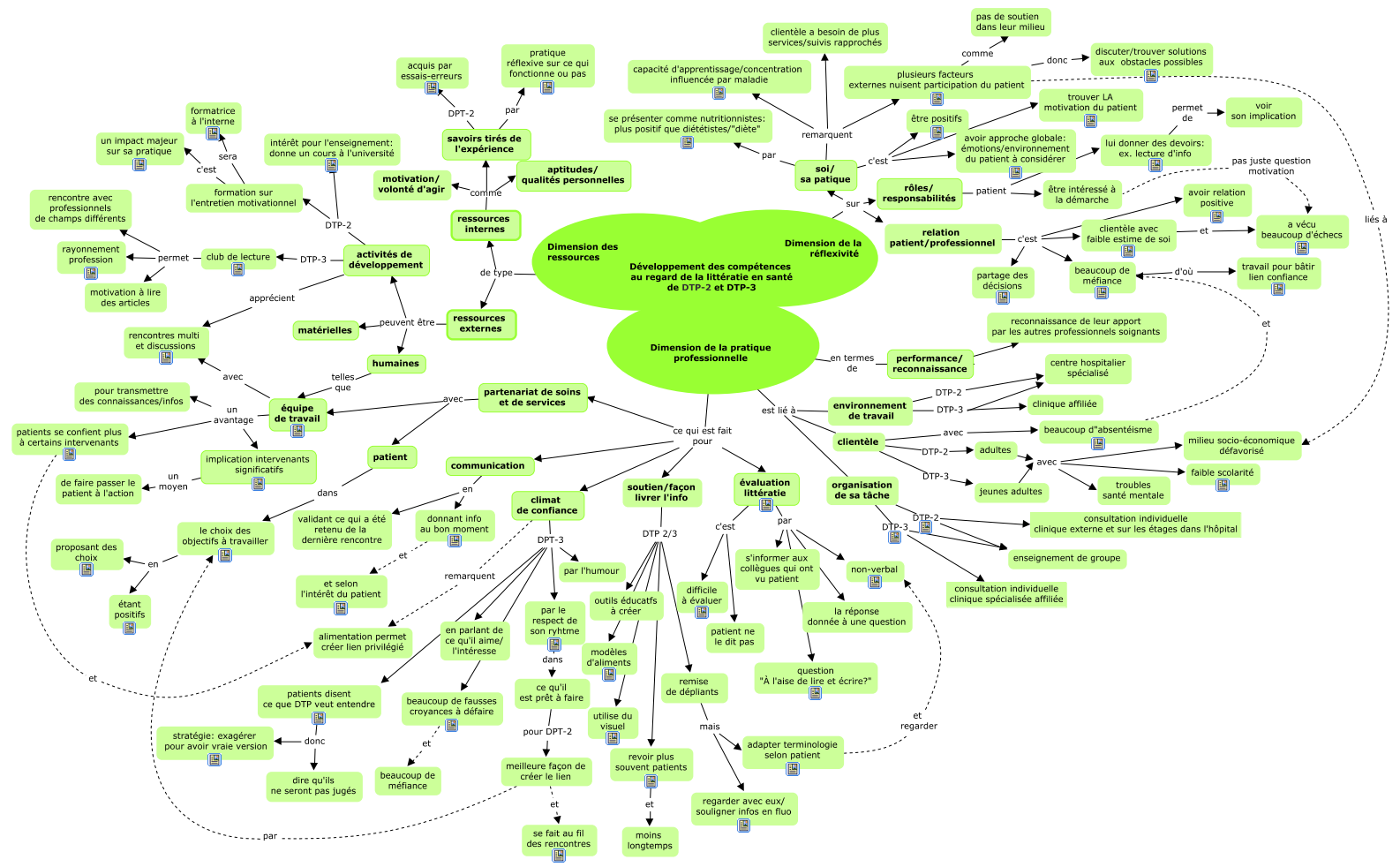
Milieu de travail : DTP-3 travaille actuellement au sein d'un centre hospitalier en milieu urbain, de même que dans une clinique affiliée à cet établissement.

Clientèle : Des adultes atteints de troubles de santé mentale, dont plusieurs sont issus d'un milieu socio-économique défavorisé. DTP-3 travaille deux jours par semaine dans une clinique spécialisée dans le suivi de jeunes adultes vivant avec un trouble de santé mentale.

Type de tâches : DTP-3 fait du suivi en clinique externe, principalement en rencontre individuelle, et anime également des ateliers d'éducation aux patients. DTP-3 a aussi des mandats en lien avec la coordination professionnelle et le développement des pratiques au sein de son organisation.

Partenariat de soins/pratiques liées à la littérature : DTP-3 travaille au sein d'une équipe qui se démarque par la mise en œuvre d'une pratique de soins orientée sur la responsabilisation de la personne à l'égard de sa santé et la prise de décision partagée. En collaboration avec d'autres nutritionnistes de son département, DTP-3 a développé des outils d'enseignement adaptés à une clientèle vulnérable.

Carte individuelle DTP-2 et 3



Fiche-portrait EDPHY-1

Profession : Éducateur/Éducatrice physique.

Formation : Baccalauréat en éducation physique.

Expérience de travail : EDPHY-1 travaille depuis près de 30 ans dans ce centre hospitalier, principalement au niveau des soins en psychiatrie à l'externe. Cet intervenant travaille également une partie de son temps dans une clinique affiliée à l'hôpital qui offre un suivi à de jeunes adultes nouvellement diagnostiqués avec un trouble de santé mentale. De plus, EDPHY-1 s'implique depuis de nombreuses années dans un organisme communautaire offrant des activités sportives en plein air à une clientèle à risque sur le plan de la littératie.

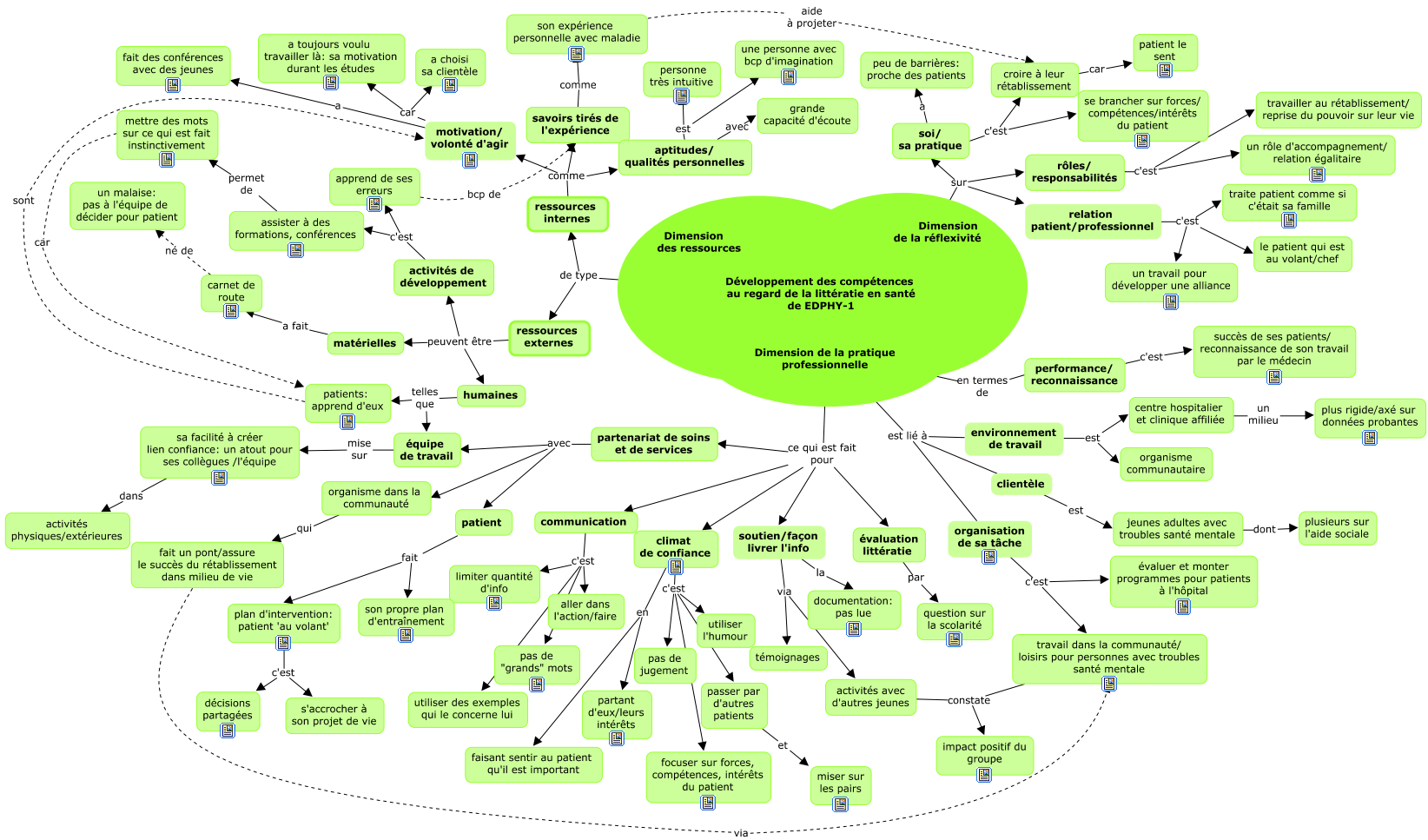
Milieu de travail : Centre hospitalier en milieu urbain et clinique affiliée.

Clientèle : Principalement de jeunes adultes atteints d'un trouble de santé mentale, dont plusieurs ont un statut d'emploi précaire ou sont sans emploi.

Type de tâches : EDPHY-1 travaille au service des activités thérapeutiques et récréatives de son établissement. En plus d'offrir une présence régulière au gymnase, EDPHY-1 est en soutien à la communauté 2 jours par semaine dans un organisme de loisirs sportifs à l'externe. Le reste de son temps est consacré à l'évaluation et au suivi des jeunes patients en début de traitement dans une clinique affiliée à l'hôpital.

Partenariat de soins/pratiques liées à la littératie : EDPHY-1 se démarque par une pratique visant à accompagner le patient dans le développement de compétences d'autogestion de sa condition, notamment en ce qui concerne l'adoption de saines habitudes de vie. EDPHY-1 travaille en partenariat avec une équipe multidisciplinaire qui a comme mandat de développer l'autonomie et la responsabilisation de la personne à l'égard de sa santé.

Carte individuelle EDPHY-1



Fiche-Portrait INF-1

Profession : Infirmier/infirmière qui travaille maintenant dans le champ de l'intervention psychosociale³⁴.

Formation : Baccalauréat en soins infirmiers, maîtrise et doctorat en lien avec la santé des populations.

Expérience de travail : INF-1 travaille depuis plus de 30 ans dans le domaine de la santé communautaire, principalement auprès d'une clientèle en situation de pauvreté. INF-1 a une expérience de travail auprès de la population autochtone, de même qu'auprès de personnes itinérantes.

Milieu de travail : Organisme communautaire.

Clientèle : Des femmes en grande partie issues d'un milieu socio-économique défavorisé et avec un faible niveau de scolarité.

Type de tâches : INF-1 offre un accompagnement individuel, de type psychosocial, à des femmes qui quittent le milieu de la prostitution. Les interventions se déroulent dans les bureaux de l'organisme, mais aussi en milieu carcéral. INF-1 assume également des rôles de gestion et de supervision d'intervenants.

Partenariat de soins/pratiques liées à la littérature : Le travail de INF-1 a été récompensé pour son caractère d'exception au regard d'une approche qui mise sur l'«empowerment» de la personne au regard de sa santé physique et mentale.

³⁴ Il est à noter qu'INF-1 pourrait être considéré comme un ou une intervenantE socialE car INF-1 ne pratique maintenant plus les soins infirmiers. C'est en nous basant sur sa formation que nous l'avons considéré comme faisant partie du groupe des infirmiers et infirmières.

Fiche-Portrait INF-2

Profession : Infirmier/infirmière.

Formation : DEC en sciences infirmières, certificats en santé mentale et communautaire et 3 cours à faire pour terminer un certificat en toxicomanie.

Expérience de travail : INF-2 exerce sa profession depuis 18 ans. Après avoir travaillé à temps partiel sur différents mandats en soins infirmiers, notamment à titre de personnel infirmier sur des sites d'entraînement, INF-2 travaille depuis deux ans à temps plein dans cet organisme.

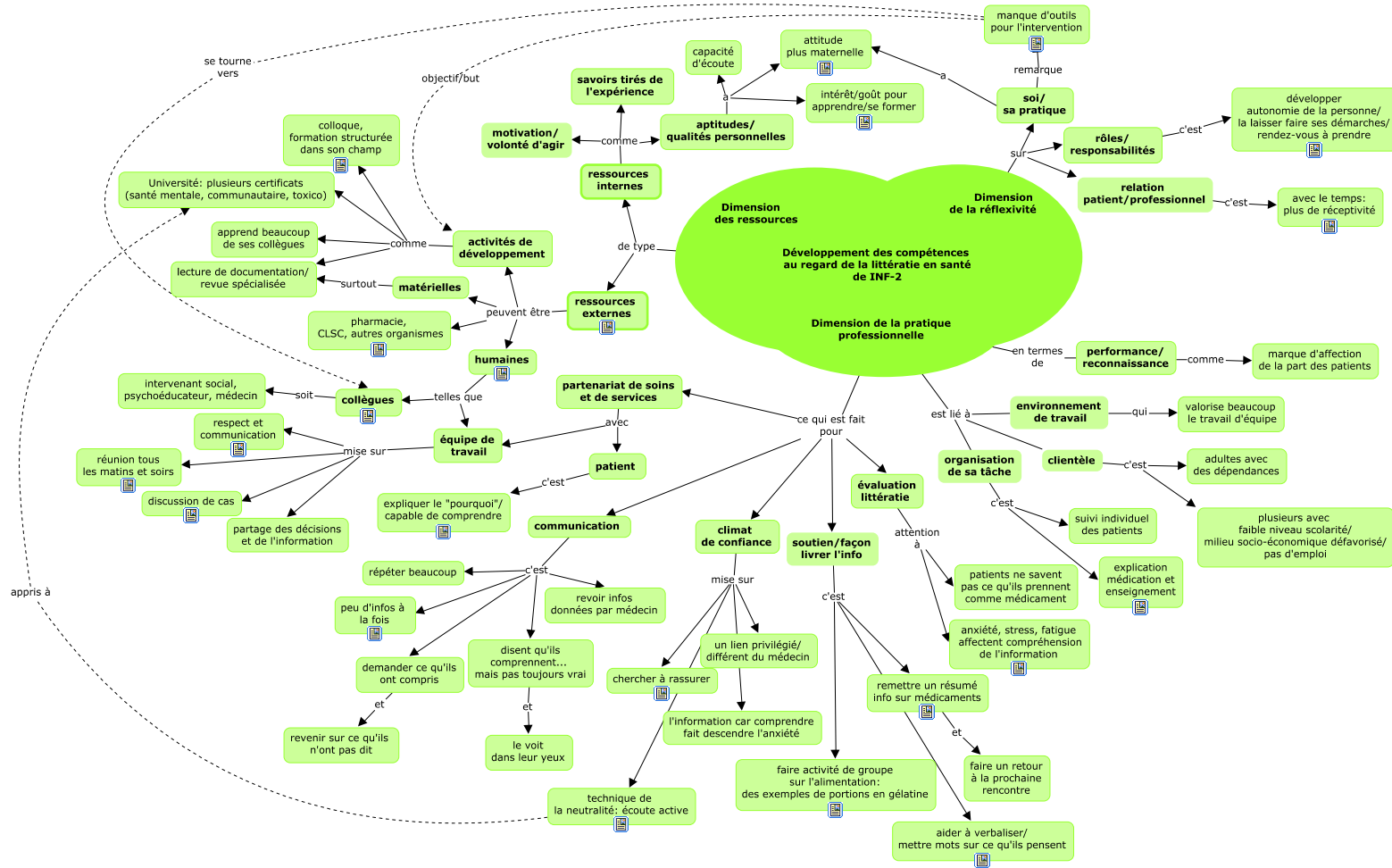
Milieu de travail : Organisme communautaire en milieu semi-urbain.

Clientèle : Des adultes aux prises avec des problèmes de dépendances, notamment aux drogues et à l'alcool. Une grande partie de sa clientèle possède un faible niveau de scolarité, vit en milieu socio-économique défavorisé et/ou a un statut d'emploi précaire.

Type de tâches : INF-2 exerce auprès de patients en hébergement de courte durée. Seule dans le domaine des soins infirmiers au sein d'une équipe interprofessionnelle, son travail consiste à faire de l'enseignement auprès des patients et à superviser et à administrer la médication.

Partenariat de soins/pratiques liées à la littératie : INF-2 travaille au sein d'une équipe qui a développé une pratique collaborative orientée vers la responsabilisation et la reprise de pouvoir par la personne sur sa santé.

Carte individuelle INF-2



Fiche-Portrait INF-3

Profession : Infirmier/infirmière

Formation : Baccalauréat en sciences infirmières, une maîtrise non complétée.

Expérience de travail : INF-3 exerce sa profession depuis 20 ans. INF-3 a travaillé en milieu hospitalier aux soins intensifs pendant quelques années, puis a ensuite pris un poste à l'urgence de cet hôpital. Depuis les dix dernières années, INF-3 travaille en médecine familiale.

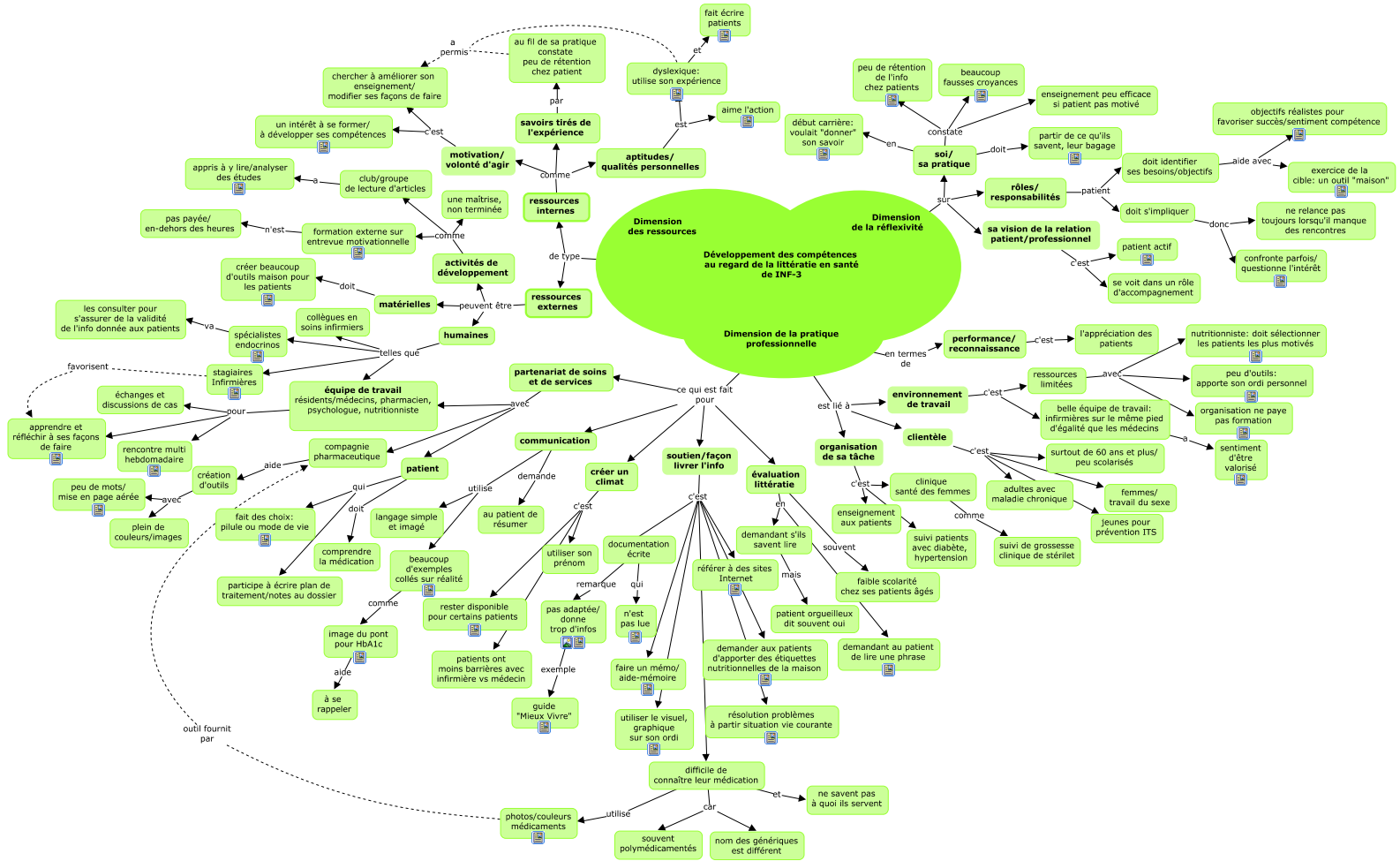
Milieu de travail : Une unité de médecine familiale rattachée à un centre hospitalier en milieu semi-urbain, desservant un territoire avec une population plus à risque de vivre en milieu socio-économique défavorisé.

Clientèle : Des adultes, dont plusieurs ont une scolarité de niveau secondaire, et des personnes âgées de 65 ans et plus vivant avec une maladie chronique.

Type de tâches : INF-3 assure le suivi clinique de patients vivant avec une maladie chronique, et travaille en clinique de santé pour les femmes et en prévention des maladies transmissibles sexuellement. INF-3 a des mandats d'enseignement aux patients.

Partenariat de soins/pratiques liées à la littératie : INF-3 travaille au sein d'une équipe qui se démarque par la mise en œuvre d'une pratique collaborative orientée vers la responsabilisation de la personne à l'égard de sa santé. INF-3 a développé plusieurs outils de vulgarisation de l'information pour répondre aux besoins de sa clientèle.

Carte individuelle INF-3



Fiche-Portrait INF-4

Profession : Infirmier/infirmière

Formation : Baccalauréat en sciences infirmières.

Expérience de travail : INF-4, qui a plus de 15 ans d'expérience dans son domaine, a travaillé dans un centre hospitalier en milieu urbain et pluriethnique pendant quelques années avant d'aller travailler dans un CLSC desservant une communauté principalement immigrante. Depuis les 10 dernières années, INF-4 travaille dans une unité de médecine familiale rattachée à un centre hospitalier.

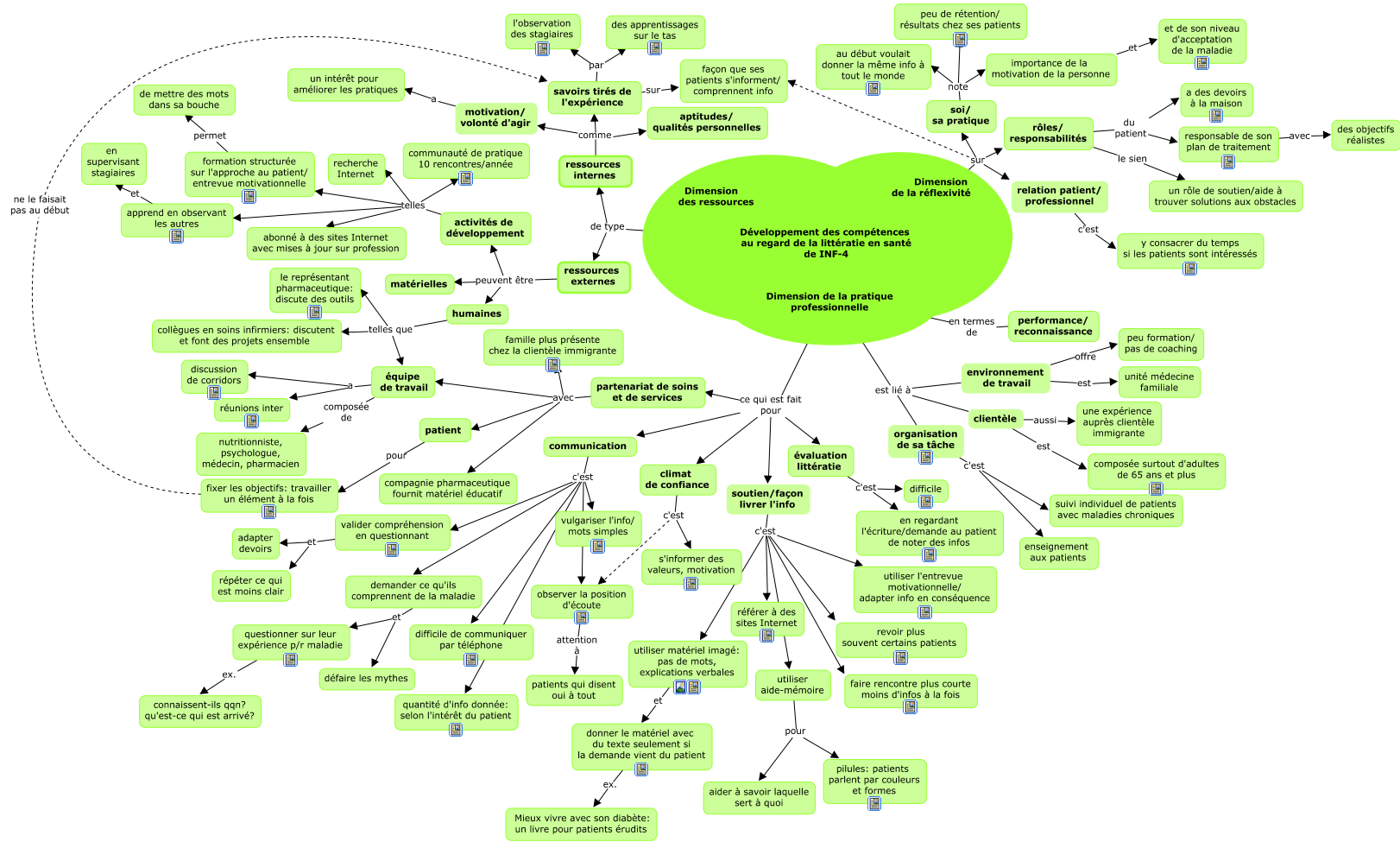
Milieu de travail : Une unité de médecine familiale en milieu semi-urbain, desservant une population sur un territoire à risque d'un statut socio-démographique plus défavorisé.

Clientèle : Des adultes vivant avec une maladie chronique et des personnes âgées de 65 ans et plus.

Type de tâches : INF-4 assure le suivi clinique de patients diabétiques et hypertendus et se consacre à des tâches d'enseignement aux patients et de soutien à l'autogestion de la maladie.

Partenariat de soins/pratiques liées à la littérature : INF-4 travaille au sein d'une équipe qui a développé une approche collaborative de soins qui mise sur la responsabilisation de la personne à l'égard de sa santé.

Carte individuelle INF-4



Fiche-Portrait INF-5

Profession : Infirmier/infirmière

Formation : Baccalauréat en sciences infirmières.

Expérience de travail : INF-5, qui exerce sa profession depuis 16 ans, a travaillé pendant près de 10 ans dans différentes unités de soins en psychiatrie au sein d'un centre hospitalier. Depuis environ 5 ans, INF-5 travaille dans une clinique affiliée à ce centre hospitalier et offrant un suivi à l'externe à des personnes vivant avec un trouble sévère de santé mentale.

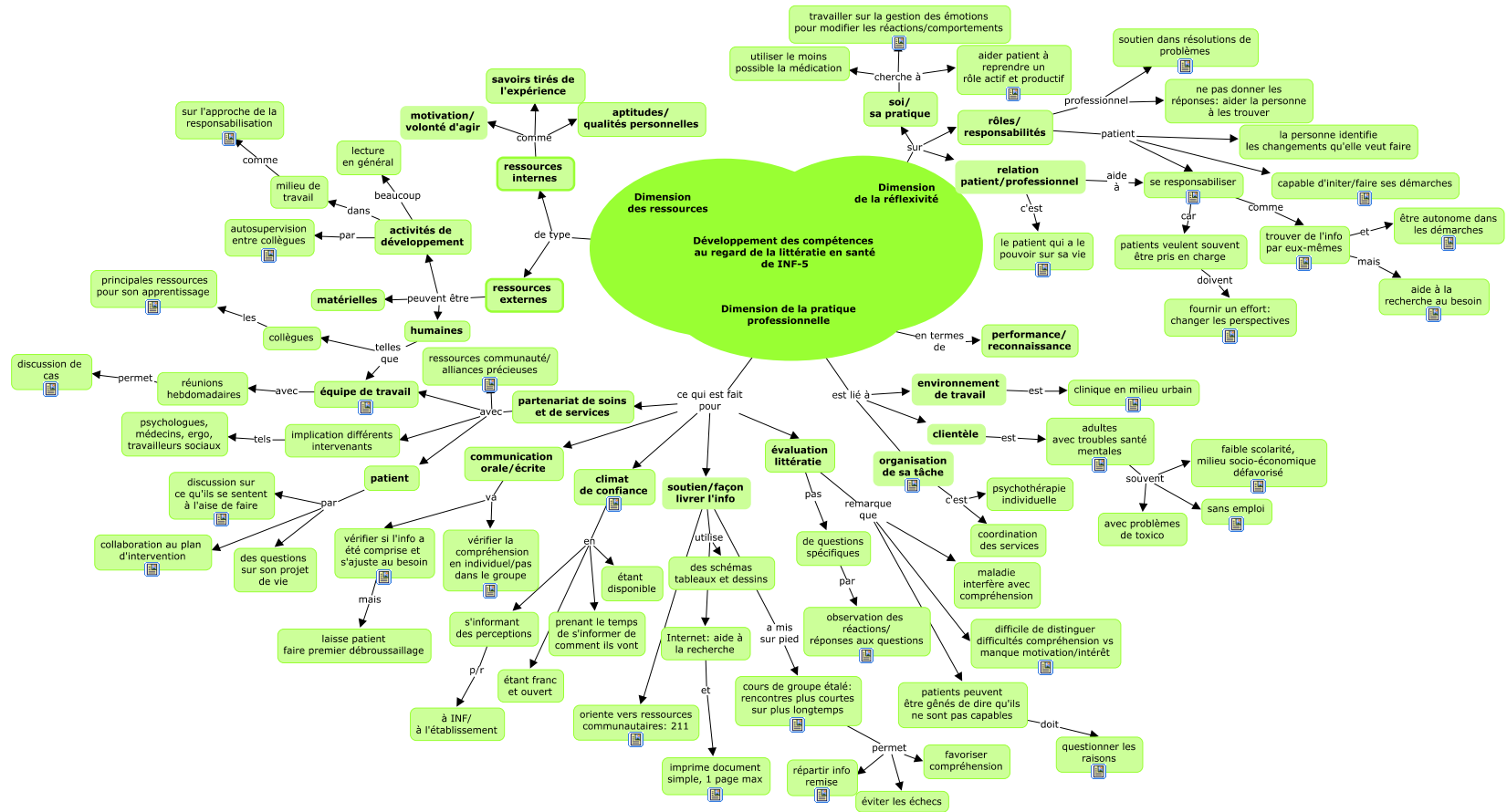
Milieu de travail : Une petite clinique multidisciplinaire située au cœur d'un centre urbain.

Clientèle : Des adultes aux prises avec des troubles de santé mentale, dont plusieurs ont un statut d'emploi précaire ou sont sans emploi.

Type de tâches : INF-5 assure le suivi et le soutien individuel de patients qui s'engagent dans un programme de psychothérapie de groupe donné par l'équipe de psychologues. INF-5 assure aussi un rôle de coordination des services et des ressources pour répondre aux besoins de la clientèle.

Partenariat de soins/pratiques liées à la littérature : INF-5 travaille au sein d'une équipe multidisciplinaire qui a développé un programme visant la responsabilisation et la reprise de pouvoir par la personne sur sa vie.

Carte individuelle INF-5



Fiche-Portrait INF-6

Profession : Infirmier/infirmière

Formation : Baccalauréat en sciences infirmières, maîtrise en administration publique en cours.

Expérience de travail : INF-6 exerce sa profession depuis 23 ans. Après avoir travaillé comme assistant-infirmier/assistante-infirmière chef sur les unités et fait des mandats de coordination des activités de nuit, INF-6 travaille dans un poste de chef d'unité depuis une quinzaine d'années.

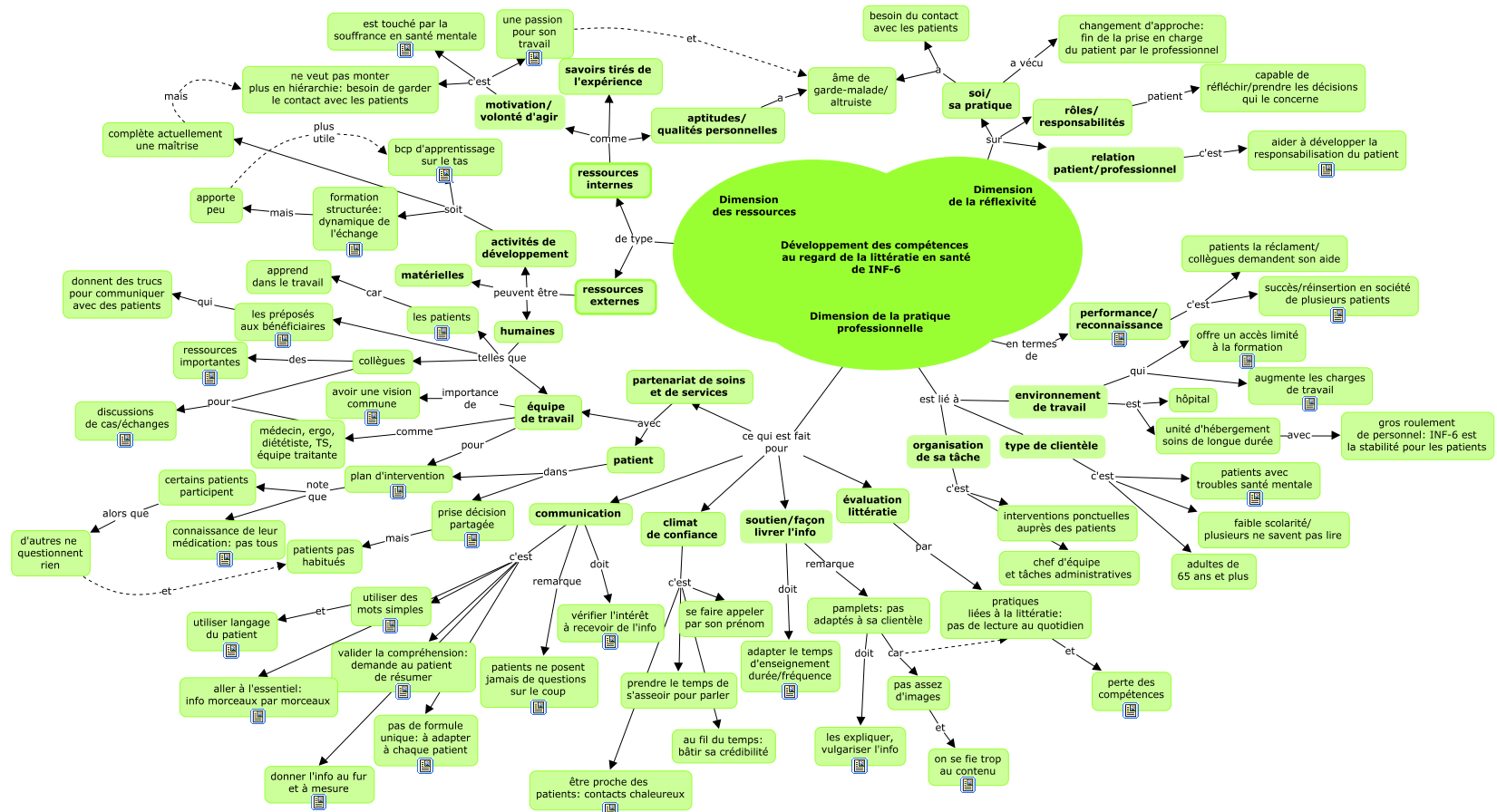
Milieu de travail : Établissement hospitalier en milieu urbain.

Clientèle : Des adultes souffrant d'un trouble de santé mentale. Une grande partie de sa clientèle possède un faible niveau de scolarité.

Type de tâches : INF-6, qui a 70 patients en soins de longue durée sous sa responsabilité, a le rôle de superviser et de coacher les infirmières et infirmiers sur le plancher dans leurs interventions, en plus d'intervenir directement auprès des patients dans des situations qui nécessitent son expertise.

Partenariat de soins/pratiques liées à la littératie : INF-6 est engagée dans une démarche personnelle et professionnelle en lien avec le développement d'une pratique orientée vers l'autonomie et la responsabilisation de patients vulnérables à l'égard de leur santé.

Carte individuelle INF-6



Fiche-Portrait INF-7

Profession : Infirmier/infirmière.

Formation : Cours d'infirmier/infirmière et certificat en psychiatrie, appelé le post-scolaire en psychiatrie. INF-7 a ensuite complété un baccalauréat en sciences infirmières et a fait un certificat en droit.

Expérience de travail : INF-7 exerce sa profession depuis 48 ans et a choisi la psychiatrie dès le départ. Après 12 ans comme assistant-infirmier/assistante-infirmière chef sur une unité de soins en psychiatrie dans un hôpital général et 20 ans en clinique externe, INF-7 a travaillé quelques années en médecine industrielle. Depuis les 5 dernières années, INF-7 oeuvre dans une clinique spécialisée en psychiatrie périnatale.

Milieu de travail : Une clinique en périnatalité au sein d'un centre hospitalier en milieu urbain.

Clientèle : Des femmes adultes dans la période périnatale qui souffrent d'une problématique liée à la santé mentale. Plusieurs vivent en situation socio-économique difficile et/ou ont un statut d'emploi précaire.

Type de tâches : INF-7 est l'unique infirmier/infirmière dans cette clinique et travaille en étroite collaboration avec le médecin et les psychologues de l'équipe. INF-7 est responsable de l'accueil de la clientèle dans le milieu, de l'information et de l'éducation aux patients ainsi que du soutien à l'autogestion de la médication.

Partenariat de soins/pratiques liées à la littérature : INF-7 pratique au sein d'une équipe qui travaille à la responsabilisation de la personne à l'égard de sa santé. Des approches et des outils ont été développés par l'équipe afin de faciliter l'accès à l'information auprès de la clientèle cible, dont un centre de documentation pour les usagers et les proches.

Fiche-Portrait INF-8

Profession : Infirmier/infirmière

Formation : Baccalauréat en sciences infirmières.

Expérience de travail : INF-8 exerce sa profession depuis plus de 30 ans. Après avoir travaillé au début de sa carrière en CLSC, surtout à l'unité de maintien à domicile, INF-8 a été infirmier/infirmière chef dans une unité soins spécialisée en psychiatrie. INF-8 travaille depuis une dizaine d'années dans une clinique externe auprès de jeunes adultes nouvellement diagnostiqués avec un trouble de santé mentale.

Milieu de travail : Clinique affiliée à un centre hospitalier en milieu urbain.

Clientèle : Des adultes qui vivent avec un trouble de santé mentale. Plusieurs ont un statut d'emploi précaire et/ou un niveau de scolarité de niveau secondaire ou moins.

Type de tâches : INF-8 est une infirmière clinicienne qui se spécialise dans l'enseignement auprès des patients, tant en individuel qu'en groupe. INF-8 fait l'accompagnement de jeunes adultes qui ont récemment développé un trouble de santé mentale et qui apprennent à vivre avec cette maladie.

Partenariat de soins/pratiques liées à la littérature : INF-8 est reconnue par ses pairs pour son expertise au niveau de l'enseignement au patient auprès de la clientèle cible. Dans le but de soutenir ses interventions visant l'autonomie et la responsabilisation de sa clientèle au regard de leur santé physique et mentale, INF-8 s'est démarqué par le développement d'outils psychoéducatifs simples et imagés.

Fiche-Portrait INF-9

Profession : Infirmier/infirmière.

Formation : Un DEC en sciences infirmières et vient de compléter le baccalauréat en sciences infirmières.

Expérience de travail : INF-9, qui exerce sa profession depuis 8 ans, a travaillé en milieu hospitalier dans une équipe volante sur les unités spécialisées en obstétrique, en pédiatrie et en chirurgie avant d'obtenir un poste régulier au département d'hématologie/oncologie. INF-9 a travaillé pendant 3 ans dans ce département avant de changer il y a un an pour le département de traumatologie.

Milieu de travail : Grand centre hospitalier en milieu urbain situé dans un secteur avec un indice de défavorisation élevé.

Clientèle : Des adultes en milieu socioéconomique défavorisé et des personnes âgées de 65 ans et plus.

Type de tâches : INF-9 s'occupe de la prise en charge complète du patient, de l'admission à la fin de l'hospitalisation, en assurant les soins au chevet, l'enseignement de la médication et le soutien à la réadaptation en vue d'outiller la personne pour la prise en charge de sa condition à son retour à la maison.

Partenariat de soins/pratiques liées à la littératie : INF-9 a développé ses compétences en littératie en santé, notamment par des travaux en milieu universitaire et une implication auprès d'un organisme communautaire offrant des ateliers sur la santé à une clientèle de faible niveau de littératie.

Fiche-Portrait MD-1

Profession : Médecin spécialiste.

Formation : Après l'obtention d'un diplôme en médecine générale, MD-1 a amorcé sa résidence en médecine interne avant de compléter une spécialisation en dermatologie. MD-1 est en voie de terminer sous peu une maîtrise en pédagogie médicale.

Expérience de travail : Après 5 ans et demi de résidence, MD-1 travaille depuis un an à temps plein comme médecin spécialiste en milieu hospitalier.

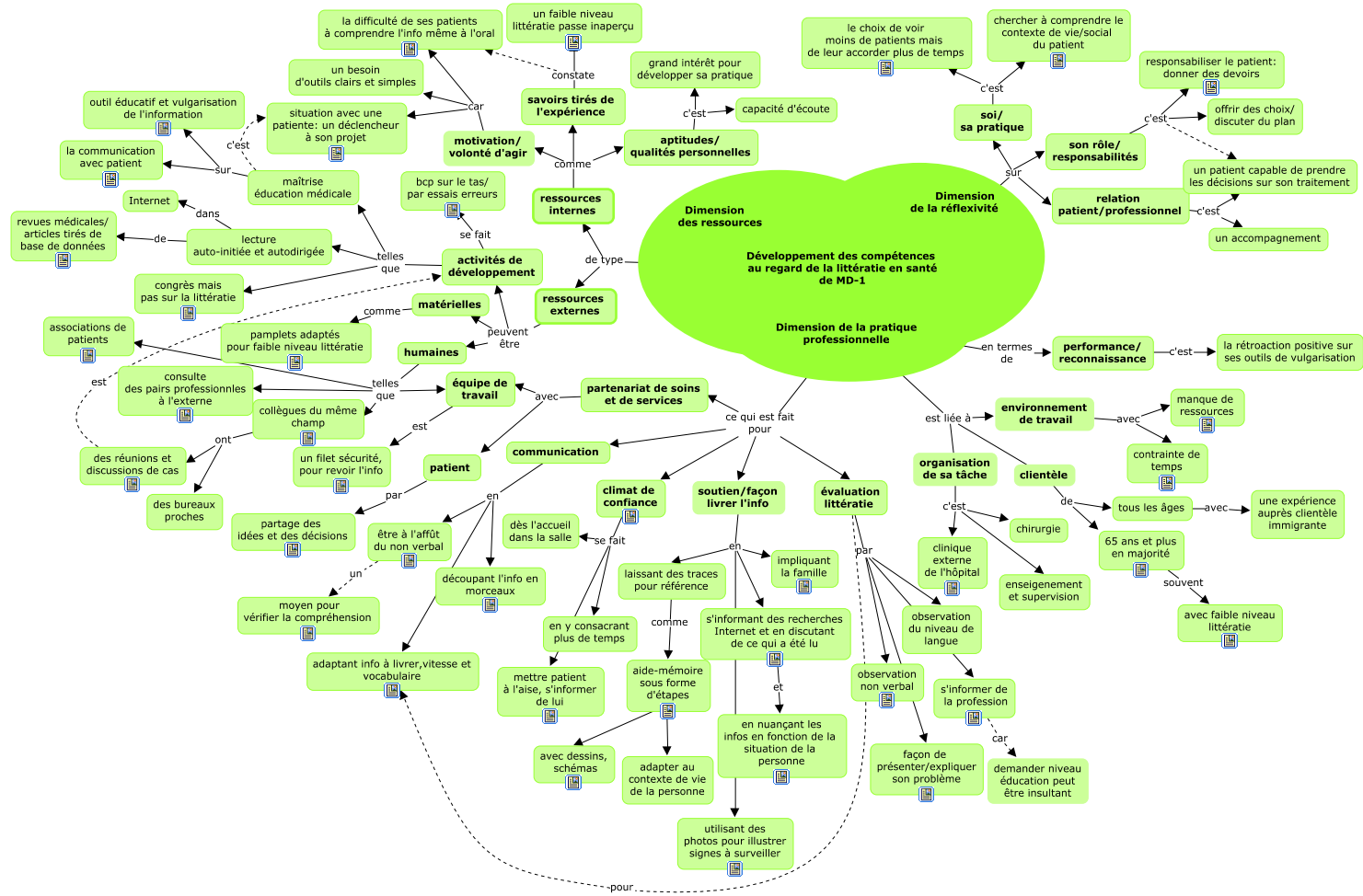
Milieu de travail : Un grand centre hospitalier en milieu urbain.

Clientèle : Des adultes dont plus de 60% sont des personnes âgées de plus de 65 ans.

Type de tâches : MD-1 travaille principalement auprès de patients dans une clinique spécialisée en milieu hospitalier. Ce médecin fait également des chirurgies, assure un suivi des patients hospitalisés sur les unités de soins et cela, en plus de tâches d'enseignement en milieu universitaire et de supervision de médecins résidents.

Partenariat de soins/pratiques liées à la littératie : MD-1 se distingue au regard de la littératie en santé par la réalisation de matériel et d'outils permettant de vulgariser l'information sur la santé. Ses outils imagés d'aide à la décision visent à rendre le patient autonome dans la prise en charge de sa condition.

Carte individuelle MD-1



Fiche-Portrait MD-2

Profession : Médecin de famille.

Formation : MD-2, qui a fait ses études en Europe, est diplômée en médecine familiale depuis plus de 20 ans. Après avoir immigré au Québec, MD-2 a fait une équivalence de diplôme et travaille depuis en tant que médecin généraliste.

Expérience de travail : MD-2 a travaillé 8 ans en pratique privée en Europe avant d'occuper au cours des 11 dernières années un poste en gériatrie au Québec.

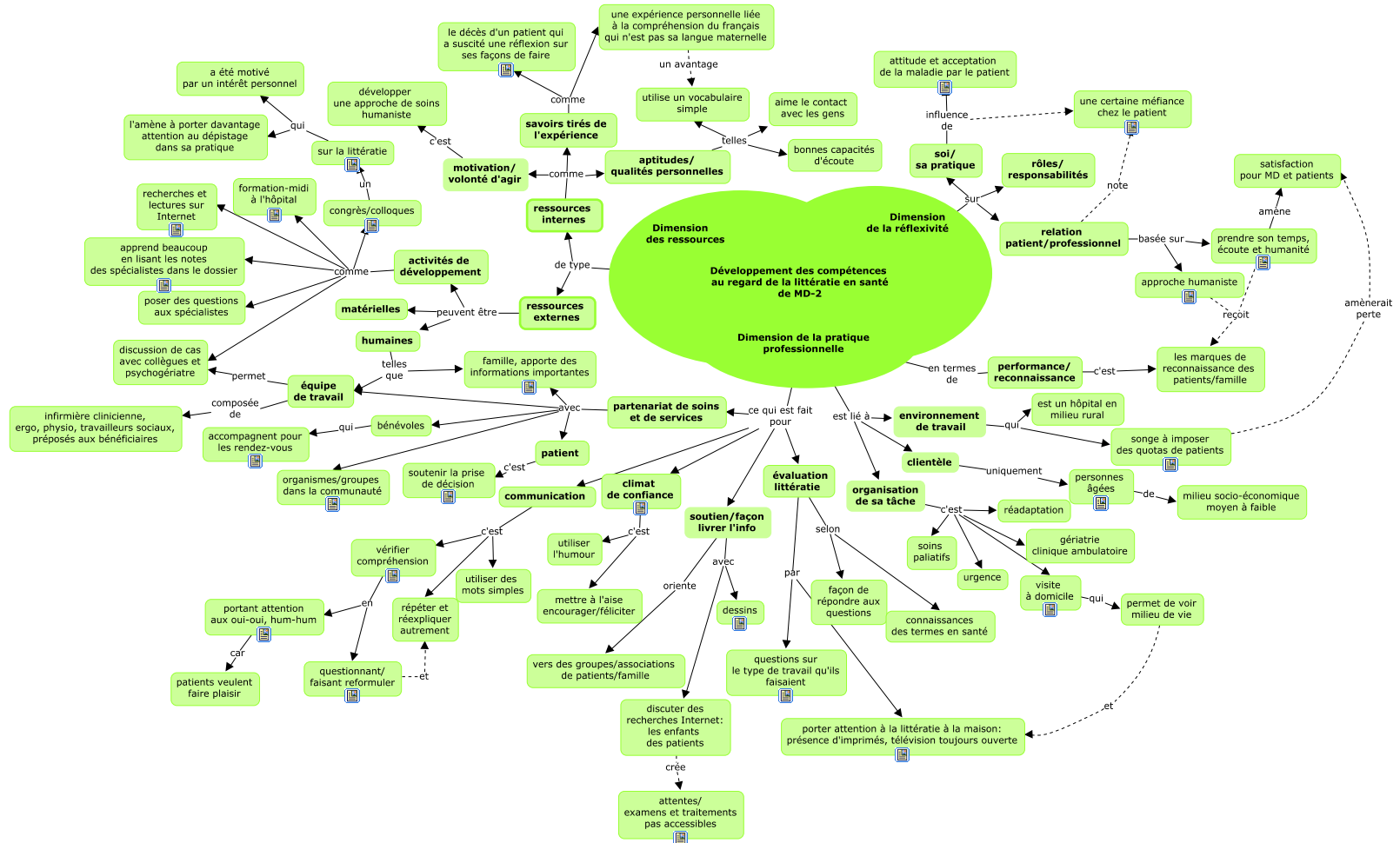
Milieu de travail : Un hôpital en milieu rural.

Clientèle : Des personnes âgées de 65 ans et plus.

Type de tâches : MD-2 travaille principalement au sein d'une équipe interprofessionnelle en soutien à domicile. MD-2 travaille également certaines heures en soins palliatifs et assure une présence de garde à l'urgence de cet hôpital.

Partenariat de soins/pratiques liées à la littératie : MD-2 a un intérêt personnel et un certain développement professionnel orientés vers la relation aux patients et la littératie en santé.

Carte individuelle MD-2



Fiche-Portrait MD-3

Profession : Médecin spécialiste.

Formation : Baccalauréat en médecine avec une résidence de 3 ans en pédiatrie et une surspécialisation en endocrinologie. Ce médecin est en voie de terminer une maîtrise en éducation médicale.

Expérience de travail : MD-3 travaille à plein temps depuis un an comme médecin spécialiste dans un hôpital.

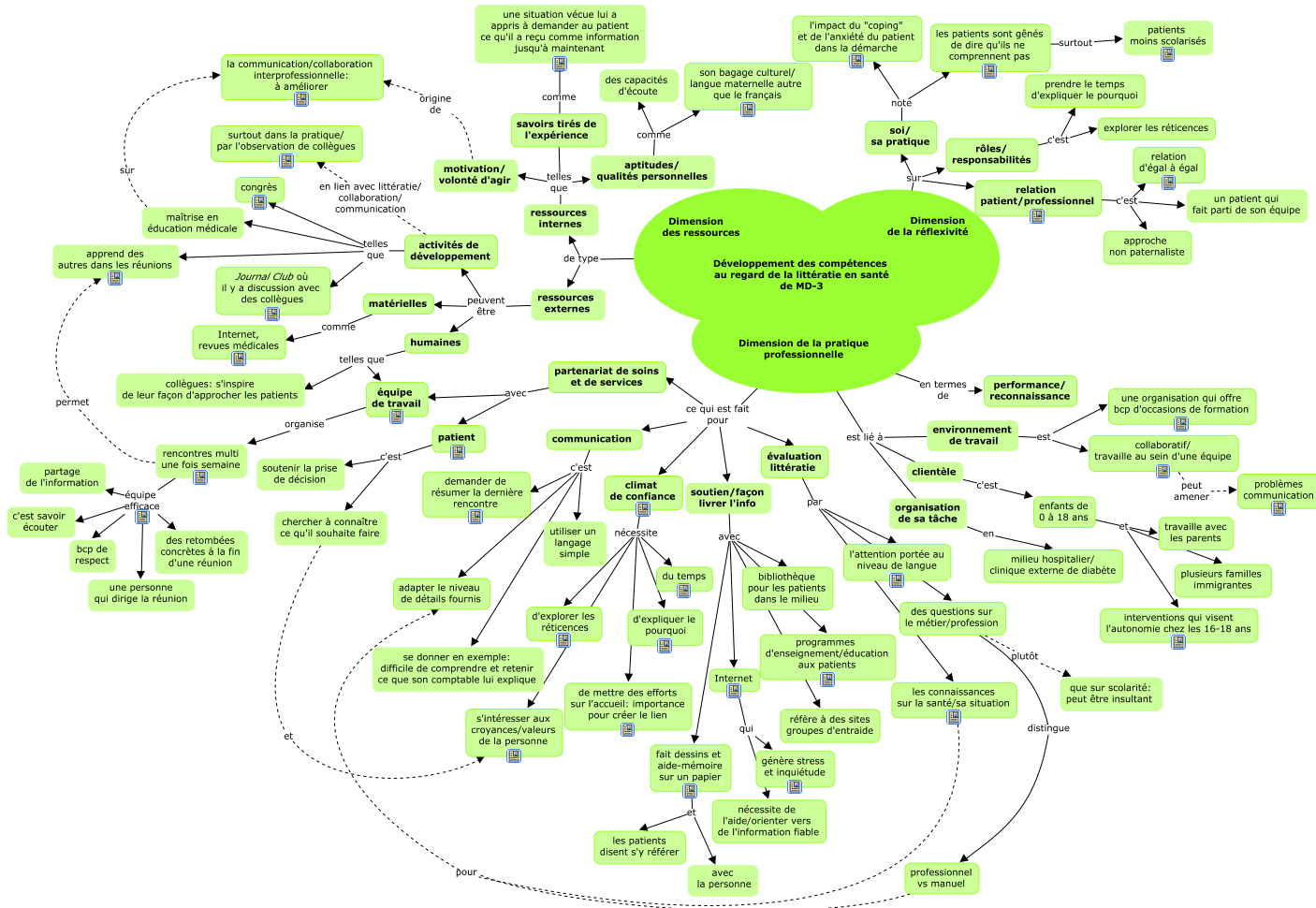
Milieu de travail : Un grand centre hospitalier en milieu urbain.

Clientèle : Principalement des enfants de 0 à 18 ans et leurs parents. Une partie de sa clientèle est immigrante.

Type de tâches : Suivi de patients atteints de maladies chroniques en clinique spécialisée au sein de l'hôpital. Une autre partie de son temps est consacrée au traitement de patients en phase aigüe sur les étages.

Partenariat de soins/pratiques liées à la littérature : MD-3 travaille au sein d'une équipe interprofessionnelle qui met en œuvre une approche de partenariat de soins et de services. MD-3 se démarque par des projets de développement professionnel sur les questions de collaboration interprofessionnelle.

Carte individuelle MD-3



Fiche-Portrait MD-4

Profession : Médecin de famille.

Formation : Docteur en médecine familiale.

Expérience de travail : MD-4, qui pratique depuis plus de trente ans, a travaillé 5 ans en psychiatrie et 20 ans à l'unité de désintoxication d'un grand centre hospitalier, notamment en tant que chef de l'unité. En plus d'activités en pratique privée ainsi que dans des centres pour personnes âgées (CHSLD), MD-4 travaille depuis 5 ans dans des organismes communautaires spécialisés en traitement des dépendances.

Milieu de travail : Principalement un organisme communautaire spécialisé dans le traitement des dépendances (pharmaco-toxico) en milieu semi-urbain.

Clientèle : Tous les âges, mais en majorité des adultes et des personnes âgées. MD-4 a travaillé 25 ans dans un secteur où l'indice de défavorisation est élevé et une partie de sa clientèle actuelle a non seulement un faible niveau de scolarité, mais vit en milieu socio-économique dévalorisé et/ou avec un statut d'emploi précaire.

Type de tâches : Au sein de l'organisme où ce médecin a été rencontré, ses tâches consistent à évaluer, traiter et suivre des adultes qui sont dans un programme intensif de traitement des dépendances.

Partenariat de soins/pratiques liées à la littérature : MD-4 travaille au sein d'une équipe interprofessionnelle qui se démarque par son approche collaborative visant l'autonomie et la prise en charge par la personne de sa santé.

Fiche-Portrait MD-5

Profession : Médecin de famille.

Formation : Formation de médecin de famille, puis formation complémentaire en santé communautaire et santé des populations de niveau maîtrise et doctorat.

Expérience de travail : Exerce la médecine familiale depuis 25 ans.

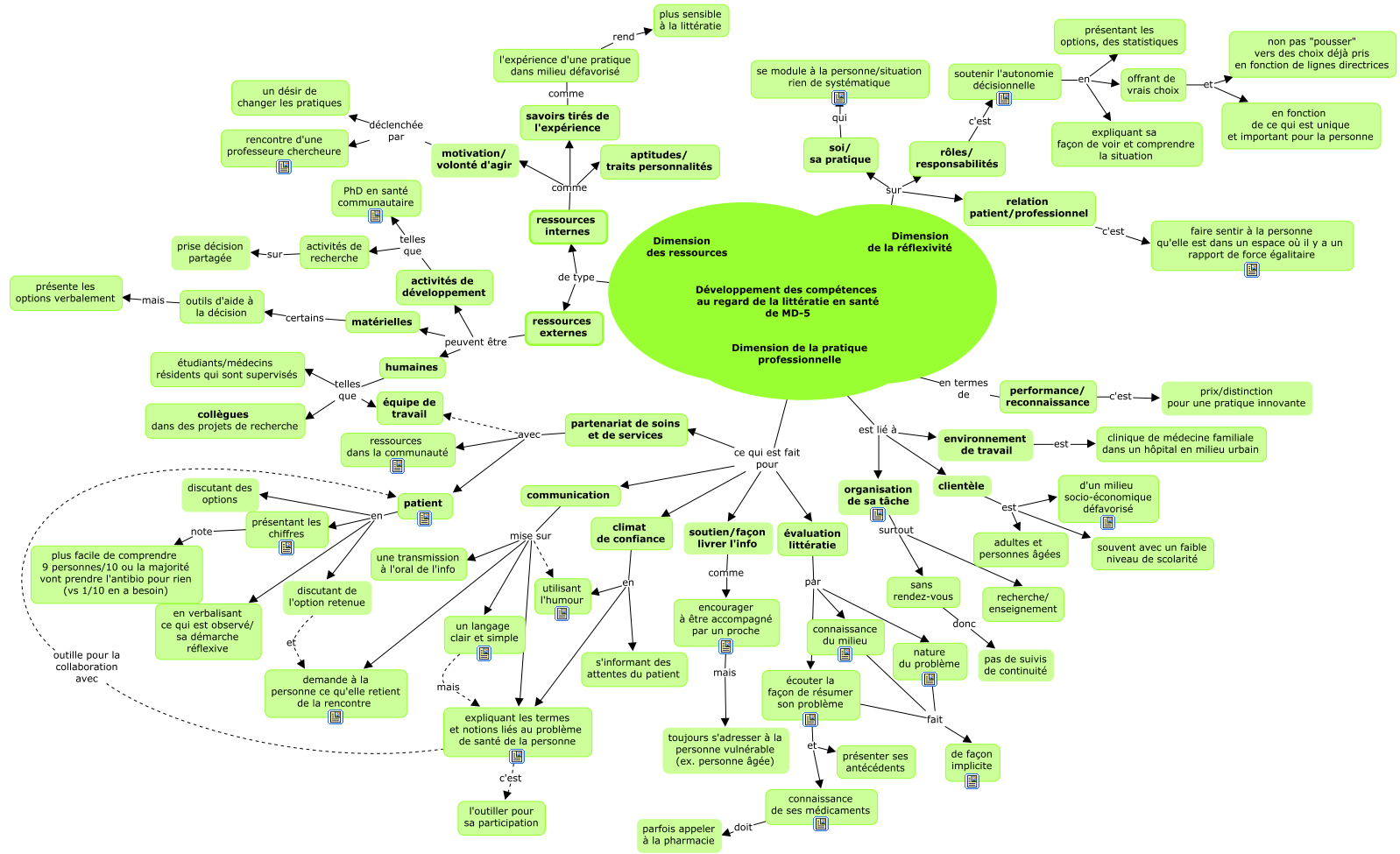
Milieu de travail : Grand centre hospitalier en milieu urbain.

Clientèle : Tous les âges, avec en majorité des adultes et des personnes âgées. L'établissement où exerce MD-5 dessert la clientèle d'un secteur où l'indice de défavorisation est le plus élevé dans la région.

Type de tâches : Son travail auprès de patients se fait essentiellement à la clinique sans- rendez-vous de l'unité de médecine familiale de l'hôpital. MD-5 assure aussi une couverture médicale sur appel pour l'équipe du soutien à domicile. MD-5 a également des mandats de recherche et d'enseignement.

Partenariat de soins/pratiques liées à la littérature : Le travail et les projets de MD-5 dans le domaine de l'autonomie décisionnelle et la participation aux soins des patients ont été récompensés pour leur caractère exemplaire par des organismes externes.

Carte individuelle MD-5



Fiche-Portrait MD-6

Profession : Médecin spécialiste.

Formation : Formation en médecine familiale avec surspécialisation en psychiatrie.

Expérience de travail : Après une formation en médecine générale, MD-6 a pratiqué quelques années en région éloignée pour ensuite faire des études de spécialité en psychiatrie. MD-6 exerce en psychiatrie depuis 32 ans et enseigne également en milieu universitaire.

Milieu de travail : Une clinique spécialisée en psychiatrie périnatale au sein d'un centre hospitalier en milieu urbain.

Clientèle : Des femmes atteintes d'un trouble de santé mentale au cours de la période périnatale. Une partie importante de la clientèle vit dans un environnement socio-économique défavorisé.

Type de tâches : Dirige la clinique de périnatalité de cet hôpital. Sa pratique se concentre auprès de femmes qui ont développé un trouble de santé mentale au cours de leur grossesse ou après leur accouchement, ou auprès de femmes qui ont un trouble de santé mentale connu et qui souhaitent devenir enceintes. Ce médecin joue également un rôle de soutien auprès de médecins de famille ou de gynécologues.

Partenariat de soins/pratiques liées à la littérature : MD-6 travaille dans un contexte de partenariat de soins et de services dans une approche qui place le patient chef de l'équipe. MD-6 se démarque par une pratique collaborative avec les proches, mais aussi par les projets et outils développés afin de fournir une information psychoéducatrice accessible.

Fiche-Portrait MD-7

Profession : Médecin de famille.

Formation : Docteur en médecine familiale.

Expérience de travail : Après l'obtention de son diplôme il y a plus de 35 ans, MD-7 a touché un peu à tout et a pratiqué en bureau privé et en milieu hospitalier, notamment à l'urgence et aux soins intensifs. Ce médecin a également fait pendant un certain temps des suivis de grossesses et des accouchements, de même que du travail en réadaptation et en maintien à domicile, avant de travailler dans un groupe de médecine familiale.

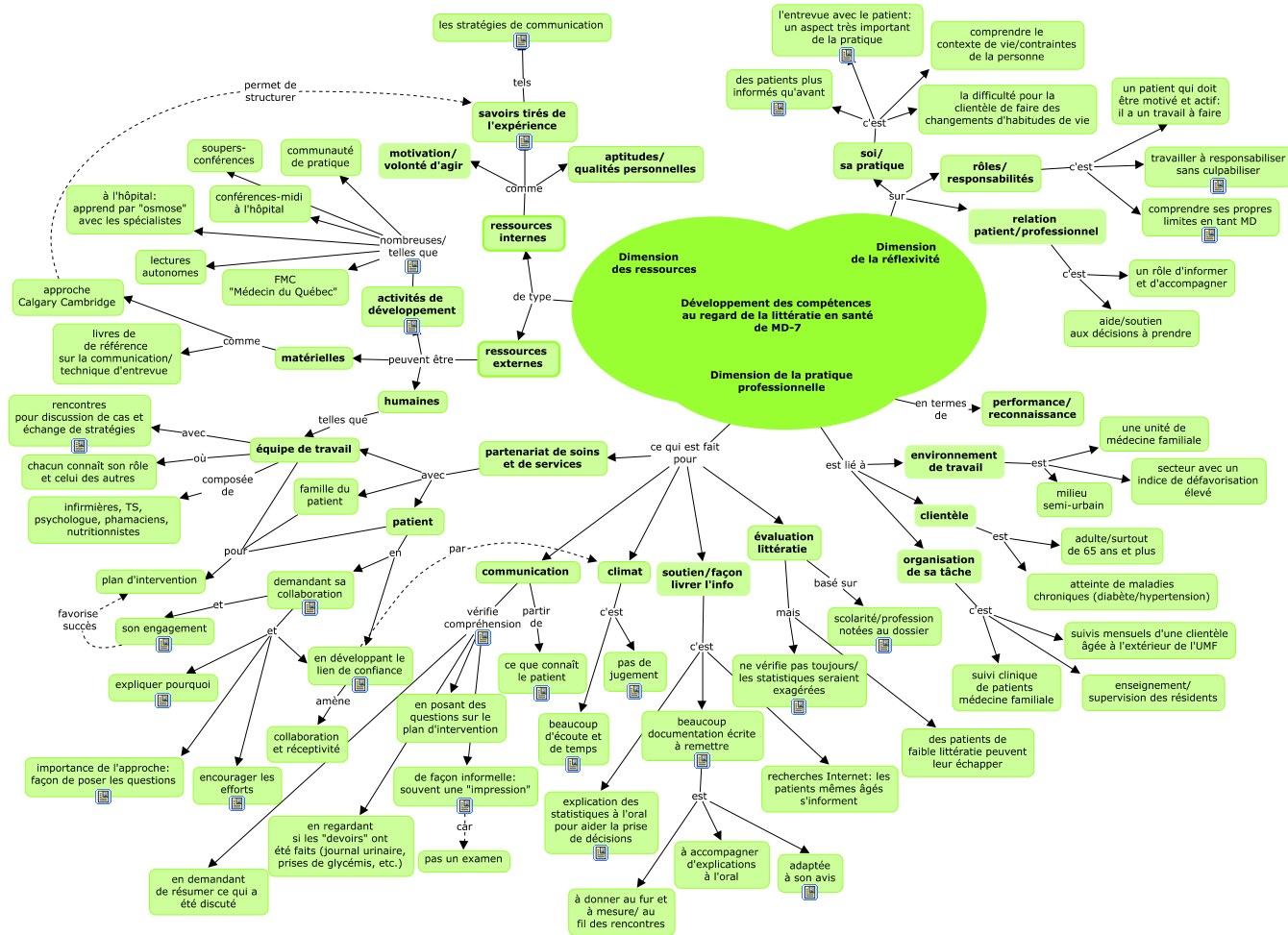
Milieu de travail : Une unité de médecine familiale affiliée à un hôpital en milieu semi-urbain.

Clientèle : Adultes et principalement des personnes âgées de 65 ans et plus.

Type de tâches : MD-7 pratique au sein d'un groupe de médecine familiale (GMF) en milieu semi-urbain. Ce médecin travaille également auprès d'une clientèle âgée en soins à domicile et de longue durée, et cela, en plus de ses tâches d'enseignement à l'Université et de supervision des résidents dans son milieu de travail.

Partenariat de soins/pratiques liées à la littérature : MD-7 travaille au sein d'une équipe qui a mis en place une pratique de collaboration interprofessionnelle qui s'actualise dans une approche motivationnelle auprès des patients, orientée vers une responsabilisation et une participation aux soins.

Carte individuelle MD-7



Fiche-Portrait PHARM-1

Profession : Pharmacien/pharmacienne

Formation : Doctorat en pharmacie.

Expérience de travail : PHARM-1 pratique depuis 32 ans et a cumulé une vaste expérience de travail sur le terrain, notamment en lien avec l'aide humanitaire. En plus d'avoir exercé des fonctions de direction au sein du gouvernement, PHARM-1 a une expérience de travail auprès de populations vulnérables en Afrique, en Haïti et au Mexique. Au Canada, ce professionnel a travaillé en milieu populaire, notamment dans le cadre d'activités au sein d'une pharmacie communautaire, et a une expérience auprès de la communauté autochtone liée à des projets professionnels en littératie en santé. PHARM-1 travaille maintenant principalement en milieu hospitalier, et ce, depuis 13 ans.

Milieu de travail : Un grand centre hospitalier en milieu urbain.

Clientèle : PHARM-1 travaille auprès d'une clientèle pédiatrique et ses interventions s'adressent surtout aux parents de ces enfants. PHARM-1 s'implique plus particulièrement auprès de la clientèle qui possède un faible niveau de scolarité ou une langue autre que le français et l'anglais, une partie de sa clientèle étant d'ailleurs immigrante.

Type de tâches : En plus d'interventions auprès de la clientèle dans le cadre de ses activités aux soins palliatifs et en recherche clinique, PHARM-1 assume des responsabilités de gestion et de direction dans son département. PHARM-1 travaille également à temps partiel dans une pharmacie communautaire.

Partenariat de soins/pratiques liées à la littératie : PHARM-1 se démarque par son expertise en matière de littératie en santé, un concept qu'il adapte au champ de la pharmacie dans le cadre de ses travaux, notamment par le développement d'outils visuels pour faciliter l'accès à l'information liée aux médicaments.

Fiche-Portrait PHARM-2

Profession : Pharmacien/pharmacienne

Formation : Doctorat en pharmacie, maîtrise en pharmacie d'hôpital.

Expérience de travail : PHARM-2 travaille depuis 20 ans dans ce centre hospitalier au niveau des soins en psychiatrie à l'externe. Depuis les 15 dernières années, PHARM-2 pratique dans une clinique affiliée à l'hôpital qui offre un suivi et un programme de réadaptation à des jeunes adultes nouvellement diagnostiqués avec un trouble de santé mentale.

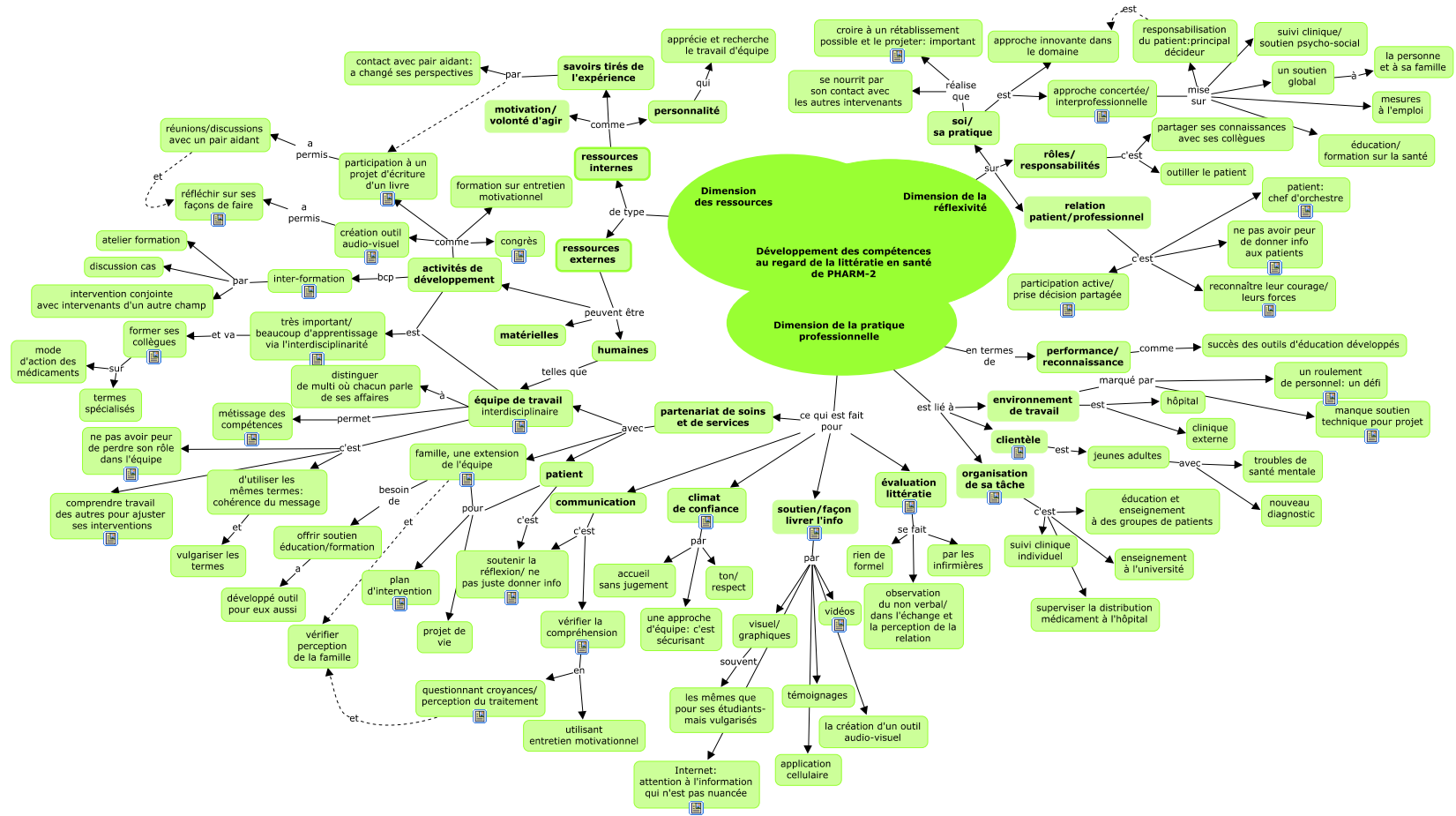
Milieu de travail : Une clinique affiliée à un centre hospitalier en milieu urbain.

Clientèle : De jeunes adultes âgés de 18 à 30 ans qui souffrent d'un trouble de santé mentale. Plusieurs ont un statut d'emploi précaire et/ou une scolarité de niveau secondaire 5 ou moins.

Type de tâches : PHARM-2 travaille à l'hôpital et supervise la distribution des médicaments de la pharmacie une fois par semaine. Le reste de son temps est consacré au suivi clinique de ses patients. PHARM-2 se spécialise dans l'enseignement et l'éducation aux patients et offre des formations et des ateliers en groupe.

Partenariat de soins/pratiques liées à la littérature : PHARM-2 est reconnu pour son expertise au niveau de l'enseignement au patient. PHARM-2 a développé des outils psychoéducatifs audiovisuels et travaille en partenariat avec une équipe interprofessionnelle qui a mis en place une approche orientée vers l'autonomie et la responsabilisation de la personne.

Carte individuelle PHARM-2



Fiche-Portrait PSY-1

Profession : Psychologue.

Formation : Baccalauréat en psychologie, baccalauréat en sciences sociales et maîtrise en communication.

Expérience de travail : Après l'obtention de son diplôme en psychologie, il y a de ça 27 ans, PSY-1 a travaillé plusieurs années en pédopsychiatrie dans différents établissements hospitaliers, en clinique externe et en santé mentale jeunesse. PSY-1 travaille depuis 5 ans au sein de ce groupe de médecine familiale.

Milieu de travail : Une unité de médecine familiale affiliée à un centre hospitalier en milieu semi-urbain.

Clientèle : Principalement des adultes, mais aussi des femmes en périnatalité et des personnes âgées. Ces personnes vivent sur un territoire où l'indice de défavorisation est élevé.

Type de tâches : PSY-1 pratique au sein d'une équipe interprofessionnelle qui accompagne des patients qui doivent s'engager dans une démarche de changement d'habitudes de vie en lien avec une maladie chronique ou qui vivent des difficultés d'adaptation à la suite d'un événement de vie (maladie, deuil, grossesse, etc.).

Partenariat de soins/pratiques liées à la littératie : PSY-1 travaille au sein d'une équipe qui se démarque par une approche motivationnelle auprès des patients visant une participation active aux soins et une autonomie dans la prise en charge de leur santé.

Fiche-Portrait PSYED-1

Profession : Psychoéducateur/Psychoéducatrice.

Formation : Baccalauréat et maîtrise en psychoéducation, maîtrise spécialisée en intervention en toxicomanie.

Expérience de travail : PSYED-1 travaille depuis 17 ans dans un organisme sans but lucratif spécialisé dans le traitement des dépendances, que ce soit à l'alcool, aux drogues ou aux médicaments. PSYED-1 a développé des programmes pour contrer la chronicité et une expertise en intervention auprès de femmes ayant subi des abus sexuels.

Milieu de travail : Organisme communautaire situé un milieu semi-urbain.

Clientèle : Des adultes aux prises avec des problèmes de consommation de drogues et d'alcool. Une importante partie de la clientèle est sans emploi ou a un statut d'emploi précaire et vit dans un milieu socio-économique défavorisé.

Type de tâches : PSYED-1 supervise et encadre l'équipe clinique en assurant la coordination entre l'équipe médicale, les intervenants sur le terrain et l'équipe administrative. PSYED-1 intervient également directement auprès des patients pour l'élaboration et le suivi des plans d'intervention, l'encadrement disciplinaire, l'auto-évaluation des programmes de formation et l'animation d'une formation de groupe. PSYED-1 a aussi un mandat de recherche et développement au sein de l'organisme.

Partenariat de soins/pratiques liées à la littératie : PSYED-1 travaille au sein d'une équipe interprofessionnelle qui se démarque par une approche de responsabilisation et de prise de pouvoir par la personne sur sa santé. PSYED-1 se démarque aussi par la création de programmes et d'outils d'éducation adaptés à sa clientèle et visant le développement de l'autonomie dans la prise en charge de sa santé mentale et physique.

Fiche-Portrait INT-1

Profession : Intervenant social/intervenante sociale.

Formation : Baccalauréat en criminologie.

Expérience de travail : Après une expérience de travail dans un Centre jeunesse, INT-1 travaille depuis 8 ans dans cet organisme sans but lucratif qui offre un programme de traitement des dépendances. INT-1 y a occupé les postes d'intervenant/e de fin de semaine, d'intervenant/e de semaine et d'intervenant/e senior avant d'occuper maintenant le poste d'intervenant/e chef d'équipe.

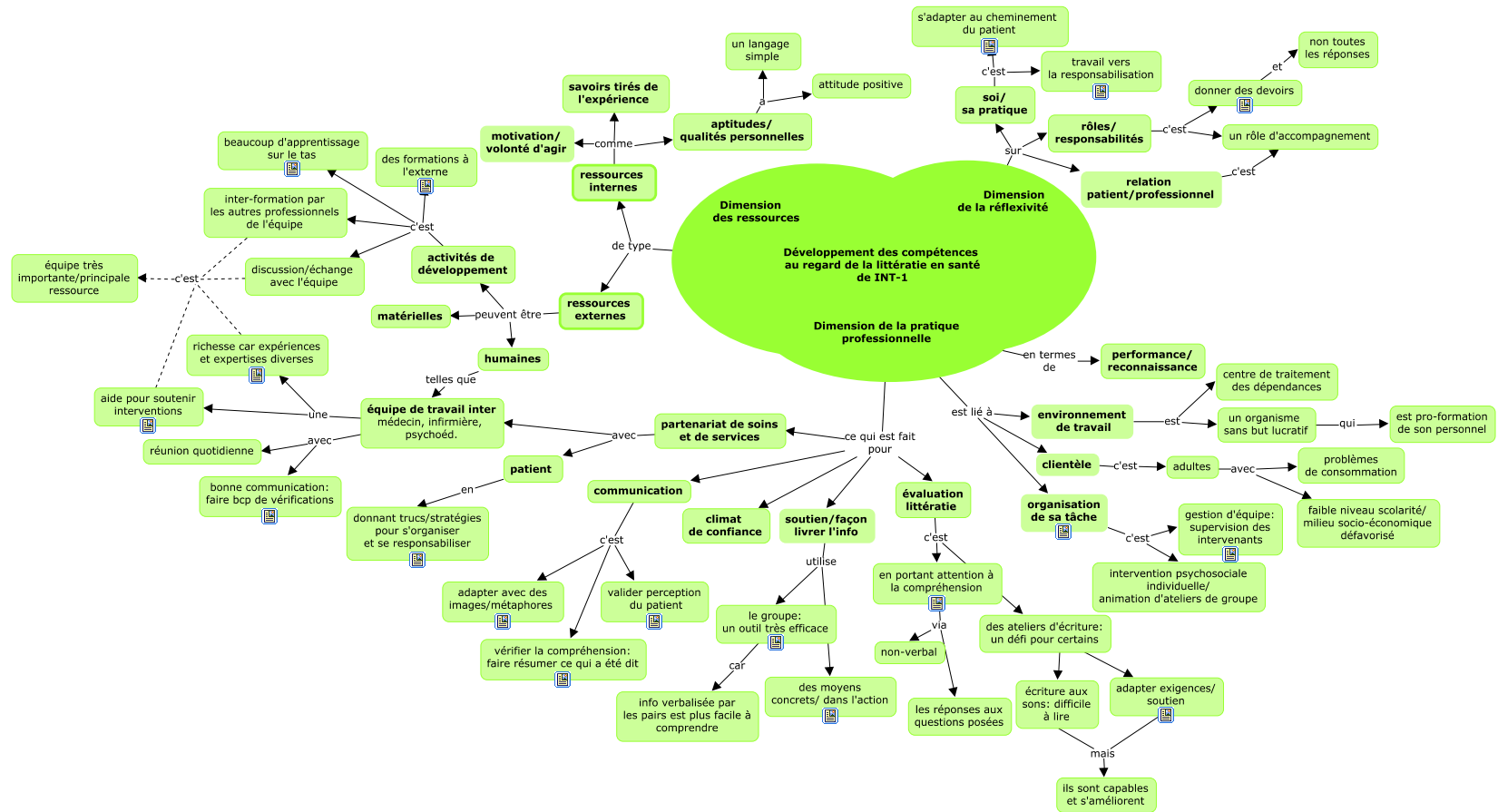
Milieu de travail : Organisme communautaire en milieu semi-urbain.

Clientèle : Des adultes aux prises avec des problèmes de consommation de drogues et d'alcool. Une grande partie de la clientèle est sans emploi, ou a un statut d'emploi précaire, et vit en milieu socio-économique défavorisé. Plusieurs n'ont pas complété leurs études secondaires.

Type de tâches : INT-1 offre des interventions psychosociales individuelles et de groupes auprès de la clientèle. En plus d'animer des ateliers, INT-1 assume des responsabilités liées à la supervision d'intervenants et d'intervenantes et assure le lien avec les autres catégories de professionnels de l'équipe (médecin, infirmière, gestionnaire).

Partenariat de soins/pratiques liées à la littératie : INT-1 travaille au sein d'une équipe interprofessionnelle qui a mis en place une pratique collaborative orientée vers la responsabilisation et la reprise de pouvoir par la personne sur sa santé. Le travail de INT-1 se démarque également par le développement d'activités destinées à la clientèle misant sur des mises en situation et des jeux de rôle.

Carte individuelle INT-1



Fiche-Portrait INT-2

Profession : Intervenant/intervenante en milieu communautaire.

Formation : Baccalauréat en philosophie et maîtrise non complétée.

Expérience de travail : INT-2 travaille depuis plus d'une vingtaine d'années dans le milieu communautaire, dans des centres de femmes et différents organismes populaires. INT-2 a travaillé à la mise sur pied d'un Institut en milieu universitaire s'intéressant aux questions éthiques puis travaille maintenant depuis environ 5 ans au sein d'un groupe populaire en alphabétisation.

Milieu de travail : Organisme communautaire en milieu urbain offrant des programmes d'alphabétisation, situé dans un secteur de la ville avec un indice de défavorisation élevé.

Clientèle : Des adultes avec des difficultés importantes en lecture et en écriture.

Type de tâches : INT-2 anime des ateliers de groupes visant le rehaussement des habiletés en littératie et accompagne les personnes fréquentant l'organisme dans certaines tâches liées à la vie courante (remplir des formulaires, démarche de recherche de logement, préparer des rendez-vous médicaux, etc.). Au cours de la dernière année, avec l'octroi d'une subvention, INT-2 s'est consacré à un projet en santé qui a permis de mettre sur pied des ateliers et des outils visant le développement de compétences à gérer sa santé.

Partenariat de soins/pratiques liées à la littératie : INT-2 se démarque par une expérience auprès de personnes faiblement alphabétisées ainsi que par des projets directement liés au rehaussement de compétences en littératie en santé. INT-2 travaille dans un contexte de partenariat de services avec les autres intervenants de l'organisme, mais aussi avec d'autres organismes du milieu.

Fiche-Portrait INT-3

Profession : Intervenant social/intervenante sociale

Formation : Baccalauréat en travail social.

Expérience de travail : INT-3, dont le stage était orienté vers la pratique en milieu communautaire, travaille depuis 5 ans dans un organisme populaire offrant des ateliers d’alphabétisation.

Milieu de travail : Organisme communautaire en milieu urbain, situé dans un secteur de la ville avec un indice de défavorisation élevé.

Clientèle : Des adultes avec des difficultés en lecture et en écriture. Une grande partie de la clientèle vit dans un milieu socio-économique défavorisé.

Type de tâches : INT-3 anime des ateliers de groupes auprès des clients de l’organisme et accompagne ces derniers dans certaines tâches liées à la vie courante (remplir des formulaires, démarche de recherche de logement, préparer des rendez-vous médicaux, etc.). Au cours de la dernière année, avec l’octroi d’une subvention, INT-3 s’est consacré à un projet en santé qui a permis de mettre sur pied des ateliers et des outils visant le développement de compétences à gérer sa santé.

Partenariat de soins/pratiques liées à la littératie : INT-3 se démarque par une expérience auprès de personnes faiblement alphabétisées et des projets directement liés au rehaussement de compétences en littératie en santé. De plus, INT-3 travaille dans un contexte de partenariat de services avec les autres intervenants de l’organisme, ainsi qu’avec d’autres organismes du milieu, dans une approche visant l’autonomie de la personne et la reprise du pouvoir sur sa vie.

Fiche-Portrait PAIR-1

Profession : Intervenant/intervenante pair aidant.

Formation : Programme maison donné par l'organisation sur l'approche cognitivo-comportementale ainsi qu'en psychothérapie émotive-rationnelle.

Expérience de travail : PAIR-1 travaille depuis 7 ans dans cet organisme sans but lucratif. Après avoir réalisé le programme donné par le centre, PAIR-1 y a d'abord été engagé en tant que surveillant de nuit avant d'être par la suite formé pour le poste d'intervenant qu'il occupe depuis maintenant 5 ans.

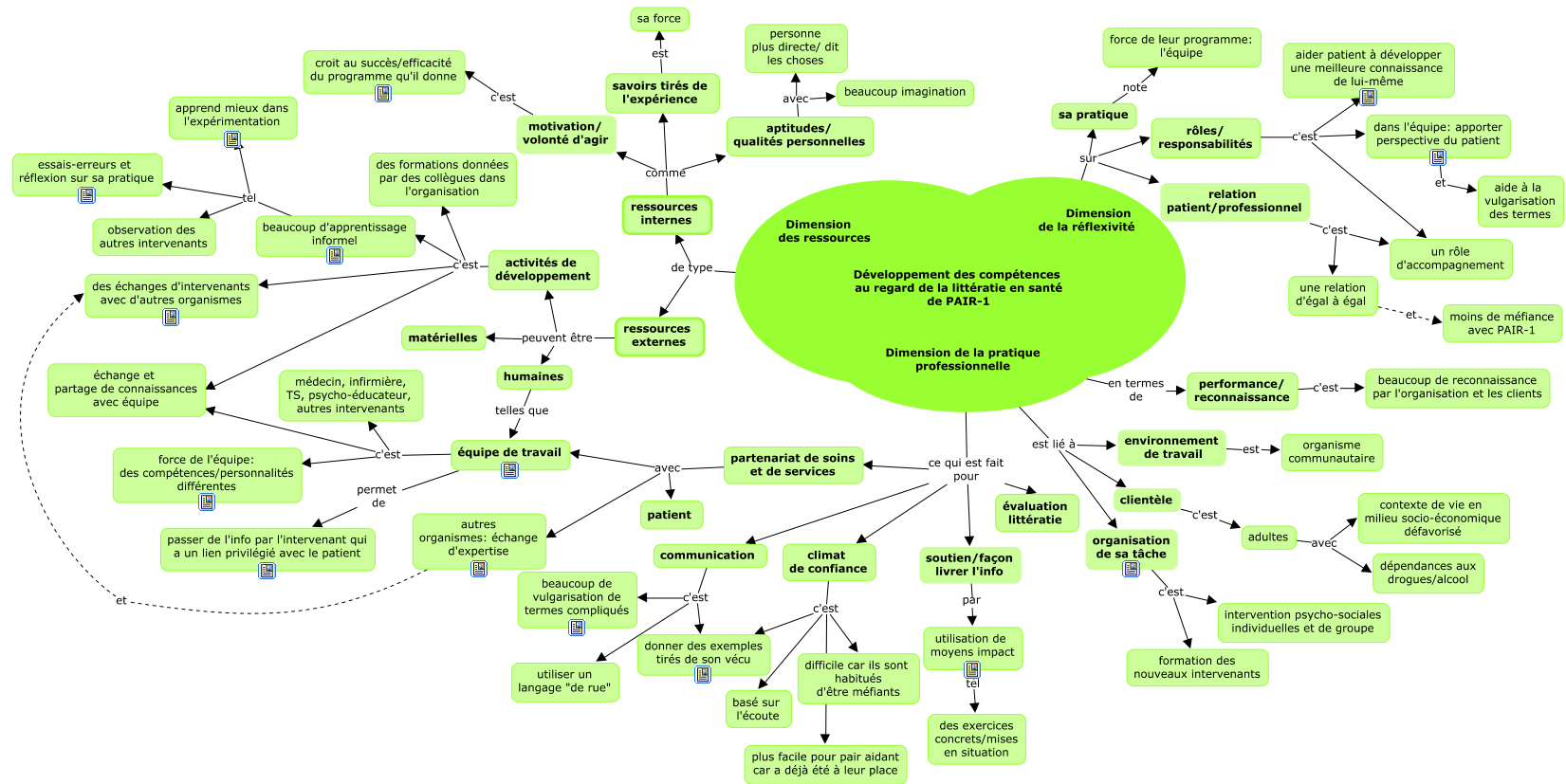
Milieu de travail : Organisme communautaire en milieu semi-urbain offrant un programme de traitement des dépendances.

Clientèle : Des adultes aux prises avec des problèmes de consommation de drogues et d'alcool. Une grande partie de la clientèle est sans emploi, ou a un statut d'emploi précaire, et vit dans un milieu socio-économique défavorisé.

Type de tâches : PAIR-1 fait des interventions psychosociales individuelles et de groupes auprès des clients du centre, notamment pas le biais d'activités et d'enseignement. Devenu intervenant senior, PAIR-1 a aussi la responsabilité de former les nouveaux intervenants.

Partenariat de soins/pratiques liées à la littératie : PAIR-1 travaille au sein d'une équipe qui a mis en place une pratique collaborative orientée vers une approche de responsabilisation et de prise de pouvoir par la personne sur sa santé. PAIR-1 se démarque par ses compétences au niveau des interventions psycho-sociales axées sur des mises en situation.

Carte individuelle PAIR-1



Fiche-Portrait PAIR-2

Profession : Intervenant/intervenante pair aidant

Formation : Certificat du programme *Formation québécoise spécialisée en intervention par les pairs* (formation de 119 heures reconnue par l'université).

Expérience de travail : PAIR-2 travaille depuis plusieurs années dans ce centre hospitalier au niveau des soins en psychiatrie à l'externe, plus particulièrement dans une clinique affiliée à l'hôpital offrant un suivi et un programme de réadaptation à de jeunes adultes.

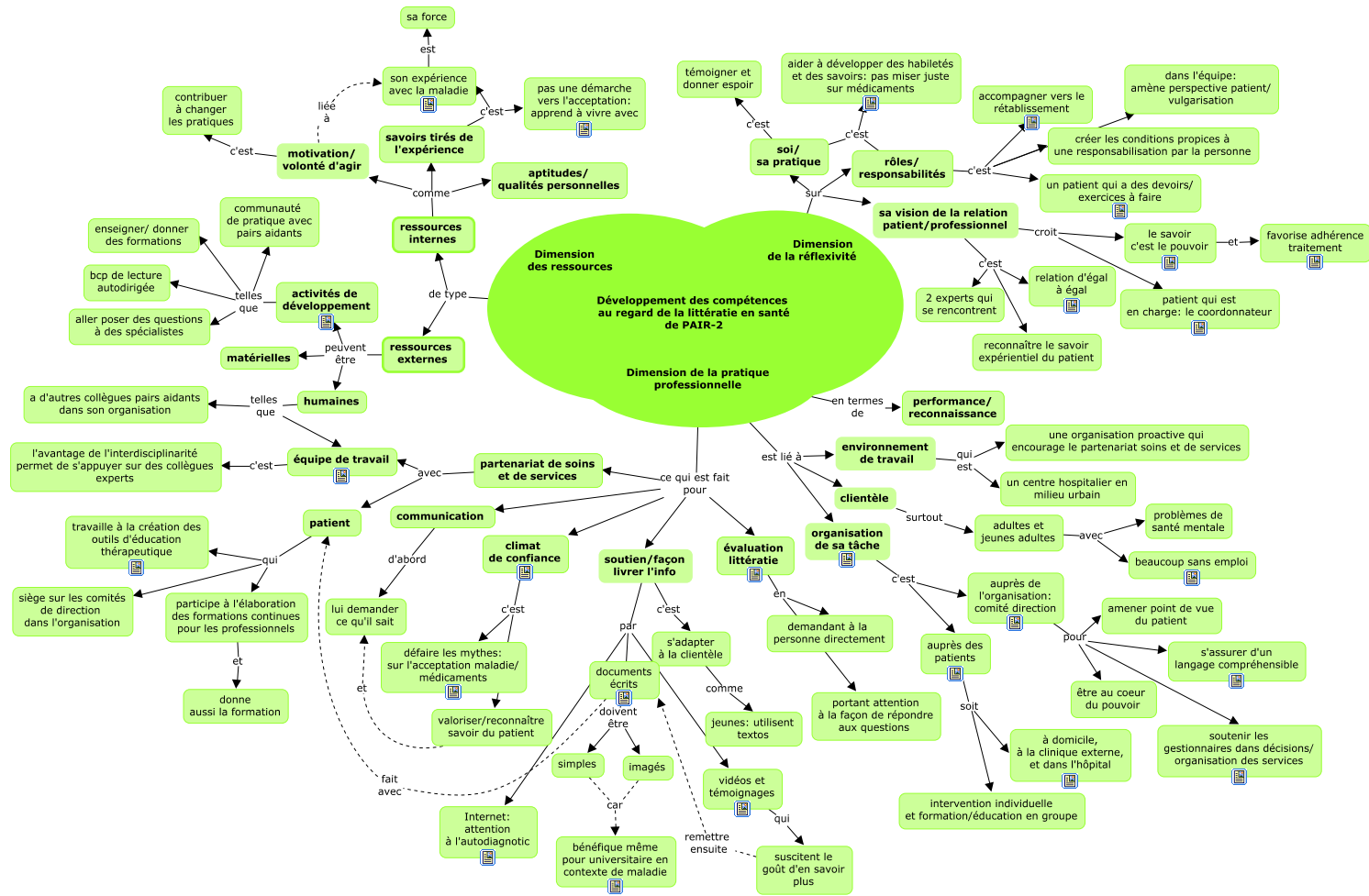
Milieu de travail : Centre hospitalier en milieu urbain et clinique spécialisée affiliée.

Clientèle : Des adultes entre 18 et 30 ans récemment diagnostiqués avec un trouble de santé mentale. Une grande partie de sa clientèle est sans emploi.

Type de tâches : PAIR-2 travaille à l'occasion à l'hôpital sur les étages, mais intervient surtout à domicile et dans une clinique spécialisée située à l'extérieur de l'établissement. Son rôle est de témoigner de son expérience vers le rétablissement, d'accompagner les personnes dans leurs démarches en santé et de leur offrir des outils psychoéducatifs. PAIR-2 a également un mandat de consultant au sein de l'organisation et siège sur le comité de direction de l'établissement avec les gestionnaires et les directeurs et directrices cliniques.

Partenariat de soins/pratiques liées à la littératie : PAIR-2 est reconnu pour son expertise au niveau de l'accompagnement du patient dans le développement de compétences permettant de prendre en charge sa santé. PAIR-2 travaille au sein d'une équipe interprofessionnelle qui a développé un programme visant l'autonomie et la responsabilisation de la personne dans ses soins.

Carte individuelle PAIR-2



Fiche-Portrait PAIR-3

Profession : Intervenant/intervenante pair aidant.

Formation : Baccalauréat en éducation. Certificat du Programme de *Formation québécoise spécialisée en intervention par les pairs* (formation de 119 heures reconnue par l'université).

Expérience de travail : PAIR-3 a enseigné pendant quelques années, puis à la suite de son expérience avec la maladie, travaille en intervention par les pairs à temps complet depuis maintenant 2 ans. Son travail à l'hôpital se fait principalement au sein de l'équipe en soutien dans la communauté qui offre des services à des adultes qui vivent avec un trouble de santé mentale.

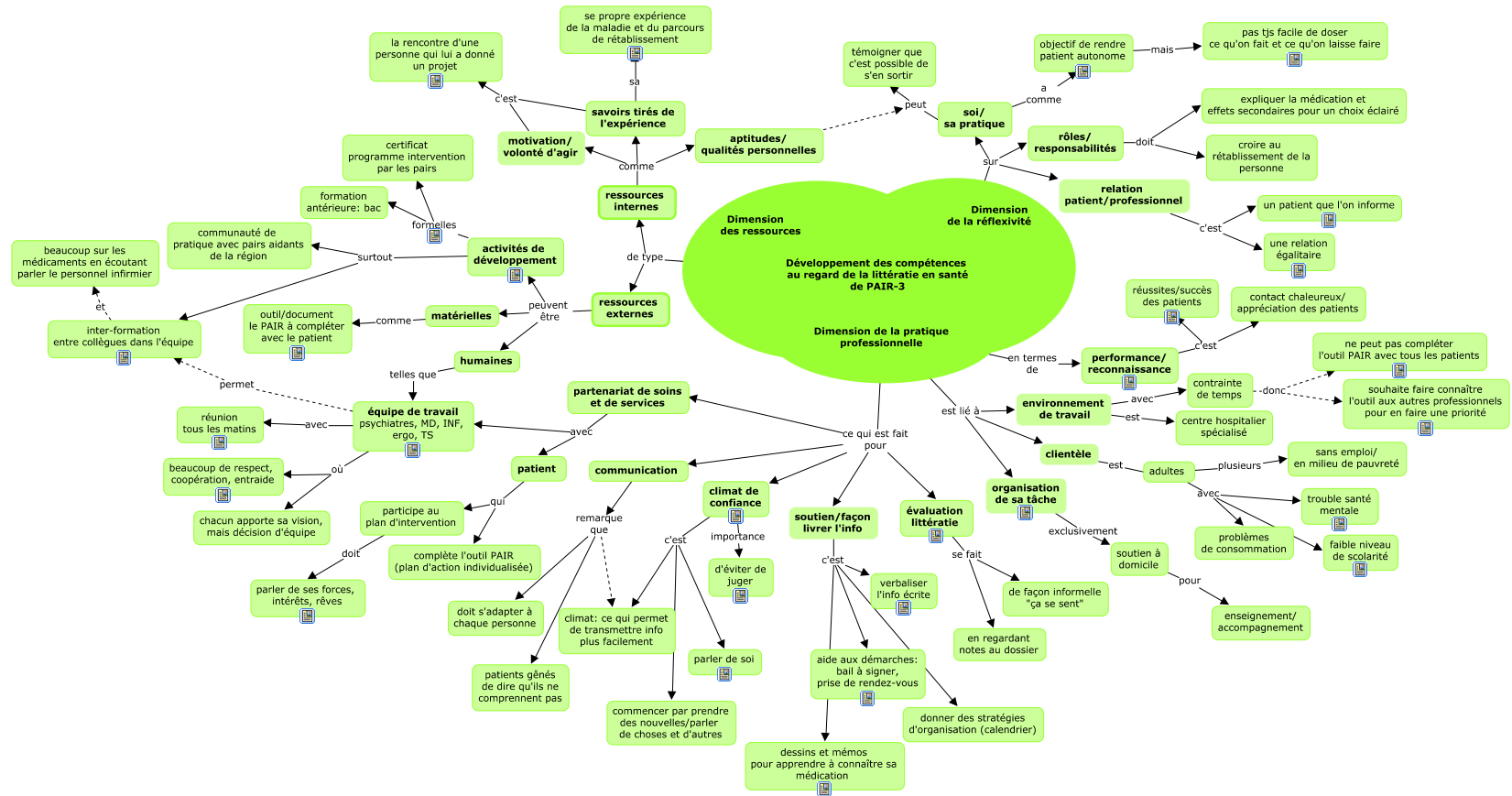
Milieu de travail : Un centre hospitalier en milieu urbain.

Clientèle : Des adultes vivant avec un trouble de santé mentale. Une très grande partie de sa clientèle est sans emploi et vit dans un milieu de pauvreté.

Type de tâches : PAIR-3 intervient exclusivement à domicile, dans le milieu de vie des patients. Son rôle est d'offrir des outils psychoéducatifs et d'accompagner les personnes dans leurs démarches liées à la vie quotidienne, comme par exemple pour l'autogestion de la médication, la prise des rendez-vous ou la recherche d'emploi et de logement.

Partenariat de soins/pratiques liées à la littératie : PAIR-3 a développé une expertise au niveau de l'accompagnement du patient vers le développement de compétences d'autogestion de leur condition. PAIR-3 travaille en partenariat avec une équipe interprofessionnelle qui mise sur l'autonomie et la responsabilisation de la personne face à sa santé.

Carte individuelle PAIR-3



Annexe K- Tableaux synthèses des résultats

Dimension de la pratique professionnelle		
	Résultats	Extraits de verbatim
Un patient «chef d'équipe»	<p>Les intervenants ont parlé d'une pratique où le patient est actif, tant dans les démarches que les décisions à prendre.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La personne est capable d'identifier ses besoins, les ressources qui lui conviennent et d'en assurer la coordination • Ils évitent de «faire pour» et travaillent à changer les façons de faire dans un milieu où on procède souvent d'intervenant à intervenant • La prise de décision partagée est soutenue • Les savoirs d'expérience de la personne sont valorisés et utilisés pour penser les soins 	<p>«C'est de prendre le patient et de le nommer chef de l'équipe afin de lui donner du pouvoir tout de suite en partant, pour que la personne puisse elle-même aller chercher ses informations tant auprès des autres patients dans les groupes qu'auprès des professionnels.» MD-6</p> <p>«C'est moi qui coordonne mes intervenants, ce n'est pas les intervenants qui me coordonnent.» PAIR-2</p> <p>«C'est souvent d'intervenant à intervenant. Pourtant la personne est tout à fait capable de faire des démarches elle-même.» INT-3</p> <p>«Au lieu de donner l'information, plutôt amener la personne à faire une réflexion et essayer de décortiquer tout ça.» PHARM-2</p> <p>«J'essaie de leur dire le plus possible ce qui est dans ma tête quand je suis en train de poser un geste, une action, de proposer quelque chose, pour qu'ils comprennent et qu'ils décodent comment je travaille.» MD-5</p> <p>«Il faut reconnaître qu'ils ont une expertise qu'on appelle le savoir expérientiel. L'exemple que je donne, c'est 2 experts qui se rencontrent.» PAIR-2</p>
L'importance de l'accueil dans le milieu	<p>Les intervenants ont insisté sur le fait que davantage de temps et d'efforts doivent être consacrés à l'accueil puisque c'est un facteur clé dans le partenariat à bâtir avec cette clientèle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ils ont observé l'impact majeur d'une attitude empathique et sans jugement du personnel pour les patients • Ils suggèrent de nommer une personne responsable de l'accueil qui devient un port d'attache dans le milieu de soins 	<p>«Ce qui a été le plus déterminant dans son rétablissement c'est que le personnel de la pharmacie lui disait bonjour et avait une attitude accueillante, sans jugement. C'est des gens sensibles à ces petites choses-là car ils portent en eux la crainte d'être jugés au départ.» PHARM-2</p> <p>«Pour les gens, c'est vraiment l'accueil d'abord et avant tout. Saluer, bonjour, comment ça va, on va prendre le temps qu'il faut pour travailler ensemble. Il faut que la personne sente que tu vas vraiment l'écouter et qu'elle n'est pas là juste à se dire, aïe faut que ça aille vite.» INT-2</p> <p>«Il y a quelqu'un qu'on appelle l'intervenante à l'accueil, qui s'occupe de les accueillir. Quand ils arrivent, quelqu'un est là. C'est leur port d'attache.» PSYED-1</p>

<p>Une méfiance souvent observée</p>	<p>Les intervenants perçoivent souvent une certaine méfiance à leur endroit et témoignent d'une préoccupation constante à ce propos afin de créer et préserver un lien de confiance :</p> <ul style="list-style-type: none"> • En mettant des mots sur ce qui est perçu • En cherchant à comprendre le réel besoin de la personne • En sollicitant les compétences de la personne • En partageant des expériences personnelles 	<p>«<i>Pour les gens ici, ceux qui vont à l'université, ils sont plus intelligents que moi, ils savent tout.</i>» INT-2</p> <p>«<i>Ils ne te voient pas en partant comme un ami. Ils sont méfiants.</i>» MD-4</p> <p>«<i>Je vais essayer de calmer la méfiance. Ah, ça ne vous tentait pas d'être ici aujourd'hui, hein ?</i>» PSY-1</p> <p>«<i>Il faut savoir c'est quoi qu'il veut, son besoin à lui. Et ce n'est pas nécessairement ce que tu veux toi en tant que médecin.</i>» MD-4</p> <p>«<i>Je m'adresse à lui, à ses forces, à ses compétences, à ses intérêts. Je me branche direct là, je ne lis pas le dossier 15 heures avant.</i>» EDPHY-1</p> <p>«<i>Souvent je leur donne mon exemple à moi. Quand je vais chez le mécanicien ou chez le comptable, je ne comprends rien. Et j'ai peur de poser des questions</i>» MD-3</p>
<p>Être attentif aux indicateurs liés à la littératie</p>	<p>Les intervenants ont exprimé un certain malaise à s'informer directement de la scolarité auprès de personnes qui vivent déjà avec une certaine honte à l'égard de leurs difficultés. Ils préfèrent souvent se fier à certains indicateurs tels que :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La façon dont le patient présente son problème de santé et ses médicaments • Le vocabulaire utilisé et le niveau de langue • La profession ou le métier, le statut d'emploi • Les habitudes de lecture et la présence d'imprimés au domicile • Les comportements d'évitement ou de fuite face à l'écrit 	<p>«<i>Dans la pratique, le plus grand secret d'un patient c'est qu'il est illettré. Donc dans une interaction brève avec un patient, tu ne peux pas aller chercher cette information-là sans le vexer.</i>» PHARM-1</p> <p>«<i>Une question que je vais poser et qui m'aide c'est qu'est-ce qu'il fait dans la vie. Parce que demander son niveau d'éducation ça paraît plutôt insultant.</i>» MD-1</p> <p>«<i>Souvent c'est la façon de me raconter son histoire, par le vocabulaire qu'il va utiliser.</i>» MD-1</p> <p>«<i>Comment il est capable de présenter ses antécédents, ses médicaments, ses traitements. On peut percevoir des gens qui disent j'en prends 4, une petite rose, je ne sais pas pourquoi.</i>» MD-5</p> <p>«<i>Je me dis, est-ce que ces gens-là lisent ? Ou s'ils écoutent la télévision, quel genre d'émissions?</i>» PSY-1</p> <p>«<i>Il y a des maisons où tu as l'impression qu'il n'y a rien qui se passe. Pas de journal, pas de livre, juste la télévision qui est en marche. Déjà le journal sur la table ou des revues, des photos.</i>» MD-2 à domicile</p> <p>«<i>Souvent ce que je vais voir c'est j'ai pas mes lunettes, je ne peux pas lire je ne vois pas.</i>» INF-9</p>

<p>Personnaliser la façon de communiquer l'information</p>	<p>Les intervenants ont parlé de stratégies de communication basées sur un langage simple, avec des mots de tous les jours, mais aussi d'une communication la plus «personnelle» possible :</p> <ul style="list-style-type: none"> • En choisissant l'information en fonction des connaissances qu'a la personne sur sa situation et de sa pertinence par rapport à son besoin actuel • En étant attentif au vocabulaire utilisé par la personne afin de le réutiliser dans son propre discours • En fournissant des explications permettant de comprendre le vocabulaire associé à leur problématique 	<p><i>«La capacité de parler le plus simplement possible. L'information n'est pas mauvaise parce qu'elle est dite avec des mots moins précis.» INT-2</i></p> <p><i>«Je pars toujours de leur expérience. Qu'est-ce que vous savez de ça ? Est-ce que vous connaissez quelqu'un qui l'a eu? Qu'est-ce qu'il a fait ?» INF-9</i></p> <p><i>«On va cibler les informations qu'on va leur donner pour que ce soit les plus utiles au moment X.»MD-6</i></p> <p><i>«Voir la façon que ça a été dit. Si au lieu de dire douleur abdominale la personne dit mal au ventre, et bien après de réutiliser ce mot là, ça valorise un discours différent. Et on construit sur des savoirs que la personne a déjà.» INT-2 et 3</i></p> <p><i>«J'essaie de dire écoutez, je vais faire mon docteur, dans le terme médical on appelle ça comme ça, mais ça veut juste dire telle chose dans le fond. Là je veux juste vous impressionner!» MD-5</i></p>
<p>Une validation «informelle» de la compréhension</p>	<p>Les intervenants rapportent un malaise à questionner directement ce qui a été compris, une façon de faire qui place le patient dans une situation où il doit «réussir» à rendre ce qui a été expliqué</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ils proposent des formules où le fardeau de ne pas avoir compris repose sur l'intervenant et non le patient • Les intervenants préfèrent une évaluation informelle, qui se fait notamment par la perception de l'échange et l'observation du non verbal 	<p><i>«La pire affaire c'est de demander avez-vous compris? La personne va dire oui parce que c'est stressant de dire non, tu sais que tu vas reprendre du temps du professionnel, et parfois tu ne sais pas trop comment lui dire ce que tu n'as pas compris. Tu l'as pas compris!» INT-2</i></p> <p><i>«Moi je ne peux pas être comme un prof d'école qui va mettre une note, qui va porter un jugement. Si la personne se sent jugée quand on vérifie l'état de ses connaissances, je n'aurai plus d'alliance thérapeutique.» MD-6</i></p> <p><i>«Dire je vais résumer pour être sûr que j'ai bien compris.» PAIR-2</i></p> <p><i>«C'est plus dans les qualités, dans le non verbal, dans l'interaction. S'il y a une alliance qui se crée, j'ai comme l'impression que la personne a compris.» PHARM-2</i></p> <p><i>«C'est les yeux qui parlent beaucoup. Si je vois que le patient fait aller ses sourcils ou qu'il a un regard un peu désespéré. Mais ça c'est des choses qu'il faut attraper au vol.» MD-1</i></p> <p><i>«Ils penchent la tête, tu vois dans le non verbal qu'ils évitent le regard.» PSYED-1</i></p>

<p>Aller au-delà du «lire pour ou avec» pour faciliter l'utilisation de l'information</p>	<p>Confrontés au fait que le matériel informatif est peu adapté aux besoins de leur clientèle, les intervenants nous ont parlé de dessins, mémos ou d'aide-mémoire faits pour et avec la personne, de façon spontanée durant la rencontre :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ils décortiquent les démarches à faire en étapes • Ils orientent le contenu en fonction de la condition de la personne et de son contexte de vie 	<p><i>«Il peut être capable de le lire, mais de le comprendre et de se faire une idée concrète de comment l'appliquer, ça c'est plus compliqué.» INF-9</i></p> <p><i>«Le pharmacien a su qu'il avait de la difficulté à lire alors il a lu avec lui le tableau des effets secondaires et après il lui a laissé la feuille et les pilules et il est reparti. C'était une bonne intention mais après le monsieur ne savait pas plus quoi faire avec ses médicaments.» INT-3</i></p> <p><i>«Parfois c'est juste un petit aide-mémoire très simple, numéro 1, 2 et 3, voici ce que vous faites dans l'ordre et je leur dis de coller ça sur leur frigo.» MD-1</i></p> <p><i>«C'est jamais quelque chose qui est préparé d'avance, c'est vraiment sur le coup, j'ai des papiers blancs dans mon tiroir, j'en sors un et on fait ça.» MD-3</i></p> <p><i>«Je sors mon ordi [personnel] et je leur montre l'image de la cible.» INF-3</i></p>
<p>Accompagner l'utilisation de la technologie</p>	<p>Les intervenants soulignent que leurs patients consultent Internet et ont des cellulaires et que de ce fait, ils jugent nécessaire de les soutenir dans leurs recherches :</p> <ul style="list-style-type: none"> • En s'informant et en discutant de ce qu'ils ont vu ou lu • En suggérant des sites fiables et bien conçus • En développant l'utilisation d'applications pour l'autogestion de sa médication 	<p><i>«On sait qu'ils vont y aller sur Internet, il faut les guider là-dedans. Je leur demande où ils sont allés, puis de là je leur suggère des sites plus officiels. Je leur donne parfois des cours sur l'ordinateur.» MD-6</i></p> <p><i>«Desfois je cherche avec eux. Je leur dis montrez-moi l'article que vous avez lu.» MD-1</i></p> <p><i>«Je leur dis, si tu veux aller lire, l'information qu'on retrouve sur ce site a été revue par des professionnels qui en connaissent sur la matière.» INF-8</i></p> <p><i>«Tout le monde a un cellulaire. Les outils de cellulaires semblent la voie à développer, c'est vraiment visuel.» PHARM-1</i></p> <p><i>«J'installe leur alarme de cellulaire pour la prise de la médication avec eux.» PHARM-2</i></p>

Dimension de la pratique réflexive	
Résultats	Extraits de verbatim
<p>1) Les intervenants se disent engagés activement dans une démarche de développement tant personnel que professionnel, où ils ont une pratique réflexive consciente sur eux-mêmes et sur leur pratique.</p>	<p>«Les gens ici sont eux aussi ancrés dans un processus de développement, je vais dire personnel et professionnel.» PSYED-1 «Pour moi, ça prend un personnel qui est lui-même en cheminement et qui se questionne. Donc questionner nos attitudes, nos comportements, les processus thérapeutiques.» INF-1 «Avec la réflexion qu'on fait, on devient nous-mêmes notre propre outil de travail.» PSY-1 «Tu te rends compte que tu as une façon de fonctionner et tu te dis, est-ce que je les aide vraiment en travaillant comme ça? Pas sûr ! Alors tu revois tes façons de faire, tu t'adaptes, il y a des formations à travers ça.» DTP-2</p>
<p>2) Les personnes interviewées sont conscientes de s'inscrire dans un changement de paradigme en santé.</p>	<p>«Je pense que ça se fait peut-être ailleurs, mais je dirais que les programmes d'intervention ici sont très à l'avant-garde de ces pratiques là. Pro-rétablissement où justement le patient est le décideur» PHARM-2 «On a été éduqué comme ça, tu ne discutais pas avec un médecin! Je regrette, tu n'es pas de son niveau, tu n'as pas sa formation, c'est lui qui va te dire ce que tu as. C'est encore là, ça laisse des traces.» INT-2 «C'est des gens qui ont connu l'espèce de paradigme où le bon intervenant prenait en charge le patient.» INF-6 «J'ai vraiment eu un malaise car ils ont dit qu'ils ne pouvaient pas parler directement à la personne. Pourtant cette personne est très capable de faire des démarches elle-même...» INT-3</p>
<p>3) La pratique réflexive vise surtout à s'outiller au regard des stratégies de communication et de l'approche au patient.</p> <p>Il y a un désir de mieux comprendre le patient, dans sa façon de penser, de vivre et de réagir afin d'être en mesure d'entrer en relation de façon plus efficace et de mobiliser la personne dans la démarche.</p>	<p>«C'est là que je me suis rendu compte de l'impact de la littérature sur l'individu, qui n'a pas l'instruction, qui ne comprend pas, qui ne veut pas poser de questions parce qu'il ne veut pas avoir l'air stupide en face d'un pharmacien. Ils se sentent vraiment diminués.» PHARM-1 «Ils vivent un peu maginalement. Il y a souvent une souffrance qu'il faut aborder quand tu entres en interaction avec ces gens là. C'est pas juste qu'ils ne comprennent pas.» MD-4 «La relation avec les gens, avec les patients, tout ce qui concerne la psychologie, l'approche, c'est des choses qui me parlent. [...] C'est pour mieux les comprendre en fait. Pourquoi ils sont méfiants? Pourquoi ils ont réagi comme ça?» MD-2 «Ils ont souvent été rejetés parce qu'ils ne comprenaient pas. Ils ont fait rire d'eux, ils ont lâché l'école. Et toi ils te voient comme celui qui était bon à l'école, celui qui comprend tout, qui sait tout. Ils ne te voient pas en partant comme un ami.» MD-4. «C'est beaucoup entre eux, de «bouche-à-oreille». Ils ont entendu dire que, il paraît que, là ils vont s'informer, ben oui la voisine elle a fait ça et ça a marché. Ma grand-mère elle a fait ça et ça a marché.» INF-9.</p>

	<p>«On est habitué nous de dire, hors d'ordre ou hors propos, on y reviendra. Mais les gens ici ils ne font pas ça. Si tu ne leur donnes pas la chance d'exprimer leur idée là, elle est perdue. J'ai remarqué ça, ça en est frappant. Alors j'ai décidé de mettre ma logique et mon orientation de côté.» INT-2</p>
<p>4) Les intervenants ont parlé d'un rôle d'accompagnement où les balises de la relation avec le patient sont souvent floues et à repenser à chaque patient.</p>	<p>«C'est d'être un accompagnateur plus que de tourner autour de lui, quand on dit que le patient est au 'centre'.» «J'ai appris à écouter plus qu'à parler.» INF-1 «Faut être capable de transmettre ça à l'autre, qu'il sente qu'il a le pouvoir, qu'il peut le faire, qu'on croit en lui.» PSYED-1 «La pire chose qu'on m'a enseigné à l'Université c'est protège-toi. Garde une distance. Un moment donné j'ai réalisé que pour être capable d'intervenir adéquatement avec des personnes comme celles avec qui je travaille, il faut plus comme intervention professionnelle.» INF-1 «Je me permets des choses alors qu'avant je ne serais jamais sorti du cadre, je n'aurais jamais parlé de moi. Mais, à quelque part, c'est nécessaire» PSY-1 «Faut avoir des balises, mais c'est un défi qui reste toujours présent dans chaque relation que tu établis.» INF-7</p>
<p>5) Il y a une recherche d'un environnement de travail propice au contact et aux échanges avec les collègues.</p> <p>Et d'une organisation du travail et des services qui favorise la collaboration avec les patients en offrant le temps et les ressources, financières et humaines, nécessaires.</p>	<p>«Ici je n'ai pas de collègue nutritionniste. Je suis un peu isolée dans ma pratique.» DTP-1 «On est deux dermatologues. On essaye de travailler pas loin parce qu'on aime ça l'entraide, avoir une collègue pas loin, pour s'aider, se poser des questions, qu'est-ce que l'autre penserait de ce cas difficile-là.» MD-1 «La force ici, ce qui fait que ça fonctionne, c'est l'équipe.» PAIR-1 «J'ai la chance ici d'être entouré d'une équipe multi.» PAIR-2.</p> <hr/> <p>«Notre clientèle a besoin de plus de services qu'une personne comme vous et moi, qui va aller rencontrer un spécialiste aux deux mois, mais qui va être capable de retenir l'information. Eux, il faut les voir plus souvent, à plus petite dose, ça demande plus.» DTP-3 «C'est sûr que de savoir lire et écrire ça a un impact important dans notre pratique. On peut dire que ça nous ralentit, on peut tout faire pour eux, c'est très facile de se dire ça.» INF-9 «Prendre son temps, c'est vraiment ça. Avec des quotas, si je dois faire mon travail plus vite et bien je n'aurai plus la même satisfaction et les gens non plus.» MD-2 «C'est toute l'organisation du travail en santé qui n'a pas cette préoccupation du temps. Il n'y a pas d'autres moyens ni aucun outil qui va remplacer ça, prendre le temps d'écouter la personne.» INT-2 «J'aimerais ça qu'une infirmière puisse revoir l'information avec eux, puisse faire un suivi un mois plus tard, mais ce ne sont pas des ressources dont on dispose.» MD-1</p>

<p>6) Les intervenants ont parlé d'une autoévaluation de leurs performances qui se fait beaucoup à partir de la rétroaction qu'ils reçoivent des patients et de leurs collègues dans l'activité du travail. Les bons coups de leurs patients, ainsi que la satisfaction de ces derniers et de leurs proches, sont des moyens d'associer leurs interventions à un succès.</p>	<p>«Chaque patient va nous enseigner comment lui enseigner. C'est eux qui vont nous dire si on le fait comme il faut ou pas. Parce que quand on valide, s'ils n'ont rien compris ou rien retenu, on a manqué notre coup.» INF-6</p> <p>«Quand je vois qu'ils sortent contents, j'ai atteint mon objectif. J'ai réussi.» DTP-1</p> <p>«La conjointe de mon patient hier qui m'a serré fort, qui était tellement contente des soins, et bien c'est parce que je me suis assise souvent avec elle. C'est quand même plaisant.» MD-2</p> <p>«Et bien avec moi il a parlé! La psychiatre m'a demandé, mais qu'est-ce que tu lui as dit? Comment tu as fait? Et elle m'a demandé d'être avec elle pour la rencontre suivante.» EDPHY-1</p> <p>«Je te dis que je suis démunie quand les femmes ne veulent pas. Quand elles ne veulent pas, je ne peux pas le faire à leur place» INF-1</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Dimension des ressources pour agir et apprendre	
Résultats	Extraits de verbatims
<p>1) Les participants ont dit le plus souvent trouver les savoirs ou stratégies nécessaires à leurs interventions auprès de personnes au sein de leur organisation.</p> <ul style="list-style-type: none"> • les participantEs ont parlé d'un apprentissage au contact des collègues et des patients dans les activités du travail. 	<p>«Comment t'as fait pour lui expliquer? Je lui ai dit ça et ça. Parfois, le tour, les astuces, les stratégies, viennent de préposés, d'auxiliaires, d'infirmières.» INF-6</p> <p>«Je vais beaucoup interviewer des spécialistes ici. Je prends rendez-vous avec eux et je me fais une série de questions.» PAIR-2</p> <p>«Je te dirais que c'est plus sur le tas. Un moment donné de me rendre compte que je ne me suis pas bien fait comprendre, bon comment ça? C'était où? C'est plus à force justement de discuter avec les gens.» INT-1</p> <p>«On n'a pas vraiment d'ateliers ou de choses comme ça, c'est plus individuel ou bien si on a une réunion multi. Parfois je regarde comment d'autres personnes approchent certaines choses, puis je vais m'inspirer. C'est pas vraiment en dehors de la pratique qu'on a ces choses-là.» MD-3</p>
<p>2) L'équipe interprofessionnelle est vue par les intervenantEs comme une des principales ressources pour les soutenir dans leurs interventions et leur développement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permet de miser sur les forces et les affinités d'un intervenant avec le patient pour transmettre de l'information avec une clientèle plus sensible au lien relationnel • Offre davantage d'opportunités pour revoir l'information avec le patient dans une interaction «personne à personne» • Permet d'acquérir des connaissances et des façons de faire au cours des réunions d'équipe ou lors d'interventions conjointes • Les équipes ont été décrites comme un lieu où il n'y a pas de pouvoir rattaché aux statuts ou aux qualifications. 	<p>«S'il a un super bon contact avec son infirmier, je vais lui dire peux-tu regarder un petit peu tel aspect avec?» DTP-2</p> <p>«Ils me posent souvent des questions plus médicales parce que le médecin n'a pas le temps.» DTP-1</p> <p>«Ici l'intervention, c'est nous autres. Moi je ne suis pas vraiment l'intervenant réconfortant, mais je sais que je peux tout le temps me tourner vers un ou une de mes collègues qui va l'être plus.» PAIR-1</p> <p>«Le fait qu'on soit plusieurs à dire le même message, par différentes voix, et que ce soit différents types d'intervenants, a un impact.» PHARM-2</p> <p>«On a une pharmacienne extraordinaire ici qui nous a 'upgradé' dans nos connaissances. C'est qu'on s'auto-forme entre professionnels. Les médecins ici sont très aidants aussi, ils ont assisté à des congrès et à des formations.» INF-8</p> <p>«C'est une sorte de formation que j'ai ici parce qu'on a des réunions et c'est différentes personnes avec différentes formations qui discutent d'un seul et unique problème.» MD-4</p> <p>«On discute de chaque cas. Quels mots tu as utilisés? Quels mots la personne a utilisés pour te dire? » INF-1</p> <p>«Je sens qu'ici j'ai vraiment acquis beaucoup d'habiletés en menant des entrevues conjointes parce qu'une travailleuse sociale ça ne parle pas de la maladie de la même façon.» PHARM-2</p> <p>«Ici on n'a jamais senti dans l'équipe toi tu es infirmière, toi tu es médecin, toi tu es... c'est pareil.» INF-3</p>

<p>3) Les intervenants pairs aidants sont nommés comme des personnes ressources essentielles pour l'actualisation et le développement de la pratique en littératie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ils sont des partenaires dans les équipes de travail, mais aussi au sein des comités de direction afin d'orienter et «penser» les services, les programmes ou le matériel développé pour la clientèle • Ils jouent un rôle de sensibilisation à l'égard du niveau de langue employé par les professionnels • Sur le terrain ils ont l'avantage d'un lien de confiance qui se crée plus facilement, en plus d'un langage commun, qui facilitent la communication avec la clientèle • Ils sont vus comme des «vecteurs de changement» par le partage de leurs perspectives et de leurs expériences. 	<p>«Souvent entre eux ils vont avoir un langage commun, ce qui fait que c'est plus facile à comprendre que si c'est moi qui l'explique dans mes mots de thérapeutes.» INT-1</p> <p>«À tous les jours ils me disent on dirait que je comprends mieux quand tu me l'expliques. C'est parce que j'ajoute des expériences de vie au travers.» PAIR-1</p> <p>«Ils ont tendance à utiliser un langage fermé de gestionnaire et quand ils font des discours, ils parlent beaucoup en acronymes. Alors moi j'insiste tout le temps pour dire, c'est pas tout le monde qui connaît les acronymes et c'est fatigant quand quelqu'un parle et tu ne sais pas du tout de quoi il parle.» PAIR-2</p> <p>«Quand je suis arrivé, il y avait des mots, des théories et j'essayais de comprendre qu'est-ce que ça voulait dire concrètement. Alors moi c'est beaucoup la vulgarisation, pour l'avoir mâché moi-même et l'avoir mis plus dans un langage de rue un peu.» PAIR-1</p> <p>«Au CA, elles te font changer ton niveau de langage.» INF-1</p> <p>«On a fait une journée de réflexion et à chaque table, il y avait des gestionnaires, un usager et un proche. Ça a changé la dynamique complètement, ça force les gestionnaires à penser autrement» PAIR-2</p> <p>«D'avoir la perspective du pair aidant, ça nous a tous brassés je dirais» PHARM-2</p> <p>«La présence d'un pair aidant, ça nous change.» PHARM-2</p>
<p>4) Les modalités de formation en groupe semblaient être particulièrement appréciées.</p>	<p>«C'est multi, une fois par mois, sur l'heure du dîner. On apporte nos lunchs et c'est un petit peu informel. [...] On sort des articles et on en discute, on en jase ensemble. Quand on commence à sortir un petit peu de nos bureaux et à aller dans des groupes comme ça, les gens se rendent compte de l'importance de la nutrition et du fait que vraiment, c'est une science.» DTP-3</p> <p>«Je participe au moins une fois par deux semaines à un souper avec d'autres médecins et avec un expert à qui on pose des questions. C'est ce qui est le plus l'fun. C'est plus stimulant, parce que là on peut voir les autres ce qu'ils font dans des situations pratiques, et nous qu'est-ce qu'on fait, et comparer, se donner des conseils, parler avec du monde qui font la même job que nous. C'est ça qui est le plus pratique là.» MD-4</p>

5) Les intervenants participent à plusieurs **activités de formation** continue et l'offre de **formation structurée** est largement présente dans ces milieux. Les formations en lien avec la communication et l'approche au patient ont été le plus souvent mentionnées, notamment celle sur l'entretien motivationnel, des formations jugées nécessaires et complémentaires à ce qui est acquis de façon «intuitive» dans la pratique.

«La formation sur l'entrevue motivationnelle, ça a mis des mots dans ma bouche. Ok, c'est ça que je fais intuitivement.» INF-4
«Cette approche de l'entrevue [Calgary Cambridge], ça met de façon ordonnée plusieurs choses que j'ai apprises de façon intuitive ou par expérience, des choses que moi ça m'a pris des années avant de comprendre.» MD-7
«On a eu une formation, j'écoutais c'était quoi, et je suis dedans. Je ne suis pas à côté de la track. » EDPHY-1
«On a eu une formation sur l'approche cognitivo-comportementale où je suis allée chercher quelques éléments sur comment je m'entretiens avec les clients, la façon de formuler les phrases. J'ai compris une dynamique dans l'échange que je n'avais pas saisie avant. Mais l'impact est mineur.» INF-6
«L'information qui a concrétisé tout ça c'est une formation sur l'entrevue motivationnelle et l'approche aux patients. La formation était sur trois jours, c'est bien trop long. Mais c'était nécessaire». INF-4

Annexe L- Modèle de l'interaction sociale et de l'intention d'apprendre selon Cristol

Interactions sociales recherchées	Sociodidacte irréflexif	Sociodidacte réflexif
	-est sensible aux environnements humains dans lesquels il agit -reçoit des stimulations au sein de groupes 1. cloisonne ses expériences d'apprentissage	2. cherche des environnements stimulants pour apprendre 3. constitue et se situe dans des réseaux 4. fait des liens entre univers sociaux
Interactions sociales aléatoires ou subies	Solodidacte irréflexif	Solodidacte réflexif
	5. apprentissage par mimétisme ou empreinte 6. itération aléatoire de l'expérience selon les environnements rencontrés	7. observe et modélise 8. appréhende son environnement immédiat comme une occasion d'apprentissage
	Apprentissage non intentionnel Stimulation extérieure	Apprentissage intentionnel Stimulation intérieure Intention de soi dans l'apprentissage

Source : Cristol (2013b) p.67.

