

Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires méthodologiques intégratifs[BR]- Mémoire : "

Auteur : RICHARD, Ophélie

Promoteur(s) : Caeymaex, Florence

Faculté : Faculté de Médecine

Diplôme : Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en promotion de la santé

Année académique : 2020-2021

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/12833>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

Comment la réduction des risques, et plus spécifiquement les opérations
« Boule de neige », permet l'acquisition de connaissances et de compétences
qui contribuent à l'amélioration de la littératie en santé ?

Mémoire présenté par **Ophélie Richard**

en vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences de la Santé publique

Finalité spécialisée en Promotion de la Santé

Année académique 2020-2021

Comment la réduction des risques, et plus spécifiquement les opérations
« Boule de neige », permet l'acquisition de connaissances et de compétences
qui contribuent à l'amélioration de la littératie en santé ?

Mémoire présenté par **Ophélie Richard**

en vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences de la Santé publique

Finalité spécialisée en Promotion de la Santé

Promotrice : **Florence Caeymaex**

Année académique 2020-2021

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Madame Florence Caeymaex, ma promotrice, pour son soutien, ses conseils et sa bienveillance tout au long de ce travail.

Je remercie également toutes les associations Nadja, Modus Vivendi, Centre Alfa, Antenne Accueil-drogues, pour leur disponibilité et leur temps. Et plus particulièrement Cap Fly et Icar qui m'ont permis de réaliser les entretiens dans leurs établissements.

J'ai une pensée particulière aux jobistes qui ont permis grâce à leur participation, leur temps et leur partage d'expériences de mener à bien ce projet.

Je souhaite remercier ma belle-mère, Dominique Goka pour ses corrections ainsi que mes amis pour leur soutien et leur aide tout au long de cette aventure.

Enfin, je remercie mon compagnon, Jérôme Hurlet, pour son soutien et sa patience à toutes épreuves tout au long de ces 3 années de master.

Table des matières

Liste des abréviations.....	1
Résumé.....	2
Abstract	3
Préambule	4
1. INTRODUCTION.....	5
1.1. De déséquilibres antisociaux à la réduction des risques.....	5
1.2. La réduction des risques.....	7
1.3. Les fondements des services spécialisés dans les assuétudes et la réduction des risques.....	8
1.4. Les opérations « Boule de neige ».....	10
1.4.1. Etapes d’une opération « Boule de neige »	11
1.4.2. Objectifs des opérations « Boule de neige ».....	12
1.5. L’usager expert de son savoir	13
1.6. La Littératie en santé	14
1.6.1. Domaines d’action de la « littératie en santé »	15
1.6.2. Les différentes approches de la « littératie en santé ».....	15
1.6.3. Le modèle conceptuel de Sorensen	16
1.6.4. L’influence de la « littératie en santé ».....	17
2. Objectifs et hypothèses de l’étude	19
3. Matériel et méthode.....	20
3.1. Type d’étude.....	20
3.2. Caractéristiques et méthode d’échantillonnage de la population étudiée	20
3.3. Paramètres étudiés et outils de collecte des données	21
3.4. Organisation et planification de la collecte des données	22
3.5. Critères de qualité	23
3.6. Aspects réglementaires	23
3.6.1. Comité d’éthique.....	23
3.6.2. Vie privée et protection des données.....	24
3.6.3. Information et consentement.....	24
3.7. Traitement des données et méthode d’analyse	24
4. Résultats.....	26
4.1. Présentation de l’échantillon	26
4.2. Analyse thématique.....	26

4.2.1.	Se sentir soutenu et compris par les professionnels de santé	26
4.2.2.	Disposer d'informations suffisantes pour gérer sa santé	27
4.2.3.	Gérer activement sa santé	28
4.2.4.	Soutien social pour la santé	29
4.2.5.	Évaluation de l'information sanitaire.....	29
4.2.6.	Capacité à s'engager avec les professionnels de santé	30
4.2.7.	Navigation dans le système de santé	30
4.2.8.	Aptitude à trouver des informations de bonne qualité	31
4.2.9.	Compréhension suffisante pour savoir ce qu'il faut faire.....	31
5.	Discussion.....	33
5.1.	Discussion	33
5.2.	Biais, forces et limites de l'étude	35
6.	Perspective et conclusions.....	37
7.	Bibliographie	39
8.	Annexes.....	43
	Annexe 1. Guide d'entretien	43
	Annexe 2. Flyer et présentation de l'étude	47
	Annexe 3. Demande d'avis au Collège restreint des Enseignants et au Comité d'Éthique .	49
	Annexe 4. Réponse du Collège restreint des Enseignants	53
	Annexe 5. Formulaire de consentement	54
	Annexe 6. Grille de lecture	59
	Annexe 7 : Profil des jobistes rencontrés	60
	Annexe 8 : Grille d'analyse AZE	61
	Annexe 9 : Grille d'analyse AZR	74
	Annexe 10 : Grille d'analyse AZT	81

Liste des abréviations

ACF : Association de la Cause Freudienne

HALS: Health Activities Literacy Scale HALS

HLQ : Health Literacy Questionnaire

HLS-EU : Health Literacy Survey-Europe

LS : Littératie en Santé

MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie

Opération BdN : Opération « Boule de neige »

RdR : Réduction des risques

REALM : Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

SARWGG : Strategische adviesraad voor het Vlaamse Welzijns, Gezondheids en Gezinsbeleid
: le conseil consultatif stratégique de la politique flamande de l'aide sociale, de la santé et de la famille

TOFHLA: Test of Functional Health Literacy in Adults

Résumé

Introduction : De la prohibition à la réduction des risques, avec les années, les usagers de drogues illicites ont réussi à retrouver un certain pouvoir citoyen ainsi que l'accès à la santé. Néanmoins, il n'existe pas d'étude interrogeant la littératie en santé (LS) des usagers de drogues illicites. En santé publique, au sein de la réduction des risques (RdR), il existe différentes activités dont les opérations « Boule de neige » (BdN) qui permettent de recruter des consommateurs de drogues pour réaliser de la prévention par les pairs via le transfert d'informations et de connaissances de santé. Et si les opérations BdN au sein de la RdR permettaient d'augmenter la LS des usagers de drogues illicites ? L'objectif de cette étude est de retrouver, dans le discours des usagers, les connaissances et savoirs qu'ils possèdent qui viennent des opérations BdN ou d'expériences et qui leur permettent de maintenir un bon état de santé afin de mettre en lien les concepts de LS, de RdR et d'opération BdN.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude qualitative phénoménologique dont la collecte des données a été réalisée par des entretiens semi-dirigés. La population étudiée est constituée d'usagers de drogues illicites ayant participé à une ou plusieurs opérations BdN données par une institution active dans le champ des assuétudes et de la RdR. La méthode d'échantillonnage utilisée est une méthode non probabiliste de commodité. Une méthode manuelle a permis d'analyser le contenu des entretiens.

Résultats : Les opérations BdN permettent d'augmenter les connaissances, les compétences, la motivation et l'autonomie des usagers de drogues illicites.

Conclusions : Cette étude est une mise en lumière de la présence de la LS au sein de la RdR. L'opération BdN s'avère être un outil efficace qui permet d'augmenter, au sens large, la LS des consommateurs de drogues. Elle pourrait permettre de repenser certaines approches en matière de LS.

Mots-clés : Santé publique, réduction des risques, opération Boule de neige, littératie en santé, usager de drogues

Abstract

Introduction : From prohibition to harm reduction, over the years, illicit drug users have managed to regain some civic power and health access to health care. Nevertheless, there is no study questioning the health literacy (LS) of illicit drug users. In public health, within harm reduction (RdR), there are various activities, including "snowball" operations (BdN), which allow the recruitment of drug users to carry out peer prevention through the transfer of health information and knowledge. What if BdN operations within RdR could increase the LS of illicit drug users? The aim of this study is to identify, in the users' discourse, the knowledge and skills that come from the BdN operations or from their own experiences and that enable them to maintain a good state of health in order to link the concepts of LS, RdR, and BdN operations.

Material and methods : This is a qualitative phenomenological study in which data collection was carried out through semi-directed interviews. The studied population consists of illicit drug users who had participated in one or more BdN operations given by an institution active in the field of addiction and harm reduction. The sampling method used is a convenience sample. A manual method was used to analyse the content of the interviews.

Results : BdN operations increase the knowledge, the skills, the motivation, and the autonomy of illicit drug users.

Conclusions: This study highlights the presence of LS within RdR. The BdN operation has proved to be an effective tool for increasing the LS of drug users in a broad sense. It could be an opportunity to rethink certain approaches to LS.

Keywords: Public health, harm reduction, Snowball Operation, health literacy, drug user

Préambule

En réalisant ce master en Santé publique, j'ai choisi de changer d'orientation professionnelle en souhaitant être plus au contact des gens. Étant technologue de laboratoire dans un laboratoire d'urgence, dans le cadre de mon métier, je réalise des analyses sur des prélèvements sanguins et urinaires mais je ne suis jamais confrontée aux personnes. Ces analyses révèlent parfois, chez certaines personnes, une consommation de drogues illicites. J'ai décidé d'aller voir ce qui se passe sur le terrain, là où se trouvent les consommateurs qui arrivent parfois aux urgences. Je me suis donc intéressée à la communauté des usagers de drogues illicites mais aussi à leurs droits et leur accès à la santé. De nature empathique, j'ai souhaité me pencher sur cette population souvent stigmatisée et rejetée pour mettre en lumière leurs savoirs et compétences. Malgré leur vie difficile, les usagers de drogues ont, par leur expérience, beaucoup de savoirs à partager. Une première phase exploratoire auprès de plusieurs institutions de soins et de santé spécialisées dans les assuétudes m'a permis de me familiariser avec le milieu et de récolter de nombreuses informations. J'ai découvert les différents services et plus particulièrement ceux qui pratiquent la réduction des risques. Parmi les approches qui mettent en œuvre la réduction des risques ils existent les opérations nommées « Boule de neige ». Cette dernière est une méthode participative de prévention par les pairs qui permet de toucher les populations les plus marginalisées. Je me suis donc interrogée sur le pouvoir de ces opérations « Boule de neige » et leurs impacts afin d'identifier ceux qui pourraient être positifs sur la littératie en santé des usagers de drogues illicites. La littératie en santé est un concept nouveau en santé publique mais déjà bien connu de certains services de santé (maladies chroniques). Pendant ma phase exploratoire, j'ai pu constater que ce concept n'est que peu connu dans le domaine des assuétudes. Dans la littérature, il n'existe pas d'article faisant un lien entre la littératie en santé et les assuétudes. C'est de ce constat que la question de recherche est née. Quel est l'apport de ces pratiques participatives chez l'utilisateur au niveau de son « empowerment », sa citoyenneté et sa qualité de vie ? Quel est l'apport des pratiques participatives dans le développement de pratiques orientées vers la littératie en santé ? L'observation des pratiques mises en place au sein de la réduction des risques auprès des usagers de drogues peut-elle apporter des idées nouvelles pour soutenir le développement de la littératie en santé dans d'autres domaines ?

1. INTRODUCTION

1.1. De déséquilibrés antisociaux à la réduction des risques

Au XIXème siècle, les observations de terrain faites par des médecins sur la consommation de cocaïne et de morphine ne sont pas reconnues comme des méthodes scientifiques. Le regard clinique et l'action de prévention ou de soin doivent être objectifs et dénués de subjectivité. Les observations de terrain sont oubliées. Au XXème siècle, la clinique individuelle suffit pour décrire la maladie ; l'usager est esclave de son produit. Les consommateurs sont perçus par la police et les juges comme des criminels et les psychiatres les qualifient de « déséquilibrés antisociaux ». La seule réponse est la prison. (1)

En Belgique, la première loi concernant les drogues illégales date du 24 février 1921. Elle concerne « le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, psychotropes, désinfectantes ou antiseptiques et des substances pouvant servir à la fabrication illicite de substances stupéfiantes et psychotropes ». (2) (p1) Cette loi n'apporte que peu de précisions. En effet, la consommation proprement dite n'est pas définie comme un délit, cette loi ne fait aucune distinction entre les différentes drogues et les différents comportements. Un usager peut donc écopier de la même peine qu'un dealer. (3)

Dans les années 50, des sociologues américains ont cherché à comprendre ce que vivent les toxicomanes, à démontrer que l'usage de drogues n'est pas seulement dicté par le stupéfiant. « Être toxicomane est le résultat d'un apprentissage où interagissent le produit, la personne, le contexte » selon Lindesmith. (1) (p57) (4) C'est la naissance d'approches compréhensives qui questionnent les politiques de répression. Les premières recherches de terrain, avec la collaboration de praticiens, tentent de donner un sens à ces pratiques et comportements.

Dans les années 60, aux États-Unis, dans le contexte des revendications pour les droits civiques, une « médecine hors-la-loi » émerge pour les individus ne bénéficiant pas de la médecine officielle. En effet, les usagers de drogues ne pouvant pas ou ne voulant pas arrêter leur consommation sont exclus des systèmes de soins. Des recherches et actions sont menées

dans les *free-clinics* qui n'imposent pas le sevrage et qui respectent les choix d'autrui : « soigner ceux qui souffrent, oui, normaliser, non. ». (1) (p60)

La France suit les mêmes démarches dans les années 70, mais l'exploration de terrain s'essouffle rapidement et ne sert qu'à rapatrier les usagers vers les services prodigués au sein des institutions. Tout en cherchant à mettre en place un système de soins en collaboration avec les usagers, les thérapeutes considèrent avoir assez d'informations et les expériences de terrain semblent à nouveau inutiles. (1)

C'est pourquoi, en Europe, au début de la crise SIDA (années 80), aucun spécialiste n'a envisagé de mener des actions en dehors des institutions. Le mot d'ordre est protéger la santé de l'utilisateur de drogues dans la mesure où celui-ci est un potentiel vecteur dans la transmission du HIV, c'est protéger la santé de tous. Cette pensée a permis plus d'humanité à l'égard des consommateurs. C'est seulement avec l'apparition des associations de lutte contre le SIDA que l'intérêt pour le terrain se manifeste à nouveau : ces associations ont réalisé des recherches de terrain pour comprendre comment les usagers vivent, quels sont les risques et les obstacles à la protection de leur santé. Ces recherches mènent à des actions qui orientent des décisions politiques. C'est la première fois que l'utilisateur de drogues est acteur de sa santé. La menace du SIDA a permis de revenir à l'objectif initial qui est la protection de la santé pour tous. (1) (5)

En 2000, en France, la MILDT (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie), qui est sous l'autorité directe du Premier ministre, édite une brochure officielle « savoir plus, risquer moins ». Celle-ci propose pour la première fois des informations fiables sur les risques et usages en fonction des différentes drogues, alors que la loi interdit en principe de distinguer les drogues entre elles dans des brochures de ce type. C'est un grand pas qui permet de se défaire des messages traditionnels et d'encourager le dialogue avec les consommateurs. Cependant, pour faire de la prévention, les informations scientifiques sur le produit, bien que nécessaires, sont insuffisantes. Pour avoir une véritable action sur le comportement de l'utilisateur, il faut pouvoir communiquer avec celui-ci et pour cela il faut « connaître les façons de faire mais aussi les façons de dire et les façons de penser de l'utilisateur de drogues ». (1) (p66)

La crise du SIDA engendre la naissance de la « réduction des risques » (couramment désignée RdR) au sein de la politique de santé publique ainsi que la notion de responsabilité individuelle. Usager ou non, dépendant ou non, chaque être humain a le droit de changer de comportement s'il juge qu'il est nécessaire de protéger sa santé. L'idée est que seul l'utilisateur peut réduire les risques de ses pratiques : c'est le principe sur lequel se base la réduction des risques. Elle co-construit les réponses avec les usagers en « parlant vrai ». (1)

1.2. La réduction des risques

Dans les années 90, c'est la naissance de la réduction des risques. Il est nécessaire de préserver les usagers de drogues face aux risques infectieux, mais aussi d'améliorer leur qualité de vie et donc de travailler sur cet appareillage « préventif-répressif ». La RdR s'élargit de plus en plus, afin de prendre en compte l'ensemble des risques liés à la consommation (overdose, dépendance, relations sexuelles non désirées...) mais aussi l'ensemble des consommateurs de drogues. Elle doit continuellement s'adapter à l'évolution de la composition des drogues en circulation, des modes de consommation, mais aussi du public qu'elles touchent ainsi que tous les risques sanitaires qu'elles engendrent (hépatites, HIV, ...). (6) (7)

Concrètement, la RdR est une stratégie de santé publique à part entière, qui vise entre autres à prévenir les risques liés à la consommation de drogues, sans limiter ceux-ci aux risques sanitaires ou de santé. En effet, ces risques peuvent entraîner des conséquences quant à la mortalité et morbidité des consommateurs mais aussi à leur exclusion sociale. La RdR est une démarche de promotion de la santé physique, mentale et sociale distincte de la prévention mais complémentaire. En effet, si la prévention souhaite diminuer l'incidence de la consommation de drogues avec, entre autres, l'aide de traitements d'aide au sevrage, la RdR a pour objectif, quant à elle, de réduire les risques et de limiter les dommages chez les personnes ne souhaitant pas ou n'arrivant pas à arrêter de consommer. Des outils, techniques et des échanges de savoirs sont proposés pour réduire les risques d'infection mais aussi de dépendance. Par conséquent, la RdR prend en compte « les motivations et les conditions dans lesquelles les personnes sont amenées à consommer (...) pour définir les stratégies efficaces de réduction des risques ». (8) (p3) (9) (10)

L'enjeu de la RdR est de « promouvoir la santé, le bien-être, la dignité et la citoyenneté des usagers de drogues ». (10) (p1) La protection des usagers par la RdR est possible en renforçant leurs ressources, celles de leurs réseaux, en développant des actions de terrain et en facilitant l'accès au matériel stérile. (10) (11)

Selon la Charte de la RdR (10), le constat est qu'une société sans drogue n'existe pas malgré la répression de celle-ci. Bien au contraire, les politiques répressives auraient tendance à augmenter les risques. Et même si la notion de risque est relative et que le risque zéro n'existe pas, il est nécessaire que les informations soient objectives et non incitatrices. Il est d'ailleurs important pour la RdR de ne pas banaliser l'usage de drogues et en aucun cas de l'encourager. La reconnaissance de l'usager de drogues comme une personne à part entière, sans jugement est une des valeurs portées par l'approche RdR. Cette dernière, différente de la prévention, permet « d'affirmer le droit de l'usager de drogues à la participation sociale, à la santé, à l'éducation, au travail, au respect ». (10) (p2) Il est nécessaire de donner les moyens suffisants pour réduire les risques liés à la consommation mais aussi d'aller à la rencontre des usagers, de les faire participer et d'encourager des prises de responsabilité. La RdR permet aussi de faire évoluer les représentations sociales à l'égard des usagers, de sensibiliser des professionnels de différents horizons et elle permet de développer une réflexion et une évolution constante quant aux besoins, aux pratiques ... (10) (12) (13)

1.3. Les fondements des services spécialisés dans les assuétudes et la réduction des risques

Dans les années 90, le secteur de l'usage de drogues est massivement investi par les politiques publiques. C'est la naissance d'institutions qui veulent promouvoir le rôle actif de chacun et contribuer au mieux-être des usagers de drogues dans l'optique de diminuer les risques infectieux. Certaines institutions traitant de la prévention infectieuse ont élargi leur champ d'action jusqu'à la réduction des risques en matière d'assuétudes avec un accompagnement qui peut être de type psychologique, social ou médical. D'autres centralisent et partagent les informations de terrain et de la littérature afin de changer les représentations des usagers,

d'améliorer les savoirs et les échanges entre les différents acteurs. Cette fois, l'expérience de terrain ne disparaîtra pas au profit des « savoirs savants ». (14)

Les associations spécialisées en assuétudes et en RdR favorisent la participation des usagers, ce qui permet une confrontation des connaissances et des savoirs et ainsi d'assurer des soins et un accompagnement adapté aux usagers. En effet, tout en reconnaissant la distinction entre savoir d'expérience et savoir professionnel, la RdR cherche à aller des uns aux autres, de les lier sans les confondre et sans avoir à choisir. C'est la recherche de comment articuler au mieux les savoirs d'expérience et les savoirs professionnel. C'est bien la coopération et la co-construction de connaissances entre usagers et professionnels qui permettent l'échange de savoirs. Lorsque les usagers se sentent valorisés et intégrés dans une relation de soin, « ils entrent dans une forme d'alliance mutuellement enrichissante avec les savoirs « savants » ». (15) (p17) (16) (17) (8)

Dans la pratique et dans l'usage de produits s'élaborent des savoirs, qui sont à la fois individuels et collectifs. En effet, chaque individu est différent et donc son expérience l'est tout autant. L'utilisateur se réfère à ses propres expériences et aux effets qu'il désire obtenir. Cette consommation va aussi être adaptée à la situation sociale dans laquelle l'utilisateur se trouve. En ce qui concerne les savoirs collectifs, c'est-à-dire ceux que des groupes d'utilisateurs ont en commun, il s'agit de savoirs pratiques tels que la gestion des effets, la gestion du manque... Ils sont élaborés collectivement grâce aux partages et à la mutualisation des expériences individuelles. (18)

Dans la réalisation de cette étude, l'approche participative collective, centrale dans la RdR, a particulièrement retenu notre attention. Cette approche permet de créer une zone d'échange entre les dispositifs et les usagers les plus éloignés, marginalisés. Elle permet aussi un changement de représentation grâce à la collaboration entre professionnels et usagers.

Il serait pertinent, ici, de faire un parallèle avec les nombreuses recherches consacrées à la littératie en santé et à l'éducation thérapeutique du patient dans le domaine des maladies chroniques. Ces recherches tentent de montrer les avantages et les difficultés pour les acteurs de considérer la « maladie » comme un épisode autodidacte, au cours duquel de nouveaux savoirs et compétences peuvent être acquis tout en favorisant le rétablissement et

l'autonomie de l'utilisateur, et d'améliorer ainsi la relation soignant-soigné. (19)(20) Nous n'avons pas l'intention de dire que l'usage de drogues est une maladie en soi, en revanche, nous pouvons faire un parallèle sur le plan de la prise en charge de la santé. La RdR assume et propose à ses usagers de considérer la consommation de drogues et ses inconvénients comme une possibilité d'épisode autodidacte.

Ce type de modèle d'action participative a plusieurs objectifs tels que changer la vision des consommateurs, mieux informer le milieu sur les ressources, structures et professionnels qui sont à disposition et modifier la vision qu'ont les usagers des professionnels psycho-médico-sociaux. Ces changements de représentation, qui peuvent faire « boule de neige », permettent un rapprochement entre les institutions et les usagers. (6)

1.4. Les opérations « Boule de neige »

Le concept des opérations « Boule de neige » (désigné BdN) qui est utilisé dans la RdR a été proposé au ministre Charles Picqué en 1988 par le Dr Jean-Pierre Jacques et publié sous forme d'un Livre Blanc sur la toxicomanie. Jean-Pierre Jacques est un psychanalyste membre de l'A.C.F (Association de la Cause Freudienne) Belgique et médecin spécialisé dans les dépendances. Il a fondé Lama, un centre spécialisé dans l'accompagnement thérapeutique de toxicomanes à Bruxelles. (21) Ce concept est pensé à partir du modèle des « médecins aux pieds nus ». En effet, à l'époque, des « auxiliaires sanitaires » étaient formés dans les pays du tiers-monde afin de faire circuler des messages d'éducation à la santé, de prévention et de soins auprès des populations éloignées. Ces derniers étaient des habitants des villages ayant une certaine reconnaissance auprès des membres de leur communauté, ce qui leurs permettait d'avoir une formation et les informations nécessaires pour les retransmettre auprès des populations éloignées des systèmes de santé, tant sur le plan géographique que social.

Sur ce modèle, l'idée première des opérations BdN est donc de « recruter des (ex)-toxicomanes pour réaliser un travail de prévention, pour qu'ils parlent avec leurs collègues de la rue du sida et des hépatites, et de la manière de s'en protéger. ». (22) (p2) Ce sont des

« diffuseurs » et des « rapporteurs » d'informations du terrain qui permettent de toucher les usagers les plus marginalisés. Dans la mesure où ce sont des consommateurs de drogues illégales, ils sont difficiles à toucher, car ils doivent se tenir à distance. Ils sont éloignés du système de santé et de la « société » ordinaire. Les usagers participant à cette logique de pair-aidant sont appelés « jobistes » et peuvent obtenir un défraiement pour leurs actions. (6) (23) (24)

En Belgique, des opérations BdN ont lieu dans différentes villes dont, Liège, Bruxelles, Namur et Charleroi. Elles sont mises en œuvre avec l'aide de Modus Vivendi. Cette dernière est une Asbl bruxelloise créée en 1993, qui est responsable de la prévention SIDA pour les usagers de drogues illicites injecteurs et qui, avec les années, s'est élargie à la RdR, liée à l'ensemble des usagers de drogues quel que soit le mode et le type de consommation. Modus Vivendi collabore avec de nombreuses associations de la communauté française afin de coordonner et d'organiser des opérations BdN. Elle forme différentes associations et professionnels de santé aux opérations BdN qui vont, eux-mêmes, par la suite, former des usagers. Chaque année, environ 700 usagers de drogues sont contactés pour participer aux opérations BdN. (24)

1.4.1. Etapes d'une opération « Boule de neige »

Une opération BdN s'organise comme suit :

Tout d'abord, une première rencontre a lieu entre les jobistes et les professionnels de l'association organisant l'opération. Cette rencontre permet de présenter le projet et la méthode de travail. S'en suit une discussion sur la prévention, le rôle des usagers, leurs motivations et enfin un contrat est rédigé afin de définir les termes de la collaboration entre le jobiste et l'association. Ensuite, des séances d'informations ont lieu où différents thèmes sont abordés comme les modes de contaminations, de prévention du sida et des hépatites. Un questionnaire est élaboré et testé afin de préparer la phase de terrain tout en prenant en compte leurs représentations, connaissances et attitudes par rapport au VIH et aux hépatites. Il se crée donc « un processus d'apprentissage mutuel en rupture avec le schéma classique du

maître disposant du savoir, et de l'élève ignorant, pour s'orienter vers un échange de savoirs. De cet échange naissent de nouvelles pistes de réflexion, aussi bien pour les usagers de drogues que pour les animateurs : chacun se trouve amené à reconsidérer sa pratique personnelle. ». (22) (p2) Puis arrive la phase de terrain où les jobistes vont à la rencontre d'autres usagers pour parler tout en s'appuyant sur le questionnaire. Ce dernier sert de guide mais aussi d'outil pour percevoir les conduites à risques de la population rencontrée. Un échange de savoirs se crée entre le jobiste et les usagers rencontrés. Une réunion d'évaluation clôturera l'opération BdN. Elle consiste en un bilan d'expérience avec les jobistes ainsi que la restitution des questionnaires afin de traiter statistiquement les données récoltées.

Le travail de RdR qui est réalisé dans les opérations BdN est différent des programmes de prévention des toxicomanes. Néanmoins, ces derniers peuvent être complémentaires. (22) Les opérations BdN s'appuient sur une participation active de l'utilisateur. Il est présent de la conception du projet jusqu'à son exécution et son évaluation, l'utilisateur est partenaire. La RdR est un cadre de prise en charge des usagers et du respect de leur citoyenneté. C'est pourquoi les opérations BdN veillent à « maintenir un espace ouvert entre savoir(s) et comportements, c'est-à-dire l'espace pour un « choix informé », pour le libre arbitre, pour la citoyenneté ». (22) (p5)

1.4.2. Objectifs des opérations « Boule de neige »

Selon le « Manuel méthodologique boule de neige » écrit par Modus Vivendi, les opérations BdN comportent plusieurs objectifs : un objectif principal consiste à sensibiliser les usagers de drogues aux risques liés à leur pratique et aux moyens de réduire ces risques, un second objectif vise à renseigner les usagers sur les différents services qui leur sont accessibles pour se protéger, c'est à dire les comptoirs d'échanges de seringues, les centres de dépistages..., et enfin, un troisième objectif dont le but est, pour les intervenants professionnels, de recueillir des informations sur les connaissances, comportements et attitudes des usagers afin d'adapter les futurs programmes de prévention. (25)

1.5. L'usager expert de son savoir

Comme nous l'avons vu au début de cette introduction, l'usager n'a pas toujours été considéré et, encore aujourd'hui, l'expertise de l'usager de drogues peut paraître paradoxale puisqu'elle lui confère des qualités alors que sa pratique est réprimée et son identité sociale est « perdue ». En effet, le toxicomane est souvent associé à la « déchéance » ; quelqu'un dont les qualités de volonté personnelle, de responsabilité et d'autonomie sont niées. (26) Néanmoins, selon Marie Dos Santos (8), les consommateurs ne sont pas passifs, notamment dans leur relation avec leur médecin. En effet, ils réinterprètent les recommandations médicales « au prisme de leurs propres connaissances et compétences ». (p5)

Selon l'approche RdR, l'usager de drogues, par ses pratiques, son milieu de vie, ses fréquentations, devient expert dans le domaine de la drogue et de son usage. De ce fait, l'usager acquiert des savoirs souvent catalogués de « profanes » en comparaison avec les savoirs « savants ». Selon Aude Lalande (16), le savoir de l'usager est « un savoir autonome, au sens propre d'un savoir qui a ses propres lois, car il a ses propres objets et ses propres intentions ». (p2) En effet, savoir se droguer n'est pas seulement savoir réduire les risques par rapport à la consommation. C'est aussi savoir se procurer l'effet escompté, savoir utiliser les drogues en gérant les effets secondaires. C'est, enfin, utiliser ses savoirs et ses ressources pour assurer ce style de vie, où la quête du plaisir, hors-la-loi, est centrale. (18) La construction des savoirs des usagers se structure autour de pratiques et de représentations qui varient selon le milieu. (16)

L'usager a beaucoup à apporter aux professionnels de la santé et, par sa participation dans des associations, il est capable de remonter des informations importantes du terrain, comme les types de produits qui circulent, les manières de les consommer, la recrudescence de certaines maladies. De plus, « ces savoirs hors institutions sont une manière de dépathologiser les usages de drogues en développant une épistémologie des drogues en dehors du cadre théorique » (8) (p2), c'est-à-dire médical.

L'attention portée par les professionnels travaillant dans une approche de RdR sur les « informations » qui remontent depuis le terrain, signale, selon nous, une approche spécifique

de la connaissance en santé, qui n'est pas sans faire écho à ce que l'on appelle « la littératie en santé ».

1.6. La Littératie en santé

L'origine du concept « littératie » provient du mot anglais *literacy* et se définit comme un ensemble de compétences et facultés nécessaires dans des domaines d'activités, de connaissances, de pratiques et de savoirs pour assurer le bon fonctionnement de ceux-ci. (27)

Le concept de « littératie en santé » (désignée LS) a été utilisé la première fois en 1974 dans le cadre d'une discussion touchant l'éducation à la santé considérée comme une question politique présente dans le système de santé. À l'époque, la cible est principalement fonctionnelle, les premières définitions se focalisent sur les capacités à comprendre, lire, écrire et calculer des informations sur la santé. Bien que ce concept, donc, ne soit pas nouveau, il l'est aujourd'hui en ce qui concerne le domaine de la santé publique. Son arrivée dans le domaine de la santé publique a fait, avec les années, évoluer le concept de littératie en santé. (28) (29) (30)

En 1998, Nutbeam décrit la LS comme « les compétences cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité des individus à accéder à l'information, à la comprendre et à l'utiliser de manière à promouvoir et à maintenir une bonne santé ». (31)

En 2000, Nutbeam définit au sein du concept de LS, 3 types de littératie. La littératie fonctionnelle qui reprend l'alphabétisation de base c'est-à-dire des compétences en lecture et en écriture pouvant être utilisées dans des situations de la vie quotidienne. La littératie interactive qui correspond à des compétences cognitives et d'alphabétisations plus poussées qui sont utilisées au quotidien dans la société, c'est-à-dire être capable d'extraire des informations, d'en tirer du sens dans diverses formes de communication et d'appliquer les informations dans des circonstances/ situations différentes. Et pour finir, la littératie critique qui reprend les compétences les plus poussées ainsi que des compétences sociales. Ces compétences sont utilisées pour analyser l'information, être capable de la critiquer et l'utiliser afin d'exercer un plus grand contrôle sur des événements ou situations de la vie. (30)

La définition donnée par Nutbeam est considérablement différente de la définition de base. Néanmoins, il n'existe pas une définition claire de la LS. C'est pourquoi Sorenson et al. réalisent, en 2012, une étude qualitative fondée sur les définitions déjà existantes de la LS pour la définir comme : « la connaissance, les compétences, la motivation et la capacité d'un individu à repérer, comprendre, évaluer et utiliser des informations sur la santé lors de la prise de décisions dans les contextes des soins de santé, de la prévention des maladies et de la promotion de la santé pour maintenir ou améliorer la qualité de la vie au cours de la vie ». (32)

1.6.1. Domaines d'action de la « littératie en santé »

L'évolution du concept donne un aspect multidimensionnel à la LS dont découlent différents domaines d'action. Ces domaines d'action sont : les soins de santé, le système de santé, la prévention, la protection de la santé et la promotion de la santé. Dans les soins de santé et dans le système de santé, la LS porte sur la compréhension des informations relatives aux thématiques médicales ainsi que sur le fonctionnement du système de soins de santé. Cette compréhension implique des compétences relatives à la reconnaissance de symptômes en ce qui concerne les soins de santé mais aussi à la prise de rendez-vous ou au choix du médecin relatif au système de santé. Au niveau de la prévention et de la protection de la santé, la LS traite la compréhension d'informations qui visent les risques pour la santé et concernent des compétences d'estime du risque, de dépistage, de vaccination par exemple. Enfin, le domaine de la promotion de la santé implique des connaissances et compétences concernant l'alimentation saine, l'activité physique ... Dans ce domaine, la LS porte sur la compréhension d'informations concernant les déterminants de santé qui se retrouvent dans des journaux, des livres, sur internet... (32)

1.6.2. Les différentes approches de la « littératie en santé »

Il existe deux types d'approches de la LS : une approche plus étroite et médicale basée sur les compétences fonctionnelles de base telles que la lecture, l'écriture et le calcul. De nombreux

outils existent pour évaluer ce type de LS et permettent de déterminer le niveau de littératie en santé (Test of Functional Health Literacy in Adults TOFHLA, Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine REALM, Health Activities Literacy Scale HALS). Tous ces tests sont jugés fiables et faciles à mettre en place. Néanmoins, ces formes de mesures sous-estiment certaines compétences et formes de compréhension. En effet, ces mesures utilisent des textes et mettent donc davantage l'accent sur les compétences de lecture que sur des compétences de communication, d'analyse ou d'évaluation des informations de santé. (33) Cependant, les outils HLQ (*Health Literacy Questionnaire*) ou le HLS-EU (*Health Literacy Survey-Europe*) permettent d'évaluer une vision plus « moderne » de la LS, en la considérant comme « un atout à construire qui trouve ses racines dans les travaux sur la littératie en éducation, l'apprentissage de l'adulte et la promotion de la santé, y compris sur les plans personnel, social et environnemental ». (34) En complément de ces questionnaires, les études qualitatives sont intéressantes et utiles afin de préciser les discours des personnes (usagers et professionnels) en lien avec l'accès, l'accessibilité et l'appropriation des informations et des services de santé.

La seconde approche est une approche plus complexe qui reconnaît la LS comme un phénomène dynamique avec des interrelations multidimensionnelles qui dépendent du contexte social. C'est le passage d'un contexte médical à celui de santé publique. Elle ne se base pas seulement sur les compétences fonctionnelles, elle inclut des compétences interactives et critiques pour utiliser les informations/connaissances comme base de prise de décision appropriée en santé. Elle permet aux individus d'acquérir un plus grand contrôle sur les déterminants de leur santé et donc d'agir favorablement sur celle-ci grâce à l'autonomisation dans la prise de décision. (33) C'est avec cette vision de la « littératie en santé » que cette étude sera réalisée.

1.6.3. Le modèle conceptuel de Sorensen

Sorensen et al. proposent un modèle conceptuel de la littératie en santé qui s'intitule « *An integrated conceptual model of health literacy* » et qui intègre les différents aspects et domaines de la LS. On y retrouve les 4 compétences qui servent de base à la « littératie en santé » qui sont : l'accès à l'information de santé, la compréhension, l'évaluation et la mise en

application. Néanmoins, elles dépendent des compétences cognitives, des connaissances et de la motivation qui permettent de circuler dans le système de soins de santé, dans la prévention des maladies/risques et la promotion de la santé. Sorensen et al. mettent en évidence les causes et conséquences de la LS ainsi que les facteurs qui l'impactent. Ce modèle tient compte de la LS en termes de santé médicale et de santé publique. Il n'est plus question de savoir lire ou écrire mais de savoir trouver des informations de santé, de les comprendre, de les évaluer et de les appliquer dans le but de garder ou d'améliorer celle-ci. (32)

1.6.4. L'influence de la « littératie en santé »

Il existe de nombreux déterminants qui influencent la LS. Sorensen, dans son modèle, les regroupe en 3 catégories : les déterminants sociaux et environnementaux, les déterminants situationnels/ contextuels et les déterminants personnels. (32)

En retour, un manque de LS peut avoir des effets négatifs à différents niveaux. Au niveau individuel, un faible niveau de LS peut entraîner des maux inutiles dus à des prises de décisions inappropriées en matière de soins de santé. Au niveau de la société, cela peut entraîner des pertes économiques causées par des dépenses inutiles en soins de santé. C'est pourquoi certains auteurs affirment qu'un bon niveau de LS a une influence positive car il contribue à la prise de décisions réfléchies et à l'autonomisation alors qu'un faible niveau a l'effet inverse. (33)

En effet, dans un tout autre domaine tel que celui de la gestion de maladies chroniques comme le diabète de type 2, il est important pour le patient de développer sa LS. En effet, celui-ci doit être responsable et capable de changer de mode de vie, de maintenir une alimentation saine et une activité physique mais il doit aussi savoir gérer sa maladie. C'est-à-dire qu'il doit être capable d'identifier et de résoudre les problèmes liés à sa maladie. Pour ce faire, l'éducation thérapeutique du patient fait appel à la LS qui est utilisée pour conférer aux patients des compétences en santé. L'éducation thérapeutique du patient est devenue un élément important dans le traitement, mais aussi dans la prévention du diabète de type 2. De

plus, Les opinions des patients atteints de maladies chroniques jouent un rôle important dans le développement d'interventions efficaces permettant la prise en charge de la maladie. (20)

Toutefois, plusieurs études démontrent que les connaissances en santé ne sont pas seulement une compétence individuelle mais qu'elles dépendent aussi de l'accessibilité au système de santé, des compétences et de la communication des professionnels de santé ainsi que du niveau de complexité des informations sur la santé. L'interaction entre les professionnels de la santé et les patients ou citoyens est une construction dynamique qui produit de la littératie en matière de santé. (35)

De nombreuses études suggèrent que certains groupes de la population ont un niveau plus faible de LS ; ce sont entre autres les personnes âgées, les personnes ayant un faible niveau d'éducation, les immigrés et les personnes privées de liberté. (33) Une enquête réalisée en 2001 dans le Hainaut Belge par Pascale Jamoulle, montre que les usagers de drogues précarisés sur le plan culturel et social ne sont pas suffisamment informés au sujet des accès aux systèmes de protection socio-sanitaire. (6) De plus, la LS a une influence sur les inégalités sociales de santé. Elle en est elle-même l'un des facteurs explicatifs. Ce concept de LS se retrouve au sein des échanges et des collaborations entre usagers et professionnels. En effet, ceux-ci partagent de nombreux savoirs et informations en matière de santé. (15) C'est pourquoi des gouvernements et des organisations internationales considèrent de plus en plus la LS comme une « question d'accès et d'équité » et comme un « droit de citoyenneté » et proposent une série d'actions pour améliorer celle-ci avec comme objectif de réduire les inégalités en matière de santé et ainsi d'améliorer l'état de santé des individus et des groupes de populations. (28)

Après avoir défini les différents termes de cette étude qui sont la LS, la RdR et les opérations BdN, il paraît clair que ces définitions font écho. On retrouve le partage de connaissances et de savoirs en matière de santé entre professionnels et usagers, et entre les usagers eux-mêmes. L'acquisition de compétences permet de retrouver une autonomie au sein du système de santé ainsi qu'au niveau de la société en tant que citoyen. Et si les opérations BdN au sein de la RdR permettaient d'augmenter la LS des usagers de drogues illicites ? Il existe de nombreuses études sur la LS et sur la RdR mais aucune d'entre elles ne les met en lien. En revanche, il existe des études mettant en lien la LS et l'éducation thérapeutique du patient.

2. Objectifs et hypothèses de l'étude

Suite aux recherches réalisées dans la littérature, il paraît clair qu'il existe un manque d'études faisant le lien entre la RdR et plus spécifiquement les opérations BdN et la LS. C'est de ce constat qu'émerge la question de recherche de cette étude : Comment la réduction des risques, et plus spécifiquement les opérations « Boule de neige », permet-elle l'acquisition de connaissances et de compétences qui contribuent à l'amélioration de la littératie en santé ?

L'objectif principal de cette étude est de partir de la définition et du modèle conceptuel de LS donnés par Sorensen et de mettre en évidence que la RdR, et plus spécifiquement les opérations « Boule de neige », peut être une opportunité pour répondre aux besoins en « littératie en santé ». Il est intéressant de retrouver dans le discours de l'utilisateur les connaissances et savoirs qu'il possède, qui sont utiles dans sa vie quotidienne, qui viennent des opérations BdN ou d'expériences et qui lui permettent de maintenir une bonne santé. Est-il capable de se retrouver dans le système de santé ? A qui s'adresse-t-il ? A-t-il conscience des risques ? ... Mais aussi des compétences acquises ou non lors de l'opération BdN lui permettant d'exercer un plus grand contrôle sur les événements ou situations de vie. ... Toutes ces connaissances et compétences qui permettent de définir la LS. Cette étude est une mise en lumière du lien qui peut exister entre la LS et la RdR.

L'objectif plus spécifique sera de retrouver à travers le discours et le vécu des usagers de drogues ayant participé à une opération BdN les différentes formes de littératie décrites par Nutbeam ainsi que les 9 échelles du questionnaire HLQ (*Health Literacy Questionnaire*).

3. Matériel et méthode

3.1. Type d'étude

L'étude réalisée est une étude de type qualitative, phénoménologique puisqu'elle vise la compréhension et la description de l'expérience BdN telle quelle est vécue par l'utilisateur de drogues illicites. Ce cadre phénoménologique amène à privilégier la méthode des entretiens semi-directifs qui est détaillée dans le point 3.3. Bien qu'il existe de nombreux outils quantitatifs pour déterminer le niveau de LS, nous chercherons plutôt à mettre en avant la présence de la LS au sein de la RdR et plus particulièrement dans les opérations BdN à travers une étude qualitative. Elle permet d'obtenir des informations complètes et de mieux préciser *les discours* des usagers sur certains aspects comme l'accès, l'accessibilité et l'appropriation des informations et des services de santé. Pour ce type de recherches, la population est choisie par choix raisonné sur la base des caractéristiques recherchées, et peut inclure d'autres critères comme des aspects démographiques et sociaux. (36)

3.2. Caractéristiques et méthode d'échantillonnage de la population étudiée

La population étudiée est constituée d'utilisateurs de drogues illicites ayant participé à une ou plusieurs opérations BdN données par une institution active dans le champ des assuétudes et de la RdR. La méthode d'échantillonnage utilisée pour cette étude est une méthode non probabiliste de commodité sur une période de temps définie. Les individus sont choisis en fonction de leurs accessibilité et disponibilité.

Critères d'inclusion :

- Avoir participé à une ou plusieurs opérations BdN
- Consommer des drogues illicites
- Signer un consentement libre et éclairé

Critères d'exclusion :

- Avoir moins de 18 ans
- Ne pas parler français

3.3. Paramètres étudiés et outils de collecte des données

Les paramètres étudiés auprès de la population étudiée sont :

- Les expériences et le ressenti vécus lors d'une opération BdN
- Les motivations à participer à celle-ci
- L'impact de ces approches sur la population cible
- Les savoirs/connaissances et compétences en matière de santé
- Les besoins et attentes de la population cible

Les données sont collectées auprès des usagers grâce à des entretiens individuels. En effet, les entretiens permettent d'investiguer des faits en lien avec la sémantique collective de la vie sociale, c'est-à-dire des savoirs, des représentations, des croyances, ainsi qu'avec des pratiques sociales comme le vécu, des récits de vie ou des expériences. L'analyse de ces données permet de traduire les conduites et les épreuves individuelles en enjeux collectifs mais aussi de donner aux enjeux collectifs une dimension individuelle. (37) Les entretiens sont semi-dirigés, c'est-à-dire que les thèmes principaux sont pensés en amont grâce à l'élaboration d'un guide d'entretien (annexe 1) et sont en lien direct avec la question de recherche. Lors d'entretiens semi-dirigés, la personne interviewée a une grande liberté dans ses réponses.

Les thèmes choisis pour le guide d'entretien ont été inspirés du questionnaire HLQ (*Health Literacy Questionnaire*) repris dans l'étude de Xavier Debussche et Maryvette Balcou-Debussche intitulée « Analyse des profils de littératie en santé chez les personnes diabétiques de type 2 : la recherche ERMIES-Ethnosocio. » (34) En effet, le questionnaire HLQ permet de déterminer le niveau de LS de la population générale. C'est un questionnaire multidimensionnel constitué de 44 items qui explore 9 dimensions. Ici seules les 9 dimensions sont utilisées dans le guide d'entretien : 1- Se sentir soutenu et compris par les professionnels

de santé ; 2- Disposer d'informations suffisantes pour gérer sa santé ; 3- Gérer activement sa santé ; 4- Soutien social pour la santé ; 5- Évaluation de l'information en santé ; 6- Capacité à s'engager avec les professionnels de santé ; 7- Navigation dans le système de Santé ; 8- Aptitude à trouver des informations de bonne qualité ; 9- Compréhension suffisante pour savoir ce qu'il faut faire. Le guide d'entretien est articulé de manière à retrouver ces différentes dimensions en utilisant des questions ouvertes ainsi que des sous-questions de relance ou de précision.

Dans cette étude, il n'est pas question d'évaluer quantitativement par rapport à une échelle de référence la LS des usagers ayant participé à une opération BdN mais de retrouver à travers leur discours, et en abordant les différentes dimensions retenues dans le questionnaire HLQ, les différentes *formes* et aspect de la LS. Il est question de viser la compréhension et la pratique des savoirs en littératie en santé au quotidien et non de déterminer un quelconque niveau quantifié de littératie en santé.

3.4. Organisation et planification de la collecte des données

Un document composé d'un texte et d'un flyer (annexe 2) est réalisé afin de présenter les objectifs de l'étude et est diffusé par mail aux différentes institutions spécialisées en assuétudes et réalisant des opérations BdN afin que ces dernières puissent proposer cette étude aux différents jobistes fréquentant leur institution. Ce sont les institutions qui contactent l'utilisateur et qui fixent le rendez-vous pour l'entretien si celui-ci est volontaire. Ce sont des entretiens individuels semi-dirigés d'une durée d'environ 1h et qui se déroulent dans l'institution où l'utilisateur a l'habitude de se rendre. La collecte de données a été réalisée de juin à août 2021.

3.5. Critères de qualité

Toute recherche qui veut assurer la fiabilité de ses résultats, qu'elle soit qualitative ou quantitative, doit respecter une certaine rigueur scientifique. Lincoln et Guba ont élaboré des critères de qualité plus adaptés aux recherches qualitatives. Il s'agit de la crédibilité, la transférabilité, la fiabilité et la confirmabilité. (38) (39) Cette étude reprend certains de ces critères pour assurer une certaine rigueur scientifique et la fiabilité de ses résultats.

Le critère de crédibilité est respecté lorsque les résultats sont fidèles à la réalité avec une interprétation des données plausible pour les participants. Il existe différentes techniques pour l'assurer dont, entre autres, la triangulation des ressources. Cette recherche fait l'usage de nombreuses sources de données du fait qu'elle sollicite plusieurs associations spécialisées dans les assuétudes.

Le critère de confirmabilité a une grande importance au sein de cette étude. Ici, il n'est pas question que les résultats reflètent le point de vue du chercheur mais bien les données du terrain. Les résultats sont commentés au sein des différentes associations afin d'assurer la vraisemblance ainsi que la solidité de ceux-ci. (38)

Enfin, le critère de fiabilité qui est impératif pour assurer la crédibilité de l'étude puisqu'il évalue l'intégrité des données de l'étude. Celui-ci est en lien avec l'attitude du chercheur qui doit, tout au long de l'étude, lors des entretiens et lors de l'analyse des données, être le plus objectif possible. (38)

3.6. Aspects règlementaires

3.6.1. Comité d'éthique

Le passage par le comité d'éthique n'est pas nécessaire pour les besoins de la recherche puisqu'elle ne sera pas publiée. Néanmoins, une demande d'avis a été envoyée au Collège des Enseignants du Master en Sciences de la Santé publique de la faculté de Liège (annexe 3) pour

pouvoir entamer la collecte de données. Ce dernier a répondu favorablement le 3 juin 2021 (annexe 4).

3.6.2. Vie privée et protection des données

Le traitement des informations respecte la loi relative au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). En effet, cette étude garantit l'anonymat des participants et la confidentialité des informations reçues. Le chercheur ne divulgue aucun nom. L'identité des participants est remplacée par un code d'identification avant même d'envoyer les données récoltées au promoteur. Le traitement des données se fait à l'aide de fichiers permettant la protection des données. De plus, les données sont archivées le temps de l'étude et sont détruites à la fin de celle-ci.

3.6.3. Information et consentement

Avant d'entamer l'entretien avec un participant, il est nécessaire de faire un récapitulatif de l'étude reprenant les objectifs de celle-ci. Chaque participant à l'étude doit signer un formulaire de consentement libre et éclairé (annexe 5). Il rappelle que la participation est libre et qu'il est possible pour le participant de se rétracter à tout moment. En ce qui concerne l'enregistrement des entretiens, il est nécessaire de demander l'accord à chaque participant.

3.7. Traitement des données et méthode d'analyse

Tout d'abord, il est important de rappeler que chaque participant à cette étude se voit attribuer un code qui permet d'anonymiser les informations données. La méthode d'analyse a pour but de décrire des phénomènes selon le point de vue des participants. Les entretiens sont enregistrés via un dictaphone et retranscrits en intégralité via l'application Noota qui respecte

la RGPD. Une grille de lecture (annexe 6) est élaborée avant le traitement des résultats. En effet, cette grille permet de cibler les thèmes abordés lors de l'entretien et par conséquent de faciliter l'analyse des résultats. Elle est composée de 3 colonnes, une première avec les thèmes abordés lors des entretiens c'est-à-dire les 9 dimensions de questionnaire HLQ. Une seconde comportant les propos des participants sous forme de verbatim. Et une dernière qui comporte les 3 différents niveaux de littératie décrits par Nutbeam (littératie fonctionnelle, la littératie interactive et la littératie critique).

Le traitement des données se déroule comme suit :

- Une retranscription complète des entretiens via l'application Noota et stockée dans un document Word
- Une première lecture complète des comptes rendus intégraux
- L'isolement des phrases/verbatim qui sont liées au phénomène grâce à la grille de lecture confectionnée au préalable
- L'analyse des significations de chaque énoncé important
- La centralisation des éléments qui contiennent des significations similaires afin de regrouper les informations en thèmes
- La réalisation d'une description exhaustive qui retrace le phénomène (38)

Le traitement des données débute après les premiers entretiens afin de s'assurer pour la suite des entretiens, que les différents thèmes sont abordés.

4. Résultats

4.1. Présentation de l'échantillon

Lors de la présentation de cette étude aux différents jobistes des associations, 7 étaient volontaires. Malheureusement, seulement 3 jobistes se sont finalement présentés aux entretiens. D'autres rendez-vous ont été re-programmés avec les jobistes absents mais sans succès. L'annexe 7 est un tableau qui reprend les données socio-démographiques des différents jobistes interrogés ainsi que le nombre d'opérations BdN effectuées.

4.2. Analyse thématique

Les annexes 8, 9 et 10 reprennent les grilles d'analyses des entretiens qui contiennent les verbatim des jobistes afin de permettre la transparence des résultats.

4.2.1. Se sentir soutenu et compris par les professionnels de santé

Tous les jobistes ont participé aux opérations BdN grâce à l'association qu'ils fréquentent. Deux des trois jobistes ont connu ces associations via leur entourage. Un des jobistes a connu l'association grâce à la présence de professionnels de santé de rue. Ils sont tous venus volontairement vers les associations avec une demande, soit décrocher de la drogue, soit sortir de la rue. Ils ont rejoint ces associations pour améliorer leur santé et qualité de vie et ont été capables de trouver des professionnels de santé, de créer une relation de confiance. Ils ont expliqué leur situation et ont demandé des conseils et de l'aide afin de répondre à leurs besoins et d'exercer un meilleur contrôle sur leur vie. Ils étaient tous, avant l'opération BdN, déjà très à l'aise au sein de l'institution qu'ils fréquentent. Cependant, les opérations BdN permettent de créer d'autres liens et une relation plus régulière entre professionnels et jobistes. Lors d'opérations BdN, il y a un partage mutuel de connaissances, que ce soit entre

professionnels et jobistes mais aussi entre jobistes et usagers. Les jobistes, lors des opérations BdN, sont les intermédiaires entre les associations et les usagers. Après les opérations, les jobistes semblent plus motivés à apprendre et donc plus actifs pour leur santé.

4.2.2. Disposer d'informations suffisantes pour gérer sa santé

Tous les jobistes n'ont pas les mêmes connaissances et compétences de base (annexe 7). Cependant, lors des opérations BdN, les jobistes sont formés pendant plusieurs journées sur la réduction des risques, la prévention, la promotion de la santé par l'intermédiaire de divers outils. Ces informations leur permettent de mieux se préoccuper de leur santé et de mieux la gérer. Ils visitent certaines institutions (salle de consommation, associations) pour pouvoir par la suite en parler aux usagers. Il est important pour les jobistes de bien comprendre les informations données pendant l'opération BdN car une partie de l'opération BdN consiste à faire remplir des questionnaires à des usagers rencontrés en rue.

2 Jobistes sur 3 ont été capables d'apporter des informations aux associations, que ce soit sur des comportements d'usagers mais aussi sur des aides disponibles. Néanmoins, un des jobistes interrogés pense pouvoir apporter des informations la prochaine fois maintenant qu'il « *sait de quoi il s'agit* » puisque c'était la première opération BdN à laquelle il participait.

On retrouve un niveau de LS plutôt fonctionnelle chez le jobiste ayant réalisé une seule opération BdN tandis qu'elle paraît plutôt critique chez les jobistes qui en ont réalisé plusieurs ou qui ont un plus haut niveau d'étude. Il paraît intéressant de se demander s'il ne faut pas plusieurs opérations BdN pour augmenter considérablement le niveau de LS des jobistes. Cependant, les connaissances apprises pendant les opérations BdN permettent selon les jobistes d'acquérir de nouvelles compétences.

« Chercheur : Donc, dans les opérations boule de neige, on peut dire que ça a augmenté vos connaissances ?

Jobiste : Oui dans la santé, dans tout. Dans la vie aussi. Dans le comportement de la santé et de la vie tout ça. Le quotidien ça aide ... Ça apprend beaucoup de connaissances et tout ça. (...) Des bons gestes, des bons comportements pour savoir comment te comporter dans la vie.»

Ces nouvelles connaissances leurs permettent d'améliorer leur qualité de vie, leur santé et donc leur quotidien. En ayant les connaissances nécessaires pour leur santé, les jobistes sont plus en confiance, peuvent prendre des décisions et peuvent mieux gérer leurs conditions de vie.

4.2.3. Gérer activement sa santé

Les jobistes se sont tournés vers des institutions car ils souhaitent améliorer leur qualité de vie et leur santé. Ils ont tous reconnu l'importance de leur santé en se tournant vers des associations avec des attentes et des besoins. Malgré qu'ils s'en remettent exclusivement aux services et aux professionnels de santé, ils ont été capables de prendre eux-mêmes la décision de prendre soin de leur santé et d'agir avec l'aide de professionnels. Les opérations BdN ont apporté beaucoup d'informations concernant les aides associatives. Tous les jobistes en parlent lors de l'entretien. Ces informations leurs permettent de mieux gérer leur santé, leur qualité de vie et d'être autonome.

« Moi, c'est grâce aux opérations Boule de neige que je sais que bon, il y a cette association-là qui aide pour le logement mais je vois bien qu'il y a d'autres filières aussi, qui aident... y a pas qu'une association qui s'occupe de ça, il y en a beaucoup plus qu'on ne le pense. Ça, ça aussi, ça m'a ouvert par rapport à ça.... Il y a moyen qu'on sorte quelqu'un de la rue pour moi avec toutes ces associations. »

Chaque jobiste a des trucs et astuces pour gérer sa consommation et sa santé en général. Malgré qu'ils soient des consommateurs, ils ont tous un regard critique sur la qualité des substances qu'ils consomment. Dans chacun des discours, l'on retrouve des messages de méfiance et de vérification de la qualité du produit pour ne pas tomber malade. Cependant, ils reconnaissent l'importance de ces nouvelles connaissances apportées par l'opération BdN pour être plus responsables vis-à-vis de leur santé.

« Comme l'échange de seringue, qu'on pouvait se refiler la maladie, il y en a qui ne savaient pas. Même la paille dans le nez, ça aussi, ça peut, l'hépatite B ou j'sais pas quoi. Là, il y en a qui ne savaient pas »

4.2.4. Soutien social pour la santé

Les jobistes ne sont pas seuls face à leur santé. Ils savent trouver le soutien nécessaire que ce soit auprès de l'institution qu'ils fréquentent mais aussi auprès d'autres médecins et associations. Néanmoins, chaque jobiste parle de l'importance d'avoir une famille et de ne pas être seul pour se sentir bien.

4.2.5. Évaluation de l'information sanitaire

Les opérations BdN permettent d'apporter de nombreuses informations fiables en santé et de « casser » certains mythes grâce aux échanges entre professionnels et jobistes mais aussi entre jobistes et usagers. En effet, les jobistes ne sont pas vierges de connaissances et certaines méritent d'être déconstruites comme par exemples : le fait de penser ne pas pouvoir sortir de la rue une fois qu'on y est, les effets de certains produits., la transmission de maladies...

Les jobistes comme les usagers ont été capables de comprendre les informations données puisqu'ils ont été capables de remplir les questionnaires. Mais aussi d'évaluer et de rapporter aux professionnels de l'institution les informations de terrain qui concernent la santé. Certains jobistes avaient plus de difficultés que d'autres à comprendre l'information mais tous posaient des questions.

Le fait que l'opération BdN se réalise sur plusieurs jours mais aussi qu'elle utilise des outils comme des questionnaires et des jeux permet de bien faire comprendre les informations aux jobistes avec différentes formes de communications et de s'en assurer. L'opération BdN s'adapte aux différents niveaux de littératie. D'ailleurs, plusieurs jobistes ont été capables d'émettre des critiques et d'apporter des améliorations aux opérations BdN : des critiques au niveau du questionnaire mais aussi à propos des informations qui devraient peut-être être plus adaptées à leur public.

« Les questionnaires, il faut les améliorer, il faut mélanger, Par exemple moi, je mettrais seringue avec par exemple soit hépatite ou sida ... en fait tu vois les pratiques par exemple l'hépatite tu l'as eu comment bah voilà par l'injection. Plus faire les liens, dire voilà j'ai eu ça

et c'est à cause de ça. Voilà le sida j'ai couché avec une qui l'avait tu vois le sexe. Voilà il faut faire un cercle ... »

Grâce aux informations apprises lors de l'opération BdN, les jobistes seront plus à même d'identifier les informations fiables et de résoudre celles qui sont contradictoires dans leur quotidien.

4.2.6. Capacité à s'engager avec les professionnels de santé

Plusieurs jobistes racontent que, lors de l'opération BdN, ils ont pu aider des usagers. Ils sont donc actifs et engagés dans l'opération. Plusieurs ont apporté des informations et de nouvelles réflexions aux associations. Ils sont tous à l'aise avec les institutions et les professionnels de celles-ci. Tous souhaitent recommencer l'expérience. On retrouve une réelle motivation du jobiste après une opération BdN. Les jobistes semblent plus proactifs et motivés pour acquérir de nouvelles connaissances en santé mais aussi pour en apporter aux professionnels. Ils s'investissent dans l'opération en posant des questions lorsqu'ils ne comprennent pas l'information.

« Ça apprend beaucoup de connaissances et tout ça. Franchement c'est vraiment une bonne expérience. Et je voudrais bien apprendre plus. »

De plus, lors d'une participation à une opération BdN, un contrat est acté entre le jobiste et l'association. C'est un travail de collaboration qui s'effectue et le jobiste doit donc avoir la capacité de s'engager avec les professionnels de l'institution.

4.2.7. Navigation dans le système de santé

Les jobistes, avant leur première opération BdN, ne semblent pas être à l'aise avec le système de santé. Ils sont capables de demander de l'aide et d'exécuter les tâches demandées mais sans esprit critique et ils ont besoin de l'aide d'un professionnel tout le long du processus. Cependant, lors d'opérations BdN, les jobistes reçoivent toutes les informations concernant les institutions et associations qui les prennent en charge et peuvent leur apporter de l'aide. Ces derniers transmettent ces informations aux consommateurs des rues. Que ce soit usagers

ou jobistes, tous deux étaient fortement intéressés par les informations concernant les aides. Les jobistes, après leur opération BdN, pouvaient parler aisément des différentes associations qui peuvent aider au niveau du logement, de leur consommation, de leurs soins, de leur hygiène ...

« Je dis Y, là, c'est déjà un lieu où les gens vont consommer, c'est quand même bien parce que c'est quand même surveillé, ils vérifient si c'est bien de la marchandise à nous et bon si quelqu'un fait malaise et ça, ben ça rappelle les médecins, ambulances, ils aident pour les logements, il n'y a pas que ça, y'a pas qu'un lieu de consommation, ils aident socialement, donc les logements, ils font les soins pour ceux qui sont à la rue, qui ne savent pas soigner, ils font les soins primaires des plaies ouvertes. Ben voilà un SDF peut aller là-bas pour recherche d'un logement, pas aller que chez Y, y a aussi le V que j'ai appris qu'il donnait des aides alimentaires. Mais il faut faire partie du quartier. Voilà donc si par exemple, moi j'habite à D, mais je pouvais pas bénéficier sauf si d'urgence, ça oui. Y a moyen parce que c'est quand même socialement. Et ils sont répartis sur tout Liège quoi donc voilà, moi, ce sont ces lieux vraiment que j'ai pris connaissance que je ne savais pas. »

4.2.8. Aptitude à trouver des informations de bonne qualité

Les jobistes ne sont pas forcément proactifs dans la recherche d'informations. Toutefois, ils savent déterminer quelle information est importante à communiquer et à qui. De plus, après une ou plusieurs opération BdN ils semblent motivés à apprendre plus et donc à améliorer leur LS. Quant aux « simples » usagers, ils ne sont pas forcément demandeurs ni chercheurs d'informations de santé mais lorsque les jobistes viennent à eux, ils semblent intéressés par les informations données. L'opération BdN a un rôle important dans cette dimension puisqu'elle communique et diffuse des informations de santé de qualité en touchant des populations socialement éloignées et marginalisées.

4.2.9. Compréhension suffisante pour savoir ce qu'il faut faire

Lors d'une opération BdN, les jobistes ont de nombreux documents imprimés avec des informations sur la santé, la réduction des risques, la promotion et la prévention de la santé. Les jobistes savent lire puisqu'ils doivent faire remplir des questionnaires et diffuser des informations qui leur sont présentées mais aussi écrites sur des documents. Les jobistes, grâce

aux informations données dans les opérations BdN, savent quoi faire, par exemple, en cas de danger d'overdose :

« ... tu vois parfois tu peux faire des overdoses et tout. Et bah on nous a expliqué comment on pouvait sauver la personne. Tu la tournes tout de suite de côté. Tu fais le truc là, le massage cardiaque et tu fais le bouche-à-bouche pour pas partir. »

Ou d'imaginer les pires scénarios.

« Tu vois ? Il y a un trou, tu vois c'est un abcès. Ouais mais je lui dis si tu continues tu vas perdre ton bras et comment tu vas faire pour te fixer ? Si tu perds ton bras ? Et puis après ? Et puis c'est un autre qui va venir te shooter et après, pour finir, ça va être un mélange. Il va se tromper de seringue et l'autre il a peut-être le sida et il va te le refiler mon gars. »

Les jobistes savent donner des informations pertinentes afin de limiter les risques lorsqu'il y a consommation. Ils savent donner des conseils sur les gestes à avoir avant de consommer de la drogue ; comme vérifier la pureté de celle-ci, savoir la goûter ...

5. Discussion

5.1. Discussion

L'analyse des données récoltées permet de mettre en évidence l'impact des opérations BdN sur la littératie en santé. Ici, il n'était pas question de quantifier un quelconque niveau de LS même si nous avons pu remarquer qu'il y avait des différences au sein des jobistes grâce aux différentes formes de LS décrites par Nutbeam. Dans les récits des vécus d'une opération BdN, nous arrivons à retrouver les 9 dimensions du questionnaire HLQ et à voir l'influence et la place d'une opération BdN sur ces dernières.

En effet, les opérations BdN permettent un rapprochement entre les jobistes et les professionnels des institutions mais aussi indirectement entre les usagers et les institutions. Bien que les jobistes étaient tous à l'aise avec les professionnels des institutions, ils ont été surpris de savoir qu'il y avait autant d'aides disponibles et se sentent plus soutenus par la société. Ces associations, par leurs activités — dont la participation à des opérations BdN —, permettent d'assurer un certain soutien social pour la santé des jobistes mais aussi pour les usagers à travers les jobistes. De plus, les jobistes devaient avoir la capacité de s'engager avec les professionnels de santé pour réaliser l'opération. Cette dernière a accentué ces engagements.

Les opérations BdN, en apportant des informations de santé adaptées aux consommateurs de drogues, leur permettent de disposer d'informations de santé mais aussi de réduction des risques afin de pouvoir mieux gérer leur quotidien. Ces informations de santé de qualité communiquées lors des opérations BdN, leur permettent de pouvoir gérer plus activement leur santé grâce à des informations sur le système de santé qui leur permettent de pouvoir naviguer dans celui-ci. De plus, les informations de santé, de prévention, de réduction des risques ... données permettent aux jobistes de résoudre des informations contradictoires et de « casser des mythes » comme par exemple sur les effets des drogues et l'association de ces dernières mais aussi sur la société.

En permettant aux jobistes, par les opérations BdN, de comprendre suffisamment les informations de santé, ces derniers ont toutes les connaissances pour savoir quoi faire en cas

de besoin ou de problème. Ces opérations, en apportant des informations, permettent d'augmenter les connaissances ainsi que l'esprit critique des jobistes pour qu'ils soient en mesure d'évaluer les informations de santé et d'identifier lesquelles les concernent. Les opérations BdN n'apportent pas seulement des connaissances aux jobistes, elles permettent de créer des liens entre professionnels et jobistes mais aussi d'augmenter leur empowerment. Par ce terme, nous voulons dire qu'ils augmentent leurs connaissances, leur motivation, leurs compétences, leur autonomie, leur capacité à agir afin de faire les meilleurs choix pour eux et d'agir sur les facteurs déterminants pour leur santé. De plus, les opérations BdN apportent aussi quelque chose aux professionnels de santé eux-mêmes. En effet, les jobistes sont des investigateurs de terrain et rapporteurs d'informations.

Au sein des récits des jobistes, on peut voir se profiler la définition de la LS donnée par Sorensen et al. : « La littératie en santé implique que des personnes aient la connaissance, la motivation et les compétences pour trouver les bonnes informations touchant à la santé, pour les comprendre, les évaluer et les appliquer. Il leur est ainsi possible d'émettre des jugements et de prendre des décisions dans la vie quotidienne concernant les soins médicaux, la prévention des maladies et la promotion de la santé en vue de mener plus longtemps une existence saine et de qualité. ». (40) (p18) Dans cette définition on retrouve une approche clinique avec des compétences individuelles nécessaires pour savoir traiter des informations de santé et améliorer sa qualité de vie. L'approche BdN permet d'augmenter ces compétences en fournissant des informations de santé. Grâce à son approche participative il est aisé de s'assurer de la bonne compréhension de ces dernières. Au niveau des compétences cognitives, sociales et citoyennes décrites dans cette définition, toutes sont exploitées lors des opérations BdN. En effet, les opérations BdN, en apportant de nombreuses informations sur la santé et sur les services publics, leur permettent d'avoir un plus grand contrôle sur leur vie. Et donc, de leur redonner une certaine autonomie et place dans la société. Ils peuvent, par leur participation et leur motivation acquise, lors de l'opération BdN, retrouver un certain soutien social ainsi que leur pouvoir citoyen. (40)

Il nous semble important de montrer la présence de la LS au sein de la réduction des risques car cette dernière touche une population qui est plus à risque d'avoir un faible niveau de littératie. En parlant de la LS et en la montrant au sein des opérations BdN, cela permet de

mettre en lumière cet outil qui, via une approche participative, permet d'augmenter le niveau de LS.

Il existe d'autres modèles de LS, comme celui de Cultures & Santé, qui se rapproche du modèle de Sorensen mais qui va encore plus loin en identifiant 6 leviers suivants permettant d'améliorer la LS : « Améliorer les conditions dans lesquelles les personnes naissent, vivent, grandissent, travaillent, s'aiment et vieillissent. Développer la LS des personnes dans les lieux d'apprentissage fréquentés au cours de la vie, réorienter les institutions (soins, CPAS, autres services publics...) afin qu'elles deviennent prolittératie pour les personnes qui les sollicitent et qui y travaillent. Former les professionnels et les bénévoles intervenant directement auprès de la population. Développer des supports d'informations prolittératie (brochures, affiches, sites internet...). Lutter contre la 'pollution informationnelle' qui occulte l'information de qualité. ». (40) (p20-21) Ces leviers permettent d'agir sur l'individu, l'environnement, le système et les acteurs.

Comme nous pouvons le voir, il existe de multiples définitions et de modèles de LS. La LS au sens large peut se retrouver dans de nombreux domaines et même s'il n'est pas possible de recenser tous les outils/ interventions permettant de favoriser la LS, il nous paraît quand même intéressant de parler de certains de ces outils qui plus est, touche une population à risque d'avoir un faible niveau de LS. En parlant et en mettant en avant cette approche participative, qui est BdN, cela permet de diffuser le concept de LS mais aussi de repenser certaines approches en matière de LS. De plus en plus d'institutions et de publications s'intéressent à la LS qu'elles perçoivent comme un « levier politique pour améliorer la santé et la justice ». (40) (p17) D'ailleurs, le SARWGG (le conseil consultatif stratégique de la politique flamande de l'aide sociale, de la santé et de la famille) « voit dans l'augmentation de la LS une clé pour lutter contre les inégalités sociales en matière de santé et de bien-être ». (40) (p18)

5.2. Biais, forces et limites de l'étude

La principale force de cette étude réside dans la réalisation d'entretiens individuels. En effet, les entretiens individuels permettent d'avoir le vécu, le ressenti d'expériences ainsi que les

savoirs, savoirs faire, croyances et valeurs des personnes interrogées. Ils permettent de mieux comprendre et d'avoir plus d'informations car comme le disent certains auteurs (Blanchet, Gotman 2015) l'entretien est un « instrument de l'exploration des faits dont la parole est le vecteur principal ». (37) (p87) Les entretiens semi-directifs permettent de mieux comprendre le discours des personnes interrogées et de remanier les questions afin que la compréhension des questions soit optimale mais aussi de laisser une certaine spontanéité et liberté à l'interviewé. En effet, celui-ci a la possibilité d'ajouter des réponses libres en dehors de l'éventail proposé. Cette étude cherche à « trouver » les savoirs et compétences des jobistes en matière de santé afin de déterminer si les opérations BdN peuvent être un bon outil pour augmenter leurs LS.

En ce qui concerne les biais de cette étude, il existe un biais au niveau de la sélection de l'échantillon. En effet, les jobistes sont sélectionnés et recrutés selon leur désir de participer à l'étude, il existe donc un biais de volontariat. Néanmoins, les jobistes venant de différentes associations et de différents milieux permettent d'avoir des profils variés. On peut retrouver un biais d'information lié à la désirabilité sociale. En effet, les personnes interrogées vont avoir tendance à se rappeler davantage des comportements valorisants que les comportements moins valorisants et essayeront de donner une image « positive » à l'enquêteur. C'est pourquoi le chercheur présent lors des entretiens a veillé à rester neutre tout en rappelant aux participants qu'il n'y a ni mauvaise ni bonne réponse et que les données sont confidentielles.

L'une des limites de cette étude est la taille de l'échantillon. En effet, afin d'assurer la qualité d'une recherche qualitative il est nécessaire d'atteindre la saturation des données ce qui n'est pas le cas dans cette dernière. Les jobistes restent des usagers de drogues et malgré qu'ils aient donné leur accord pour participer à cette étude, la plupart d'entre eux ne se sont jamais présentés aux entretiens. Cette population vivant en partie à contretemps des rythmes de la vie sociale « normale », elle n'est pas toujours fiable. Il est nécessaire de réaliser cette étude sur un plan grand laps de temps pour atteindre la saturation des données.

Le climat actuel causé par la pandémie au Covid-19 a freiné les associations qui n'ont fait que très peu, voir aucune, opération BdN en 2020 et 2021. Les opérations BdN réalisées étaient limitées à un petit nombre de participants. Ces conditions ont aussi contribué à réduire le nombre de personnes potentiellement intéressées à être interviewées et, par conséquent, la

population étudiée. De plus, les inondations qui ont touché Liège ont aussi touché certains jobistes vivant dans la rue. Ces derniers ayant perdu leurs effets personnels, ils ne se sont donc pas rendus aux entretiens.

6. Perspective et conclusions

Pour les professionnels de santé, la LS concerne les compétences fonctionnelles de base telles que la lecture, l'écriture et le calcul mais aussi des compétences interactives et critiques pour utiliser ses propres connaissances afin de prendre des décisions appropriées et d'exercer un plus grand contrôle sur sa santé et sa vie tout en favorisant l'autonomie.

Dans cette étude qualitative, nous avons d'une part cherché à montrer et à approfondir la notion de LS à partir des opérations BdN. En effet, ces dernières impliquent des connaissances et des savoirs de santé relatifs et spécifiques à la santé des usagers de drogues illicites mais aussi à la santé en général. Force est de constater que ce terme de LS est absent du vocabulaire des associations spécialisées en assuétudes. Et d'autre part, les démarches axées autour des savoirs, connaissances et échanges entre professionnels et usagers, présentent dans les opérations BdN, pourraient inspirer les théoriciens qui cherchent des méthodes permettant d'augmenter ou d'améliorer la LS. En effet, elles pourraient ouvrir un éventail d'actions ou de possibilités à ces derniers qui cherchent de nouveaux outils pratiques.

Il est manifeste que les opérations BdN sont à la hauteur des exigences et des ambitions des programmes de LS car non seulement, elles sont tournées vers les connaissances de bases (santé, médicale) mais aussi vers d'autres connaissances de la société tel que les services sociaux. Elle ne se limite pas à un « kit de 10 commandements » pour savoir comment « consommer proprement ». Les opérations BdN couvrent toutes les dimensions utilisées dans le questionnaire HLQ permettant d'évaluer la LS et ne développent pas seulement la LS médicale mais aussi celle de santé publique.

En effet, les opérations BdN ont un rapport avec la LS et avec le travail de cette dernière. Les opérations BdN soulignent le fait que la LS des individus n'est jamais tout à fait vierge de connaissances et de savoirs. L'enjeu de travailler la LS des usagers, c'est réfléchir à cette notion

de LS au point de contact entre les savoirs d'expériences et les savoirs savants. L'objectif est bien de créer une alliance et une circulation entre ces derniers. Les opérations BdN cherchent à utiliser le savoir mais aussi le désir du savoir. Ces informations de santé permettent aux usagers, dans un premier temps, de pouvoir facilement trouver de l'aide pour agir sur la santé et donc d'améliorer leur santé et qualité de vie ainsi que leur autonomie. Elles permettent de changer le regard des professionnels et usagers de drogues illicites et d'améliorer les relations. En effet, elles créent une relation différente entre professionnel et usager, c'est une relation plus horizontale puisque chacun peut apporter à l'autre, chacun à des savoirs propres à partager. Dans les opérations BdN, il ne s'agit pas seulement d'un apprentissage pur et dur mais bien d'établir une relation riche par ces échanges de connaissances et de savoirs. En effet, les savoirs des usagers permettent aux professionnels de santé de développer une réflexion constante et adaptée pour répondre aux besoins du terrain. Tout en augmentant les connaissances des usagers, ces derniers se sentent plus à l'aise, que ce soit dans le système de santé mais aussi par rapport à leur quotidien. Ils sont plus autonomes et plus responsables vis à vis de leur santé et dans leur vie en général. Les opérations BdN donnent la possibilité aux usagers de retrouver leur place au sein de la société, d'être plus à l'aise dans le système de soin, avec les professionnels de santé et donc de faciliter l'accompagnement.

Les recherches concernant l'amélioration des outils de LS pourraient se pencher sur ces deux aspects qui sont que chaque individu a des connaissances et savoirs qui lui sont propres et qui sont plus ou moins correctes, ils ne partent pas d'un terrain complètement neutre. Mais aussi l'importance de créer une relation horizontale entre professionnels et usagers (ou patients) où chacun peut apporter à l'autre, en articulant savoirs d'expériences et savoirs savants.

De plus, il serait pertinent de réaliser cette étude à plus grande échelle en recrutant un nombre plus important de jobistes afin de confirmer les bénéfices apportés par les opérations BdN au sein des usagers de drogues illicites. Il serait aussi intéressant d'interroger les usagers rencontrés par les jobistes afin d'avoir leur retour d'expérience.

« N'oublions pas que plusieurs boules de neige suffisent parfois à engendrer une avalanche, et c'est bien de cela que l'on aurait besoin pour enfin changer de système »

7. Bibliographie

1. Coppel A. Peut-on civiliser les drogues ? La Découverte; 2002.
2. Royal A. Loi concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, psychotropes, désinfectantes ou antiseptiques et des substances pouvant servir à la fabrication illicite de substances stupéfiantes et psychotropes. 1921;
3. Guillaïn C. La politique pénale du gouvernement arc-en-ciel en matière de drogues. *Courr Hebd du Cris* [Internet]. 2003 [cited 2021 Jan 3];n° 1796(11):5. Available from: <http://www.cairn.info/revue-courrier-hebdomadaire-du-crisp-2003-11-page-5.htm?ref=doi>
4. Weinberg D. Lindesmith on Addiction: A Critical History of a Classic Theory. *Sociol Theory* [Internet]. 1997 [cited 2021 Jan 3];15(2):150–61. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1111/0735-2751.00029>
5. Friedman SR, de Jong W, Rossi D, Touzé G, Rockwell R, Des Jarlais DC, et al. Harm reduction theory: Users culture, micro-social indigenous harm reduction, and the self-organization and outside-organizing of users' groups. *Int J Drug Policy* [Internet]. 2007 [cited 2021 Jan 3];18(2):107–17. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0955395906002301>
6. Jamouille P. Styles de vie liés aux drogues et trajectoires de sortie de toxicomanie/Enquête sur le site belge (hainaut). *Psychotropes* [Internet]. 2001 [cited 2021 Jan 3];7(3):73. Available from: <http://www.cairn.info/revue-psychotropes-2001-3-page-73.htm>
7. Gomes TB, Vecchia MD. Harm reduction strategies regarding the misuse of alcohol and other drugs: a review of the literature. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jan 3];23(7):2327–38. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000702327&lng=pt&tlng=pt
8. Dos Santos M. S'engager en tant que pairs au sein d'une structure pour usagers de drogues : la place des savoirs expérientiels. *Vie Soc*. 2017;20(4):223.
9. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Harm reduction: evidence, impacts and challenges :EMCDDA Monographs. [Internet]. LU: Publications Office; 2010 [cited 2021 Jan 3]. Available from: <https://data.europa.eu/doi/10.2810/29497>
10. Réduction des risques. Charte de la réduction des risques [Internet]. reductiondesrisques.be. Available from: <https://reductiondesrisques.be/charte-de-la-reduction-des-risques/>
11. Vearrier L. The value of harm reduction for injection drug use: A clinical and public health ethics analysis. *Disease-a-Month* [Internet]. 2019 [cited 2021 Jan 3];65(5):119–41. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0011502918301615>

12. Urbanoski K, Pauly B, Inglis D, Cameron F, Haddad T, Phillips J, et al. Defining culturally safe primary care for people who use substances: a participatory concept mapping study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 3];20(1):1060. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-020-05915-x>
13. Farias L, Bernardino Í de M, Madruga RCR, D'Avila S, Lucas RS de CC. Attitudes and practices of professionals who working in the Family Health Strategy regarding the approach to drug users in the municipality of Campina Grande. Paraíba. Brazil. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2019 [cited 2021 Jan 3];24(10):3867–78. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001003867&tlng=pt
14. Fontaine A, Fontana C. Usages de drogues (licites, illicites) et adaptation sociale. *Psychotropes* [Internet]. 2004 [cited 2021 Jan 3];10(2):7. Available from: <http://www.cairn.info/revue-psychotropes-2004-2-page-7.htm>
15. Lutz G, Roche P. Introduction. Faire avec les drogues, agir avec les usagers. *Nouv Rev psychosociologie* [Internet]. 2016 [cited 2021 Jan 3];N° 21(1):7. Available from: <http://www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2016-1-page-7.htm?ref=doi>
16. Lalande A. « Parcours de vie / Parcours de santé – l'autonomie des personnes » [Internet]. 2015. Available from: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:j2_pluyP5Ocj:https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2015/03/Aude.pdf+&cd=1&hl=fr&ct=clnk&gl=be&client=firefox-b-d
17. Lefebvre M. "La littératie en santé: Évaluation des ateliers issus du guide 'La littératie en santé: d'un concept à la pratique' : Quels effets sur les pratiques et la posture des professionnels?" [Internet]. Faculté de santé publique de l'UCL; 2018. Available from: <https://dial.uclouvain.be/memoire/ucl/object/thesis:15043>
18. Lalande A. Interroger les savoirs. *Vacarme* [Internet]. 13th ed. 2000;pages 90 à 95. Available from: <https://www.cairn.info/revue-vacarme-2000-3-page-90.htm>
19. Jouet E, Flora L, Vergnas O Las, Jouet E, Flora L, Las O, et al. Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients To cite this version : HAL Id : hal-00645113 Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients pl re ht d tp ' a :// ut en e vi ur ed - D es if av fus oi io r . n in Note de synthèse. 2011;
20. Coppola A, Sasso L, Bagnasco A, Giustina A, Gazzaruso C. The role of patient education in the prevention and management of type 2 diabetes: an overview [Internet]. Vol. 53, *Endocrine*. 2016. p. 18–27. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26494579/>
21. Jacques J-P, Aucremanne J-L, Brohée J, Collinet R, Feldman N, Figiel C, et al. Drogues et substitution. In: Deboeck supérieur. 2021. p. 5–18.
22. Goosdeel A. L ' OPÉRATION " BOULE DE NEIGE " Une méthode participative pour

- promouvoir la réduction des risques. 2000;1–13.
23. AsblALFA. Centre Alfa Service de Santé Mentale [Internet]. 1962. Available from: http://centrealfa.be/?fbclid=IwAR0IfD24up9Zb_XevIR6EUm1ILmaTQKnkUo4T64-f2AhJcmiy7l6ApWPzQ0
 24. AsblModusVivendi. Modus Vivendi [Internet]. 1993. Available from: <http://www.modusvivendi-be.org/>
 25. Alexis Goosdeel; Fabienne Hariga; Dominique Theys. Manuel méthodologique : Boule-de-neige.
 26. Jauffret- M. L’auto-support des usagers de drogues : concepts et applications - ORSPERE SAMDARRA. :5–6. Available from: <http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra/rhizome/anciens-numeros/rhizome-n40-incontournables-savoirs-profanes-dans-l-evaluation-des-metiers-de-l-aide-et-du-soin/lauto-support-des-usagers-de-drogues-concepts-et-applications-1935.html>
 27. Broucke S Van Den, Discart M. La littéracie en santé, un outil de réduction des inégalités sociales de santé. 2016;
 28. Peerson A, Saunders M. Health literacy revisited: What do we mean and why does it matter? *Health Promot Int*. 2009;24(3):285–96.
 29. Batterham RW, Hawkins M, Collins PA, Buchbinder R, Osborne RH. Health literacy: Applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. *Public Health* [Internet]. 2016;132:3–12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2016.01.001>
 30. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med* [Internet]. 2008;67(12):2072–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
 31. WHO. Projet de feuille de route européenne de l’ OMS pour la mise en œuvre d’ initiatives en matière de littératie en santé à toutes les étapes de la vie. 2019;16–9.
 32. Sørensen K, Van Den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* [Internet]. 2012;12(1):80. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80>
 33. Mårtensson L, Hensing G. Health literacy - A heterogeneous phenomenon: A literature review. *Scand J Caring Sci*. 2012;26(1):151–60.
 34. Debussche X, Balcou-Debussche M. Analyse des profils de littératie en santé chez des personnes diabétiques de type 2 : la recherche ERMIES-Ethnosocio. *Sante Publique* (Paris). 2018;S1(HS1):145.
 35. van der Heide I, Poureslami I, Mitic W, Shum J, Rootman I, FitzGerald JM. Health literacy in chronic disease management: a matter of interaction. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jan 3];102:134–8. Available from:

<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0895435617309435>

36. Smith JA, Osborn M. Interpretative phenomenological analysis as a useful methodology for research on the lived experience of pain. *Br J Pain* [Internet]. 2015 [cited 2021 Jan 3];9(1):41–2. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2049463714541642>
37. Sifer-Rivière L. Enquêter par entretien : se saisir du discours et de l'expérience des personnes. In: *Les recherches qualitatives en {Santé}*. 2016. p. 86–101.
38. Noiseux S. Le devis de recherche qualitative. In: *Fondements et étapes du processus de recherche*. Chenelière Education; 2005. p. 268–89.
39. Maher L, Dertadian G. Qualitative research: Qualitative research. *Addiction* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jan 3];113(1):167–72. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/add.13931>
40. Vendenbroeck P, Jenné L. Renforcer la littératie en santé. Tirer les leçons de dix pratiques étrangères innovantes. 2018;114. Available from: <https://www.kbs-frb.be/fr/Activities/Publications/2018/20181112PP>

8. Annexes

Annexe 1. Guide d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN

➔ Accueil

Présentation étudiante et étude

➔ Rappel confidentialité + enregistrement + signature formulaire consentement

- Droit de rétractation
- Anonymat

➔ Déroulement entretien (environ 1h)

- Questions ouvertes. Ni bonnes ni mauvaises réponses. Aucun jugement. C'est votre ressenti qui est important.

➔ Questions ?

1- L' « Avant »

- Pouvez-vous vous présenter ? Comment avez-vous connu cette association ? Comment avez-vous connu les opérations BdN ?

- Pour vous, ça veut dire quoi « avoir une bonne santé » ? Qu'est ce qui est important pour vous ? Le plus important en matière de santé ? Le moins important pour vous / que vous négligez en matière de santé ?

- Pour vous, ça veut dire quoi « être en bonne santé » ? C'est quoi être en bonne santé lorsqu'on consomme des substances ?

- Lorsqu'on consomme des substances qu'est ce qui est important à savoir (par rapport à la santé) ? Les connaissances de base à savoir ? Celles qui sont importantes à partager ?

- Quelles connaissances, savoirs, « trucs et ficelles » les consommateurs possèdent-ils ? Par exemple consommer en limitant les risques d'être malade ?

- Avant les opérations « Boule de neige » quelles étaient vos connaissances et perceptions du système de santé ? Saviez-vous où vous adresser quand vous aviez besoin d'aide ? Hôpital ? Médecin traitant ? Régulièrement ?

2- Le « Pendant »

- Dans les opérations BdN quels types de connaissances avez-vous rencontrés ? Des connaissances sur la santé/ médicale ? Sur le système de soins les hôpitaux/ les institutions/ sur la réduction des risques ? Quelles étaient les informations les plus importantes pour vous et les plus utiles pour vous ? et les moins utiles/ moins intéressantes ?

- Pouvez-vous me donner une ou des informations médicales/cliniques qui vous ont servi / été utiles pour prendre des décisions médicales ? (Prise de rendez-vous, médecin, hôpital) ?

- Pouvez-vous me donner une ou des informations sur la réduction des risques/ la prévention de maladies qui vous sont utiles et que vous appliquez ?

- Pouvez-vous me donner une ou des informations sur la promotion de la santé c'est à dire l'environnement/social/physique (alimentation, tabac) qui vous sont utiles ou pas ? Et que vous appliquez ou pas ? Mais que vous connaissez ?

- Pendant l'opération BdN était-il facile pour vous de repérer des informations qui étaient utiles pour vous ? Lesquelles ?

- Les connaissances et informations rencontrées dans les opérations BdN vous sont-elles utiles dans votre vie quotidienne ? Vous servez-vous des connaissances apprises ? Exemple ? Lesquelles ?

- Ces connaissances ont-elles changé votre comportement ? Votre vision de la santé ? Votre santé ? Comment ? Exemple ?

9 échelles du questionnaire HLQ

1. Se sentir compris et soutenu par les professionnels de santé
2. Disposer d'informations suffisantes pour gérer la santé
3. Gestion active de la santé
4. Soutien social pour la santé
5. Evaluation de l'information sanitaire
6. Capacité à s'engager activement avec les professionnels de santé
7. Navigation dans le système de santé
8. Aptitude à trouver des informations de santé de bonne qualité
9. Compréhension suffisante de l'information en santé pour savoir ce qu'il faut faire

- Quel était votre ressenti pendant l'opération BdN ? Sentiment d'engagement ? Sentiment de responsabilité ?
- Avez-vous compris toutes les informations données lors de l'opération BdN ou parfois le vocabulaire était-il trop compliqué ?
- Qu'est-ce que les opérations BdN vous ont apporté ? Nouvelles connaissances ? Nouvelles habitudes ou comportements ? Changement du regard que vous avez sur vous-même ? Santé ?
- Qu'avez-vous appris lors de l'opération BdN ? Et qu'avez-vous appris aux professionnels ?
- À travers les opérations BdN, qu'est-ce qui apparaît comme important / pas important pour les usagers, en matière de santé/ pour votre santé ?
- Les gens que vous rencontrez se préoccupent-ils de cela / de leur santé ? Qu'est-ce qu'ils ont tendance à négliger ? De quoi se préoccupent-ils ? Veillent-ils à leur santé ?
- Selon vous, les connaissances qui circulent sont-elles adéquates, appropriées ? Est-ce qu'elles renseignent bien les personnes et leur permettent de faire les choses en préservant leur santé, ou au contraire les « savoirs » et les « connaissances » qui circulent peuvent-ils présenter des dangers
- Selon vous, quelles connaissances les personnes que vous rencontrez ont-elles du système de santé ? Est-ce qu'elles connaissent les endroits où l'on peut avoir de l'aide relativement à la santé ? Pensez-vous que les usagers, les personnes que vous rencontrez ont, généralement, un médecin traitant ? A qui font-ils appel ? Est-ce qu'ils ont une certaine connaissance de l'hôpital, ou d'autres endroits similaires ?
- Aviez-vous toutes les armes/ connaissances/informations pour répondre aux questions/ demandes des personnes répondant à votre questionnaire BdN ?

3- L' « Après »

- Que s'est-il passé pour vous après l'opération BdN ?
- Est-ce que vous recommenceriez l'expérience ou le conseilleriez –vous à quelqu'un d'autre ? Et pourquoi ?
- Quels sont vos besoins et attentes maintenant ou pour le futur ?
- Votre ressenti face aux professionnels de santé a-t-il changé ? Etes-vous à l'aise ?
- Qu'est-ce qu'on peut apprendre avec les professionnels ? Qu'est-ce qu'on apprend « entre nous, que ne peuvent pas savoir les professionnels (les choses auxquelles ils n'ont pas accès) ?

- Est-ce que vous améliorerez quelque chose dans les opérations BdN ?

- Les opérations BdN ont-elles augmenté vos connaissances en santé ? Dans le système de santé ? Vos compétences ? Autonomie ? Responsabilités ? Par exemple pour vous adresser à des professionnels de santé ? Aller à l'hôpital ? Prendre rendez-vous ... ? Plus de connaissances pour maîtriser votre santé ?

➔ FIN

- Synthèse des échanges + vécu de l'entretien

- Données socio démographiques : Nom, prénom, sexe, âge, profession, niveau d'enseignement, lieu de résidence

- Remerciements + pensez-vous connaître d'autres jobistes qui seraient d'accord de participer à cette étude ?

Annexe 2. Flyer et présentation de l'étude

Etudiante en master en Sciences de la santé publique à l'Université de Liège, je m'intéresse, pour mon mémoire, à la réduction des risques et plus particulièrement aux opérations « Boule de neige ».

Au travers des témoignages d'usagers ayant participé à une opération « Boule de neige », je souhaite identifier et comprendre les connaissances, les savoirs et les informations qui sont en jeu dans la réduction des risques, en particulier avec « Boule de neige ».

Intéressée depuis quelques temps par la communauté des usagers de drogues illicites, à leurs droits et à leur accès à la santé, je souhaite montrer aux acteurs et aux autorités de santé publique que les opérations « Boule de neige » constituent un modèle intéressant pour l'amélioration des connaissances en matière de santé, ce que les spécialistes appellent la « littératie en santé ».

C'est pourquoi je me permets de vous solliciter, et de proposer un entretien d'environ 1 heure au cours duquel les usagers ayant participé à une opération « Boule de neige » pourraient raconter leur expérience et leur expertise.

Merci d'avance pour votre collaboration. Pour participer et/ou obtenir des informations complémentaires, vous pouvez me contacter ici ophelie.richard@student.uliege.be et au 0470/56.08.34

Ophélie

APPEL A PARTICIPATION

Mémoire Sciences de la Santé Publique

QUOI ?

Montrer que la Réduction des risques sur le terrain de la consommation de drogues illicites, et plus spécifiquement les opérations « Boule de neige », peut être une opportunité pour répondre aux besoins de littératie en santé des consommateurs

QUI ?

Usager majeur ayant participé à une ou plusieurs opérations « Boule de neige »

Par entretien enregistré garantissant anonymat et confidentialité

COMMENT ?

POURQUOI ?

Mettre en lien la Réduction des risques et la littératie en santé

INTERESSE(E) ?

Votre expérience et votre contribution me sont précieuses. Je reste à disposition pour toute question concernant la nature de l'étude ainsi que ses modalités pratiques.

ophelie.richard@student.uliege.be

Annexe 3. Demande d'avis au Collège restreint des Enseignants et au Comité d'Ethique

Demande d'avis au Comité d'Ethique dans le cadre des mémoires des étudiants du Master en Sciences de la Santé publique

(Version finale acceptée par le Comité d'Ethique en date du 06 octobre 2016)

Ce formulaire de demande d'avis doit être complété et envoyé par courriel à mssp@uliege.be. Si l'avis d'un Comité d'Ethique a déjà été obtenu concernant le projet de recherche, merci de joindre l'avis reçu au présent formulaire.

1. Etudiant (prénom, nom, adresse courriel) : Ophélie, Richard,
ophelie.richard@student.uliege.be
2. Finalité spécialisée : Promotion de la santé 3. Année académique : 2020-2021
4. Titre du mémoire : Comment la réduction des risques, et plus spécifiquement les opérations « Boule de neige », permet l'acquisition de connaissances et compétences qui contribuent à l'amélioration de la littératie en santé ?
5. Promoteur(s) (titre, prénom, nom, fonction, adresse courriel, institution) :
 - a. Maître de recherches du FNRS, Florence, Caeymaex, F.Caeymaex@uliege.be, Uliège

6. Résumé de l'étude

a. Objectifs

En partant du modèle conceptuel de littératie en santé donné par Sorensen donné montrer que la réduction des risques (RDR) sur le terrain de la consommation des drogues illicites, et plus spécifiquement les opérations « Boule de neige », peut être une opportunité pour répondre aux besoins de littératie en santé des consommateurs.

b. Protocole de recherche (design, sujets, instruments,...) (+/- 500 mots)

Cette étude repose sur une recherche qualitative de type phénoménologique qui « vise la compréhension et la description de l'expérience humaine telle qu'elle est vécue par la personne ». Dans cette étude, ce sont des usagers de drogues illicites participant à des opérations « Boule de neige » qui sont interrogés. En effet, c'est à travers le récit de leur expérience qu'il sera possible de déterminer comment la transmission de savoir s'effectue, quels sont les savoirs présents et comment ils sont utilisés par la suite.

Ce cadre phénoménologique amène à privilégier des entretiens semi-directifs. La méthode d'échantillonnage utilisée pour cette étude est une méthode non probabiliste de commodité sur une période de temps définie. Les individus sont choisis en fonction de leur accessibilité et disponibilité. Une invitation à participer à l'étude, accompagnée d'une explication de ses objectifs, est diffusée par communiqué (flyer électronique) au sein du réseau RELIA ainsi que chez Modus Vivendi.

La population étudiée est celle d'usagers de drogues illicites participant à des opérations « Boule de neige ».

Les critères d'inclusion sont :

- Fréquenter les institutions du réseau RELIA
- Avoir participé à une opération boule de neige
- Consommer des drogues illicites
- Signer un consentement libre et éclairé

Les critères d'exclusion sont :

- Avoir moins de 18 ans
- Ne pas parler français

Les paramètres étudiés auprès de la population sont :

- Les expériences et le ressenti vécus lors d'opérations « Boule de neige »
- Les savoirs véhiculés lors d'opérations « Boule de neige »
- Les motivations à participer à celles-ci
- Les besoins et attentes de la population cible en matière de savoirs/connaissances relatifs à leur santé
- L'impact de cette approche sur la population cible en termes de santé au sens large

Chaque participant à cette étude se voit attribuer un code qui permet d'anonymiser les informations données. Les entretiens sont enregistrés et retranscrits en intégralité. Chaque participant à l'étude doit signer un formulaire de consentement libre et éclairé. Ce dernier rappelle que la participation est libre et qu'il est possible pour le participant de se rétracter à tout moment. En ce qui concerne l'enregistrement des entretiens, il est nécessaire de demander l'accord à chaque participant.

Cette étude garantit l'anonymat des participants et la confidentialité des informations reçues. En effet, le chercheur ne divulgue aucun nom. L'identité des participants est remplacée par un code d'identification avant même d'envoyer les données récoltées au promoteur. Les fichiers texte utilisés garantiront la protection des données.

Le traitement des données se fait à l'aide d'une grille de lecture élaborée avant le traitement des résultats. Cette grille est construite à partir du classement de Don Nutbeam, qui détermine 3 niveaux de littératie, et du questionnaire HLQ (Health Literacy Questionnaire). Elle permettra de retrouver les différentes formes de littératie présentes au sein des récits des personnes interrogées.

Pour finir, toutes les données sont archivées le temps de l'étude et sont détruites à la fin de celle-ci.

7. Afin de justifier si l'avis du Comité d'Ethique est requis ou non, merci de répondre par oui ou par non aux questions suivantes :

1. L'étude est-elle destinée à être publiée ? NON
2. L'étude est-elle interventionnelle chez des patients (va-t-on tester l'effet d'une modification de prise en charge ou de traitement dans le futur) ? NON
3. L'étude comporte-t-elle une enquête sur des aspects délicats de la vie privée, quelles que soient les personnes interviewées (sexualité, maladie mentale, maladies génétiques, etc...) ? NON

4. L'étude comporte-t-elle des interviews de mineurs qui sont potentiellement perturbantes ?
NON
5. Y a-t-il enquête sur la qualité de vie ou la compliance au traitement de patients traités pour une pathologie spécifique ? NON
6. Y a-t-il enquête auprès de patients fragiles (malades ayant des troubles cognitifs, malades en phase terminale, patients déficients mentaux,...) ? NON
7. S'agit-il uniquement de questionnaires adressés à des professionnels de santé sur leur pratique professionnelle, sans caractère délicat (exemples de caractère délicat : antécédents de burn-out, conflits professionnels graves, assuétudes, etc...) ? NON
8. S'agit-il exclusivement d'une enquête sur l'organisation matérielle des soins (organisation d'hôpitaux ou de maisons de repos, trajets de soins, gestion de stocks, gestion des flux de patients, comptabilisation de journées d'hospitalisation, coût des soins,...) ? NON
9. S'agit-il d'enquêtes auprès de personnes non sélectionnées (enquêtes de rue, etc.) sur des habitudes sportives, alimentaires sans caractère intrusif ? NON
10. S'agit-il d'une validation de questionnaire (où l'objet de l'étude est le questionnaire) ?
NON

Si les réponses aux questions 1 à 6 comportent au minimum un « oui », il apparaît probablement que votre étude devra être soumise pour avis au Comité d'Ethique.

Si les réponses aux questions 7 à 10 comportent au minimum un « oui », il apparaît probablement que votre étude ne devra pas être soumise pour avis au Comité d'Ethique.

En fonction de l'analyse du présent document, le Collège des Enseignants du Master en Sciences de la Santé publique vous informera de la nécessité ou non de déposer le protocole complet de l'étude à un Comité d'Ethique, soit le Comité d'Ethique du lieu où la recherche est effectuée soit, à défaut, le Comité d'Ethique Hospitalo-facultaire de Liège.

Le promoteur sollicite l'avis du Comité d'Ethique car :

- ☐ cette étude rentre dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine.
- ☒ cette étude est susceptible de rentrer dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine car elle concerne des patients. Le Promoteur attend dès lors l'avis du CE sur l'applicabilité ou non de la loi.
- ☐ cette étude ne rentre pas dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine, mais un avis du CE est nécessaire en vue d'une publication.

Date 27.05.2021

Nom et signature du promoteur

FLORENCE CAZYMAEX
Cazymaex

Annexe 4. Réponse du Collège restreint des Enseignants

De: mssp@uliege.be

À: ophelie richard <ophelie.richard@student.uliege.be>

Envoyé: Thu, 03 Jun 2021 09:33:01 +0200 (CEST)

Objet: Re: Demande avis Comité Ethique

Bonjour,

D'après le Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège, votre étude n'est pas soumise à loi de 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine. Comme vous ne souhaitez pas publier les résultats de votre recherche, il n'est pas nécessaire de soumettre votre dossier à un Comité d'Ethique.

Bonne continuation,

Cordialement,

Le Collège restreint des Enseignants du MSSP

Annexe 5. Formulaire de consentement



Université de Liège

Formulaire de consentement pour l'utilisation de données à caractère personnel dans le cadre d'un travail de fin d'étude

Comment la réduction des risques, et plus spécifiquement les opérations « Boule de neige », permet l'acquisition de connaissances et compétences qui contribuent à l'amélioration de la littératie en santé des consommateurs ?

Au travers des récits des usagers (de drogues illicites) ayant participé à une opération « Boule de neige », cette étude tentera de déterminer comment la transmission de savoir s'effectue, quels sont les savoirs présents et comment sont-ils utilisés par la suite dans le but de mettre en lien la réduction des risques et la littératie en santé.

L'OMS définit le concept de littératie en santé comme : « les caractéristiques personnelles et les ressources sociales nécessaires des individus et des communautés afin d'accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information et les services pour prendre des décisions en santé »

Ce document a pour but de vous fournir toutes les informations nécessaires afin que vous puissiez donner votre accord de participation à cette étude en toute connaissance de cause.

Pour participer à ce projet de recherche, vous devrez signer le consentement à la fin de ce document et nous vous en remettrons une copie signée et datée. Vous serez totalement libre, après avoir donné votre consentement, de vous retirer de l'étude.

Responsable(s) du projet de recherche

Le promoteur de ce travail de fin d'étude est : Caeymaex Florence F.Caeymaex@uliege.be

L'étudiant réalisant ce travail de fin d'étude est : Richard Ophélie
ophelie.richard@student.uliege.be

Description de l'étude

Cette étude a pour but de montrer que la réduction des risques sur le terrain de la consommation de drogues illicites, et plus spécifiquement les opérations « Boule de neige », peut-être une opportunité pour répondre aux besoins de littératie en santé des consommateurs. Elle sera menée, sauf prolongation, jusqu'à la fin de l'année académique 2020-2021.

Protection des données à caractère personnel

Le ou les responsables du projet prendront toutes les mesures nécessaires pour protéger la confidentialité et la sécurité de vos données à caractère personnel, conformément au *Règlement général sur la protection des données* (RGPD – UE 2016/679) et à la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel

1. Qui est le responsable du traitement ?

Le Responsable du Traitement est l'Université de Liège, dont le siège est établi Place du 20-Août, 7, B- 4000 Liège, Belgique.

2. Quelles seront les données collectées ?

Les données récoltées sont :

- Données socio-démographiques nécessaires à l'étude : nom, prénom, âge, profession, lieu de résidence, nombre d'années d'études
- Expérience d'une opération « Boule de neige » (vécu)

3. À quelle(s) fin(s) ces données seront-elles récoltées ?

Les données à caractère personnel récoltées dans le cadre de cette étude serviront à la réalisation du travail de fin d'étude présenté ci-dessus. Elles pourraient, éventuellement, aussi servir à la publication de ce travail de fin d'étude ou d'articles issus de cette recherche, à la présentation de conférences ou de cours en lien avec cette recherche, et à la réalisation de toute activité permettant la diffusion des résultats scientifiques de cette recherche. Votre anonymat sera garanti dans les résultats et lors de toute activité de diffusion de ceux-ci.

4. Combien de temps et par qui ces données seront-elles conservées ?

Les données à caractère personnel récoltées seront conservées jusqu'à la réalisation et la validation par le jury du travail de fin d'étude présenté ci-dessus. Le cas échéant, la conservation de ces données pourrait être allongée de quelques mois afin de permettre les autres finalités exposées au point 3.

Ces données seront exclusivement conservées par l'étudiant réalisant ce travail de fin d'étude, sous la direction de son promoteur.

5. Comment les données seront-elles collectées et protégées durant l'étude ?

Etape 1 : récolte des données lors d'entretiens individuels enregistrés et conservés au sein d'un fichier protégé accessible seulement à l'étudiant responsable de l'étude. Ils seront détruits après retranscriptions des entretiens. Les enregistrements et les retranscriptions seront stockés dans des fichiers différents et seront identifiés à l'aide d'un code unique permettant la pseudonymisation.

Etape 2 : traitement des données : anonymisation des entretiens par la suppression du fichier distinct contenant les données de contact.

Etape 3 : rédaction du travail au moyen de réponses désormais anonymes.

6. Ces données seront-elles rendues anonymes ou pseudo-anonymes ?

Après suppression du fichier protégé contenant les données d'identification, l'ensemble des données, jusqu'alors pseudo-anonymes, seront rendues anonymes. Il ne sera donc plus possible d'associer le code unique aux données d'identification du participant.

7. Qui pourra consulter et utiliser ces données ?

Seuls l'étudiant réalisant le travail de fin d'étude présenté plus haut, son promoteur et éventuellement les membres du jury de mémoire (pour validation de la démarche scientifique) auront accès à ces données à caractère personnel.

8. Ces données seront-elles transférées hors de l'Université ?

Non, ces données ne feront l'objet d'aucun transfert vers ni traitement par des tiers.

9. Sur quelle base légale ces données seront-elles récoltées et traitées ?

La collecte et l'utilisation de vos données à caractère personnel reposent sur votre consentement écrit. En consentant à participer à l'étude, vous acceptez que les données personnelles exposées au point 2 puissent être recueillies et traitées aux fins de recherche exposées au point 3.

10. Quels sont les droits dont dispose la personne dont les données sont utilisées ?

Comme le prévoit le RGPD (Art. 15 à 23), chaque personne concernée par le traitement de données peut, en justifiant de son identité, exercer une série de droits :

- obtenir, sans frais, une copie des données à caractère personnel la concernant faisant l'objet d'un traitement dans le cadre de la présente étude et, le cas échéant, toute information disponible sur leur finalité, leur origine et leur destination;
- obtenir, sans frais, la rectification de toute donnée à caractère personnel inexacte la concernant ainsi que d'obtenir que les données incomplètes soient complétées ;
- obtenir, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, l'effacement de données à caractère personnel la concernant;
- obtenir, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, la limitation du traitement de données à caractère personnel la concernant;
- obtenir, sans frais, la portabilité des données à caractère personnel la concernant et qu'elle a fournies à l'Université, c'est - à - dire de recevoir, sans frais, les données dans un format structuré couramment utilisé, à la condition que le traitement soit fondé sur le consentement ou sur un contrat et qu'il soit effectué à l'aide de procédés automatisés ;
- retirer, sans qu'aucune justification ne soit nécessaire, son consentement. Ce retrait entraîne automatiquement la destruction, par le chercheur, des données à caractère personnel collectées ;
- introduire une réclamation auprès de l'Autorité de protection des données (<https://www.autoriteprotectiondonnees.be>, contact@apd-gha.be).

11. Comment exercer ces droits ?

Pour exercer ces droits, vous pouvez vous adresser au Délégué à la protection des données de l'Université, soit par courrier électronique (dpo@uliege.be), soit par lettre datée et signée à l'adresse suivante :

Université de Liège
M. le Délégué à la protection des données,
Bât. B9 Cellule "GDPR",
Quartier Village 3,
Boulevard de Colonster 2,
4000 Liège, Belgique.

Coûts, rémunération et dédommagements

Aucun frais direct lié à votre participation à l'étude ne peut vous être imputé. De même, aucune rémunération ou compensation financière, sous quelle que forme que ce soit, ne vous sera octroyée en échange de votre participation à cette étude.

Retrait du consentement

Si vous souhaitez mettre un terme à votre participation à ce projet de recherche, veuillez en informer l'étudiant réalisant le travail de fin d'étude, dont les coordonnées sont reprises ci-dessus. Ce retrait peut se faire à tout moment, sans qu'une justification ne doive être fournie. Sachez néanmoins que les traitements déjà réalisés sur la base de vos données personnelles ne seront pas remis en cause. Par ailleurs, les données déjà collectées ne seront pas effacées si cette suppression rendait impossible ou entravait sérieusement la réalisation du projet de recherche. Vous en seriez alors averti.

Questions sur le projet de recherche

Toutes les questions relatives à cette recherche peuvent être adressées à l'étudiant réalisant le travail de fin d'étude, dont les coordonnées sont reprises ci-dessus.

Je déclare avoir lu et compris les 4 pages de ce présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire signé par les personnes responsables du projet. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet et ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles j'ai reçu une réponse satisfaisante. Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Nom et prénom :

Date :

Signature :

Nous déclarons être responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Nom et prénom du Promoteur : Caeymaex Florence

Date :

Signature :

[Cette signature peut être scannée]

Nom et prénom de l'étudiant réalisant le travail de fin d'étude : Richard Ophélie

Date :

Signature :

[Cette signature peut être scannée]

Annexe 6. Grille de lecture

Dimensions HLQ (Health Literacy Questionnaire)	Verbatim	Formes de littératie Littératie fonctionnelle Littératie interactive Littératie critique
Se sentir soutenu et compris par les professionnels de santé		
Disposer d'informations suffisantes pour gérer sa santé		
Gérer activement sa santé		
Soutien social pour la santé		
Évaluation de l'information en santé		
Capacité à s'engager avec les professionnels de santé		
Navigation dans le système de Santé		
Aptitude à trouver des informations de bonne qualité		
Compréhension suffisante pour savoir ce qu'il faut faire		

Annexe 7 : Profil des jobistes rencontrés

Sujet	Sexe	Age (années)	Niveau étude	Résidence	Emploi	Nombre opération BdN
1	M	47	4 ^{ème} secondaire	OUI	NON	2
2	F	39	Aucune scolarité	NON	OUI (Travailleuse du sexe)	1
3	F	38	Graduat éducateur	NON	NON	1

Annexe 8 : Grille d'analyse AZE

Grille d'analyse AZE

Dimensions HLQ (Health Literacy Questionnaire)	Verbatim	Formes de littératie Llittératie fonctionnelle Littératie interactive Littératie critique)
Se sentir soutenu et compris par les professionnels de santé	« j'ai vu un médecin, c'était même pas mon médecin et je lui dis, j'en ai marre de tout. J'ai dit il faut bah il me dit tu veux rentrer à l'hôpital ? j'ai dit ouais, je veux bien. Et il m'a fait rentrer à Saint Joseph et Ouais, je suis rentré 2-3 jours après il me fait rentrer à Saint Joseph et je suis resté un mois et demi » « Et puis un moment on m'a envoyé une psychiatre. Et la psychiatre me dit « ouais bah voilà on voit que t'es déjà bien c'est bien ici. Et tout tu voudrais pas qu'on te mette quelqu'un quelque part d'autre dans un centre ? » Et je dis, si vous me faites sortir d'ici pour me mettre dans un centre, je rentre chez moi (...) ils ont dit ça va on peut te garder. J'ai vu mon docteur, je lui ai expliqué. Et bah ça va, on va essayer de s'arranger pour que tu restes ici. J'ai dit je préfère terminer ici que je suis bien. »	Le jobiste prend la décision d'aller voir un médecin pour aller mieux (Ici il est capable de trouver l'aide dont il a besoin), il lui fait confiance. Le médecin l'aide à prendre des décisions sur sa santé. Il est capable d'expliquer ses besoins à un médecin et d'être compris. (Relation confiance) Création d'une relation avec des professionnels d'institution.

	« C'est toujours, tu peux demander à X ça c'est toujours ! »	-> Le jobiste est capable de trouver les professionnels de santé, de créer une relation de confiance et de demander des conseils ou de l'aide. Et donc de mobiliser des compétences cognitives et sociales pour exercer un meilleur contrôle sur les événements de la vie : LITTERATIE CRITIQUE
Disposer d'informations suffisantes pour gérer sa santé	« Être en bonne santé non parce que tu seras pas en bonne santé c'est si tu fumes ou quoi tu peux pas être bien. Si tu as de l'argent et tout et tout ça. On peut être bien, mais ... comment je pourrais dire ça ? Mais... à l'intérieur de toi, ce sera 0, c'est c'est tu te tues, là c'est clair et net » « Et puis un moment on m'a envoyé une psychiatre. Et la psychiatre me dit « ouais bah voilà on voit que t'es déjà bien c'est bien ici. Et tout tu voudrais pas qu'on te mette quelqu'un quelque part d'autre dans un centre ? » Et je dis, si vous me faites sortir d'ici pour me mettre dans un centre, je rentre chez moi. Je préfère rester ici parce que là c'était c'était bien, y'avait pas de drogué ! Si tu vas quelque part ou il y a pleins de drogués ils parlent que de ça. Et pour finir comment ? » « Surtout la fumette, même sur le joint sur... Surtout surtout, surtout toujours comment. Comment je pourrais dire ça, comment la personne ? Comment je pourrais dire ça ? Où où ils vont s'injecter ! Il n'y a pas que ça aussi, il y a aussi le truc là, comment ils font pour se laver où leur donner des trucs on disait voilà, vous avez un petit kit tout ça. »	Distinction entre « avoir une bonne santé » et « être en bonne santé ». Le jobiste a les informations nécessaires pour savoir comment gérer sa santé et être en bonne santé. Le jobiste a les connaissances nécessaires pour prendre des décisions afin de protéger sa santé. Et donc ici, ne pas retomber dans la drogue. Il dispose des informations nécessaires pour réduire les risques. Il sait où trouver des kits

	« Surtout la la fumette là, tu vois tout. Déjà l'alu il paraît que c'est très mauvais. Que c'est très mauvais tout le bordel et tout le tralala et puis même moi je ne fais que fumer mais tu vois, c'est moi. Par exemple, les injections et tout ça. Il y en avait pleins qui parlaient de ça mais moi ça me concerne pas. » « Ouais Ouais ouais, ça fait Réfléchir, ça fait un peu flipper. Ouais ouais ouais, je prends conscience, tu vois parce que j'ai quand même échappé. J'essaie, j'y pense tout le temps quand je fume. Tu vois quand je fume je me dis tiens il y a un mois j'ai failli mourir. J'allais. Fin, j'allais attraper une saloperie et et je fume encore. Je suis conscient et et je et j'ai dit, il faut que je stoppe »	stériles, où se laver. Il a une certaine connaissance des aides sociales mises à sa disposition. Le jobiste dispose et sait reconnaître les informations qui le concernent. -> Le jobiste a les connaissances suffisantes pour gérer sa santé et prendre des décisions. LITTÉRATIE CRITIQUE (compétences cognitives et sociales permettant d'exercer un meilleur contrôle sur sa vie)
Gérer activement sa santé	« Ben. Moi, j'ai connu X déjà grâce à mon frère. Il était ici. Et puis euh. Comment ? Comment ça s'est passé ? En fait il a été malade. Il avait le HIV et il est décédé. Puis moi j'ai dit, je vais stopper et tout. Et je suis venu ici, j'ai demandé s'ils pouvaient me prendre et tout au début c'était Oui, oui, non, non. Mais après, ils m'ont accepté et tout ça a été. Et... C'est comme ça que j'ai connu X et que je suis entré » « Parce que moi je prends que l'hero, la cam, l'héroïne de temps en temps. Mais j'avais arrêté 6 ans. Mais faut pas oublier que je buvais comme un trou aussi. Je prenais des médicaments. Et j'étais au fond du trou, j'étais j'étais une merde, j'étais vraiment loin, j'étais, mais j'ai surmonté, j'ai dit, je suis venu ici une fois, j'ai vu un médecin, c'était même pas mon médecin et je lui dis, j'en ai marre de tout. » « J'ai vu mon docteur, je lui ai expliqué. Et bah ça va, on va essayer de s'arranger pour que tu restes ici. J'ai dit je préfère terminer ici que je suis bien. Ici. Je me sens bien. Ouais. Si	Dans le discours du jobiste on retrouve une littérature critique. En effet, ce dernier sait où s'adresser pour améliorer sa santé mais aussi prendre les décisions qui sont les meilleures pour lui. Il sait quand il se sent mal et fait les actions nécessaires (décider de faire une cure, décider de faire attention car il se rend compte qu'il a grossi). Il sait aussi donner des conseils à ses proches pour qu'ils gèrent mieux leur santé (pour les reins boire de l'eau et non des sodas).

Gérer activement sa santé	vous allez là si vous m'envoyez là je vais pas, je vais pas rester, je sais bien Depuis, j'ai plus bu. Et j'ai plus pris de médoc, sauf je prends des rivotriles le soir, c'est juste des... c'est pour les angoisses. Voilà pour les angoisses et sinon c'est tout. » « Moi, j'ai arrêté pendant je ne sais pas combien, j'ai pas triplé de volume, rien, tu vois et bien quand j'ai arrêté la cigarette, j'ai grossi un petit peu tu vois ? J'avais pris bien écoute là et là j'étais monté jusqu'à je crois, presque 70 et j'ai commencé à me sentir mal. Et j'ai commencé, j'ai pas dit que je je ferai un régime. Car un régime c'est toujours mauvais parce que ce n'est pas bon, sûr que je ne serai pas. J'ai, je mange un petit peu et voilà, j'ai perdu. Et je suis restée. Mon poids, c'est toujours 64 65 allez 66 mais pas que ça c'est c'est c'est c'est mon poids, c'est ça toujours été comme ça. » « Aujourd'hui, j'ai appris ils ont téléphoné comme quoi il avait un problème aux reins. Mais ça je lui avais dit ! Bois de l'eau ! Bois de l'eau, mais il consomme pas c'est pas quelqu'un qui consomme et ça. Ça, ça va. Ça fait du travail, c'est du travail pour moi. Je les ai aidés, je leur prépare à manger, il y a des gens qui viennent leur faire à manger mais après le souper il n'y a plus personne. C'est moi qui dois être là. (...) Il me dit je bois du coca c'est comme de l'eau mais non je lui dis que non. Je dis c'est pas de l'eau, le coca, le c'est c'est c'est pas ça qui va faire fonctionner tes reins. Si tu bois pas de l'eau, l'eau, elle est saine. Boit de l'eau et ça ira mieux si tu ne bois pas de l'eau, ça n'ira pas! Il me dit je bois de l'eau mais c'est avec de la menthe, mais non ! Il faut boire de l'eau, c'est de l'eau, simplement de l'eau. Et ça ira. » « Et oui j'ai des chaque fois, j'ai des petites douleurs. Ici tu vois. Et là, c'est pas beau, là c'est les cotes, tu vois et j'ai chaque fois mal. Mais la kiné dit non c'est rien c'est rien, ça doit être de la névralgie ou je ne sais pas quoi. Mais quand j'appuie ici j'ai mal. Mais c'est vrai qu'une	Il sait s'adresser à différents professionnels de santé (médecin pour cure, kiné pour douleurs). Il sait faire preuve d'un esprit critique et être réfléchi et discret dans ses comportements.
----------------------------------	---	--

	fois je me suis fait mal à la musculation mais ça fait... mais ça date, mais ça fait plus de 3 ans, 4 ans. Et j'ai encore mal quand j'appuie j'ai mal ici. » « Mais en fait, j'ai toujours fait attention quand même, tu vois ? J'ai pu..., pu trop..., depuis que je suis ici. J'ai toujours fait attention. Sauf que j'ai rechuté. C'est malheureux. Je ne sais pas pourquoi j'ai rechuté. Ça me reste juste. Et ça va ! Maintenant, je tiens le coup ! Sauf que maintenant là j'ai j'ai j'ai une petite rechute que j'ai eu. Mais. Sinon ça va. Tu vois ? J'essaye. De rester zen et de pas dire ouais, voilà, je suis dedans, je suis foutu. Non non non. Il faut dire voilà. C'est stop c'est stop. Voilà. Et puis basta tu vois et le comme j'ai dit le problème c'est avec ma tante, c'est parce que je suis toujours là tu vois ? J'essaye. Mais bon voilà quoi voilà c'est un petit peu un peu mon échappatoire. » « Oui, oui. Mais j'ai pas dit que je me vois pas dedans. Je me vois, faut pas croire je me vois dedans, je me vois comme, je me vois comme toxicomane faut pas croire mais je vais voir comme tous ceux, faut pas croire, je suis tu vois mais parce que je consomme de temps en temps tu vois je suis pas voilà, faut pas se voiler la face. Mais. Et comment je pourrais dire, mais plus intelligemment plus. Plus discrètement. Essayer d'être. Pas... Trop avec les gens qui consomment. Rester toujours pas salopé. Tous les trucs comme ça, ça, non, ça. »	
Soutien social pour la santé		Le jobiste n'est pas seul pour gérer sa santé. De nombreux professionnels de santé l'entourent.
	« J'ai pas une bonne santé non plus. Je me suis fait opérer, j'ai eu des problèmes pulmonaires. J'ai eu un cancer. Enfin, ils ont trouvé que j'avais euhhh euhh un nodule qui était dans un lobe. Tu sais ce que c'est un lobe ? On en a 4 et c'était là sur un des 4, ils ont	Le jobiste fait part de son vécu concernant sa santé. Lors de son diagnostic ce dernier a été

Évaluation de l'information en santé	trouvé. Et ils m'ont fait une biopsie la première fois. Et il m'a dit Oh, y'a rien. Puis un samedi et samedi on téléphone et on dit de venir. Et là je n'ai rien compris. Anesthésie, je vais voir. Je vais voir chirurgien. Mais c'est quoi le problème, je vais voir plusieurs médecins ! Mais c'est après qu'ils m'ont dit qu'ils aimeraient bien voir après et tchic et tchac. Effectivement il m'a dit que c'était cancéreux. Il m'a dit heureusement tu n'as pas fait de métastases » « Moi, je suis bien. J'ai rien, j'ai jamais shooté, regarde, j'ai jamais shooté et j'ai, j'ai attrapé l'hépatite C. Ca été soigné et tout. J'ai soigné tout, j'ai plus rien maintenant. » « Parce qu'il y en a qui disent la coc c'est un manque. Moi pour moi la coc c'est psychologique, l'héroïne, c'est un vraiment un manque. L'héroïne c'est physique. La coc c'est dans la tête C'est vraiment. Voilà quand tu tu fumes une pipe de coc en quelques secondes t'as envie d'une autre. Tandis que la cam quand t'as plus de quoi prendre et que t'as plus d'héroïne et que tu commences à être malade. T'es white. Tu sais pas bouger. Tu sais rien faire. Et. Tu éternues tout le temps. T'es mal - « C'est mieux de mélanger. Donc comme ça les gens ils ont plus difficile tu vois ? Et puis après ? Tu reviens sur les trucs par exemple. Oui, je sais pas. Moi voilà, tu parles de l'hépatite et tout ça. Et puis après, tu parles directement d'injection par exemple parce que c'est le lien. C'est quand tu t'injectes que tu peux avoir une hépatite par exemple. Voilà, tu vois plutôt que hépatite et sida. Tu vois, c'est trop collant c'est c'est, c'est suivi. »	confronté à des informations contradictoires : présence d'un nodule dont la biopsie revient négative puis positive et donc cancéreux. Les médecins ont su expliquer la situation au jobiste qui est atteint d'un cancer mais qui n'a pas métastasé et qui peut donc être opéré. Le jobiste a su évaluer les informations qu'il a reçues. De plus, il utilise un vocabulaire médical assez spécifique : lobe, nodule, métastase, biopsie. Le jobiste précise qu'il ne se shoote pas et donc qu'il ne s'injecte aucune drogue en intraveineuse. Néanmoins il dit avoir eu l'hépatite C et est surpris. En effet, l'hépatite C est principalement transmise par le sang et dont le principal mode d'infection est la consommation de drogue injectable. Le jobiste est capable d'identifier des informations contradictoires. Cependant, il existe d'autres modes de transmission de l'hépatite C puisqu'elle se transmet par le sang.
---	---	---

	- « les questionnaires, il faut les améliorer, il faut mélanger, il faut, il faut. Par exemple moi, je mettrais seringue avec par exemple soit hépatite ou sida. Pour ouais faire les liens en fait. Oui, voilà. Pas mettre hépatite et sida. » - « Il faut mélanger, comment euhh pour qu'il qu'ils réfléchissent et déchiffrent, en fait tu vois les pratiques par exemple l'hépatite tu l'as eu comment bah voilà par l'injection. Plus faire les liens, dire voilà j'ai eu ça et c'est à cause de ça ? Voilà le sida j'ai couché avec une qui l'avait tu vois le sexe. Voilà il faut faire un cercle tu vois comme on dit un cercle vicieux et pas toujours faire la même question. »	Le jobiste est capable d'identifier les bonnes des mauvaises informations. En effet, il précise que certaines personnes disent que la cocaïne est un manque physique et il explique la différence entre le manque psychologique de la cocaïne et le manque physique de l'héroïne. Le jobiste émet des critiques quant au questionnaire utilisé lors de l'opération boule de neige. En effet, il explique qu'il serait plus intéressant de mélanger les modes de transmissions avec les maladies pour que les consommateurs puissent faire les liens entre les deux. Il est donc capable d'évaluer les informations sanitaires qui sont à sa disposition. -> Dans cette dimension, le jobiste a un « niveau » de littératie critique, il mobilise ses compétences cognitives et sociales, et a un esprit critique sur les informations qu'il rencontre ainsi que sur la manière de les diffuser.
--	---	---

Capacité à s'engager avec les professionnels de santé	« Tu vois qu'ils ont pas dormi ! Tu vois, tu vois qu'il marche vraiment pas bien, qu'il boite. Ça veut dire qu'il a plus enlevé ses pompes, ça depuis combien de temps ! Des jours ! Je te raconte pas. C'est affreux. Tu vois ça, je l'avais dit ça. Ça on a parlé, je leur ai dit, il faut leur trouver des trucs pour qu'ils peuvent Il faut les pousser. Il faut pas dire ouais ils veulent pas, il faut les pousser. Pourtant à liège il y a pleins de baraques abandonnées. C'est vrai ça se voit. Il y en a plein où on peut mettre des sans-abris. Voilà chacun a sa pièce et tout et s'arranger à savoir à qui paie un petit salaire pour payer un petit loyer et voilà et ça ira mieux. Ça va mieux quand tu as ton chez toi hein ça va toujours mieux faut pas croire. « Je donne des kits et tout, tu vois, il me restait juste un truc, des trucs pour les femmes. Hum le truc mais ça et je l'ai rendu là-bas à Y. Et voilà, Y tu connais ? C'est pour les femmes »	Le jobiste précise que lors de l'opération BdN il a été actif et qu'il a proposé de nouvelles actions. En effet, il relate que les consommateurs qui marchent mal sont des consommateurs qui n'ont pas enlevé leurs chaussures depuis longtemps car ce sont des sans-abris. Le jobiste s'engage dans sa mission BdN en apportant de nouvelles réflexions. Le jobiste raconte qu'il a rendu des kits « pour femme » a une association s'occupant des personnes prostituées et qui est principalement fréquentée par des femmes. Il connaît différents services et associations dont certains qui ne le concernent pas. Il est à l'aise avec les différents prestataires de soins LITTERATIE CRITIQUE
	- « Le seul moyen c'est d'arrêter et de rentrer dans un centre toussi toussa »	Dans son récit le jobiste relate différents services de soins. En effet, il explique que lors de

Navigation dans le système de Santé	« ouais ouais ouais ouais ouais surtout le papier là qu'on avait et il y avait un papier avec toutes les adresses qui doivent aller, tout ça. J'avais réussi à en avoir plusieurs. Et franchement ils me disaient, et je leur passais et je leur expliquais c'est là que tu peux aller, où là, où là. Il faut pas croire qu'il n'y a qu'ici. Il y a plein d'endroits où ils peuvent aller » « Tu vois encore un peu, je serais venu mais je serais venu en retard. Si je suis venu. Ici, C'est la 2ème fois que je viens. J'ai été à ma banque, je suis reparti. Ouais. J'ai été à médiamarkt j'ai été acheter un rasoir enfin une tondeuse enfin c'est presque 400€ qu'il voulait enfin soit et alors ? Et et j'ai dû aller à la pharmacie aussi pour moi. » « Oui, ils vont à l'hôpital. Il voit direct, tu vois, il voit, tu vois comme ça, tu vois ? Et il y a aussi les autres qui sont là, et qui ont déjà eu des abcès. Aussi, tu vois ils lui disent va à l'hôpital ! Ils vont t'ouvrir, ils vont te faire sortir tout ton truc et ils vont t'endormir et ils vont gratter. Ils vont enlever la crasse voila. »	l'opération BdN il donnait aux usagers de drogues de nombreux renseignements quant aux institutions de soins disponibles. Il est capable de parler en son propre nom sur le système de soins et des différents services qui sont disponibles et qui les concernent. Il explique aussi que les collègues de rues ayant déjà vécu certaines expériences, dans la « maladie » comme la présence d'abcès, les utilisent pour aider les autres et donner des conseils sur où se soigner.
Aptitude à trouver des informations de bonne qualité	« Moi, je vais chercher la même personne, chercher ma cam. Quand je vais acheter mon truc ma cam. Bah je vais chercher la même personne, c'est voilà, je suis sûr qu'il n'y a pas d'entourloupe. Euh. C'est parce que pour le moment il y a eu beaucoup de décès »	Le jobiste explique que lors d'une opération BdN, il a appris que la cocaïne qui circulait à ce moment n'était pas bonne et il a communiqué cette information aux consommateurs de cocaïne. Le jobiste raconte que pour son usage personnel, il contacte toujours la même personne pour

	« Mais il qu'il y a de la mauvaise. On avait entendu justement quand on faisait une promenade boule de neige et la recherche de l'opium qu'il y a de la mauvaise coc. Et que cette coc là te tuait. il y a eu 5 décès déjà. A celui qui se shoote je lui dis fais gaffe. Laisse tomber te shoote pas pour le moment. Arrête t'as vu hein. Il paraît que hein. Il y a un copain a moi qui est décédé. En plus il se shoote pas, juste en fumant »	s'assurer de la qualité de son produit et donc de limiter des effets négatifs sur sa santé. Il a une certaine responsabilité vis à vis de sa santé. Et il est en mesure de diffuser des informations importantes à certains types de consommateurs en fonction de l'information.
Compréhension suffisante pour savoir ce qu'il faut faire	« Bah oui, c'est c'est utile, mais c'est c'est c'est utile pour bah pour ceux à qui on a donné et pour moi aussi hein, je je comprends hein, tu lis et tu essaies expliquer tu vois » « Il y en avait une que je ne comprenais pas. Que je crois, j'avais demandé. Et que j'avais demandé à X. On était là rue de l'épée, enfin au bazar. 4 fois je lui pose la question, elle me répond pas, pour qu'elle m'explique c'est cette question-là, je la comprenais pas très bien. Je me rappelle plus c'était laquelle et je dis merde cette question-là, elle va passer. J'ai, j'ai, j'ai, je l'ai zappé et j'ai su répondre aux autres. Je n'aurais rien dit, j'ai pas su répondre. OK, j'ai zappée cette question-là. Et et les autres ? Non, j'ai répondu, les addictions, les injections et tchic et tchac. Ce qui me posait, injecte et tout le tralala. Comme on dit c'est le truc habituel » « Voilà, je n'ai pas su répondre car je ne comprenais pas bien la question question, tu vois, je n'allais pas aller, demander, parler de cette question au gars alors que moi-même je ne la comprends pas. Ça ne va pas c'est pas juste »	Lors d'une opération BdN, les jobistes ont de nombreux documents imprimés avec des informations sur la santé, la réduction des risques, la promotion et la prévention de la santé. Les jobistes savent lire puisqu'ils doivent faire remplir des questionnaires et diffuser des informations qui leur sont présentées mais aussi écrites sur des documents. Le jobiste explique qu'il n'a pas compris toutes les informations mais qu'il a été capable de demander une explication malgré qu'il ne l'ait pas eue. Cependant, ne comprenant pas la question, il l'a simplement supprimée et il n'en

	« Il faut mélanger, comment euhh pour qu'ils qu'ils réfléchissent et déchiffrent, en fait tu vois les pratiques par exemple l'hépatite tu l'as eue comment bah voilà par l'injection. Plus faire les liens, dire voilà j'ai eu ça et c'est à cause de ça? Voilà le sida j'ai couché avec une qui l'avait tu vois le sexe. Voilà il faut faire un cercle tu vois comme on dit un cercle vicieux et pas toujours faire la même question. » « Tu vois ? Il y a un trou, tu vois c'est un abcès. Ouais mais je lui dis si tu continues tu vas perdre ton bras et comment tu vas faire pour te fixer ? Si tu perds ton bras ? Et puis après ? Et puis c'est un autre qui va venir te shooter et après, pour finir, ça va être un mélange. Il va se tromper de seringue et l'autre il a peut-être le sida et il va te le refiler mon gars. » « Ils sont tous conscients, faut pas croire, tu crois qu'ils savent rien ? Ils savent tout ça. Ils savent la Cam comment elle est coupée, ils savent à qui, à qui aller. Chez qui aller directement quand ils se piquent ils voient directement s'ils disent putain il m'a donné de la merde ça commence à brûler c'est comme ça. Tu sais rien faire » « Oui hein, bien sûr. Hum. Boule de neige a toujours servi. Tout ce qu'elle dit c'est la vérité tu vois, tout ce qu'on essaie de faire comprendre aux gens. Enfin, à ceux qui consomment. Si c'est la vérité. Ils le voient ce qu'on dit. On lui pose la question et c'est lui qui nous répond et on coche, tu vois ? Et il répond bien tu vois. Tu vois quand on lui demande quand	n'a pas parlé aux consommateurs rencontrés. Il explique qu'il sait qu'il ne pourrait pas répondre aux questions des usagers rencontrés ou même expliquer cette partie d'information. Il est capable de proposer des améliorations au questionnaire réalisé dans les opérations BdN. En effet, il explique qu'il serait judicieux de faire les liens entre les pratiques de consommations et les maladies. Plutôt que d'avoir les maladies qui se suivent et après les modes de transmission. Il explique la rencontre avec un consommateur présentant un abcès non soigné au bras. Ses propos expriment qu'il est capable d'imaginer et d'expliquer les pires scénarios et les facteurs de risques pour que le consommateur se soigne. Il raconte que les consommateurs rencontrés lors de l'opération BdN ont des connaissances quant au produit qu'ils consomment mais aussi où et comment s'en procurer.
--	---	---

	tu t'injectes et il dit tant qu'il y en a j'injecte. Tu vois t'as tout compris les souvent de temps en temps, c'est tout le temps. »	Ces derniers sont capables de comprendre les questions du questionnaire et d'y répondre correctement.
--	--	---

Influence de l'environnement :

« Et je lui dis pourquoi t'essaies pas de trouver un truc avec ta femme ? De te remettre ? Il me dit on l'a fait, on a réussi une fois mais il me dit moi j'y arrive mais c'est elle. C'était sa femme quoi et puis sa femme a dit la vérité. Elle a dit oui c'est vrai c'est moi mais le mec amoureux et puis voilà, il est amoureux et donc il suit car c'est ça qui compte pour lui. »

« De rester zen et de pas dire ouais, voilà, je suis dedans, je suis foutu. Non non non. Il faut dire voilà. C'est stop c'est stop. Voilà. Et puis basta tu vois et le comme j'ai dit le problème c'est avec ma tante, c'est parce que je suis toujours là tu vois ? J'essaye. Mais bon voilà quoi voilà c'est un petit peu un peu mon échappatoire. »

« Essayer d'être. Pas... Trop avec les gens qui consomment... »

« Parce qu'il faut la lever. Et la mettre sur son gadot et l'avancer doucement, il faut être, il faut. Surtout pas qu'elle tombe, elle tombe en plus elle est forte tu vois. Il faut appeler l'ambulance pour la relever. C'est ça et ça, ça ça m'a donné un coup, tu vois et c'est pour ça que j'ai consommé quand j'ai exagéré un petit peu ces derniers temps c'est à cause de ça. »

➔ Que ce soit chez les jobistes ou chez les usagers rencontrés en rue il paraît clair que l'environnement social des usagers a une influence sur leur consommation/ comportement.

Dans le discours du jobiste on retrouve de nombreuses connaissances/ savoirs sur la drogue mais aussi sur les effets. En effet, ce dernier sait où s'en procurer mais aussi s'assurer qu'elle soit de qualité. Il sait décrire l'évolution de la drogue mais aussi les différents effets. Il sait parler des nouvelles drogues qui circulent. Il connaît les risques en ce qui concerne les différentes consommations (injection, fumette, alu) et les différentes dépendances. Il utilise un vocabulaire assez technique en ce qui concerne les drogues (burgo d'air, des billes, des pets, du

poppers, la cam, l'héroïne, la coc, la méta) Il décrit même les techniques commerciales des dealers. En effet, ces derniers connaissant les effets des drogues savent se mettre dans des endroits stratégiques et hausser leurs tarifs afin d'augmenter leurs recettes.

Il parle de différentes institutions même de certaines qui ne le concernent pas. Il consulte plusieurs professionnels (Kiné, médecin, institutions, anesthésiste...) de santé pour différents maux. Il sait parler de sa santé et de la santé de ses proches. Il utilise du vocabulaire médical assez spécifique (métastase, névralgie, ganglions, lymphome ...).

Il a des connaissances sur certaines aides sociales (RIS). Il décrit comment certains consommateurs abusent et profitent de certaines institutions de soins au détriment d'autres consommateurs souhaitant « s'en sortir ».

Il sait communiquer avec les professionnels et ses rendez-vous sont importants pour lui.

Pendant l'opération BdN, le jobiste ne diffuse pas seulement ses informations de santé aux consommateurs répondant à son questionnaire. Il explique qu'il donne des informations et les explique même à ceux qui ne répondent pas au questionnaire. Il est engagé et responsable dans sa mission (demande quand il ne comprend pas quelque chose).

Après son opération BdN, le jobiste décrit ressentir un certain bien-être. Ce bien être provient d'une part, des contacts sociaux rencontrés pendant l'opération BdN. Il dit lui-même que ça lui a fait du bien de revoir des gens, de discuter. D'autre part, il a été investi dans son expérience BdN. En effet, il a proposé différentes réflexions et idées aux professionnels de l'institution (amélioration questionnaire, création de centres de logement avec certaines règles...).

Le jobiste paraît avoir un certain esprit critique. En effet, il est capable de critiquer et d'apporter des améliorations/ des idées et d'expliquer comment procéder (questionnaire BdN, centre logement, action TADAM,).

Annexe 9 : Grille d'analyse AZR

Grille d'analyse AZR

Dimensions HLQ (Health Literacy Questionnaire)	Verbatim	Formes de littératie Littératie fonctionnelle Littératie interactive Littératie critique
Se sentir soutenu et compris par les professionnels de santé	« Jobiste : Moi-même avant, je me sentais super bien. Toujours à l'aise. En plus, ils s'occupent super bien des gens. Ils les laissent pas dans la merde quand t'as besoin d'eux ils sont là. Vachement. Il y a rien même avant mais maintenant même avant la boule de neige même après la une boule de neige. Je suis super confiante quand je suis ici. Franchement moi j'ai du mal à faire confiance en les autres. Vraiment c'est difficile pour moi de faire confiance. Mais là franchement je laisse ma vie entre leurs mains. Il y a pas de problème. »	Le jobiste a établi une relation de confiance avec au moins un professionnel de santé qui le connaît bien et en qui il a confiance pour lui fournir les conseils utiles et informations afin de l'aider à comprendre les informations et prendre des décisions concernant sa santé. Le jobiste a établi une relation de confiance et régulière avec un professionnel de santé
Disposer d'informations suffisantes pour gérer sa santé	« Chercheur : Est-ce que vous avez pu apprendre quelque chose aux professionnels ici de l'institution par exemple ? Quand vous faisiez l'opération boule de neige est-ce que vous pouviez leur apporter des informations qu'eux n'ont pas ?	Avant l'opération BdN le jobiste n'a que peu de connaissances en santé. Sa langue maternelle n'est pas le français.

	Jobiste : Non c'est eux qui m'ont apporté beaucoup. Pas moi. Moi je ne savais même pas tout ça ! C'était la première fois de ma vie. Je n'avais jamais fait ça, donc la prochaine fois, je sais de quoi il s'agit et je pourrais apporter un petit quelque chose. » « Chercheur : les connaissances, les informations que vous avez eues pendant l'opération boule de neige, est-ce qu'elles sont utiles dans votre quotidien ? Jobiste : Oui très utiles pour le quotidien mais aussi pour la vie. Chercheur : Quelle information, par exemple, est utile pour votre vie au quotidien ? Jobiste : Bah tout ! Je sais pas. L'exemple ? Par exemple. Quand il m'a expliqué par exemple pour aider, euh sauver les personnes c'est très utile dans la vie. Que quelqu'un en overdose que tu connais, comment s'occuper de la personne, c'est très important, ça, c'est des trucs. Très très important dans la vie. » « Chercheur : Donc les opérations boule de neige on peut dire que ça a augmenté vos connaissances, que ça soit dans la santé... Jobiste : Oui dans la santé, dans tout, dans la vie aussi. Dans le comportement de la santé et de la vie tout ça. Le quotidien ça aide ... Ça apprend beaucoup de connaissances et tout ça. Pour l'instant, si tout ça j'apprends, beaucoup de choses dans la tête, des bonnes... comment on dit déjà. Des bons gestes, des bons comportements pour savoir comment te comporter dans la vie. Franchement c'est vraiment une bonne expérience. Et je voudrais bien apprendre plus. »	Suite à l'opération BdN, le jobiste retient beaucoup d'informations. Il semble plus en confiance et avoir plus de capacités et de connaissances pour gérer ses conditions et prendre des décisions. -> Le jobiste semble avoir, avant sa première opération BdN, une faible littératie. Néanmoins, ce dernier précise qu'après cette expérience et pour les prochaines fois, il pourra apporter « un petit quelque chose » L'opération BdN apporte selon le jobiste énormément de connaissances qui permettent d'acquérir des meilleurs gestes et comportements de santé.
	« Moi, je consomme la cocaïne, je consomme l'héroïne. Quand je peux, euh, je consomme pas jusqu' à que je tombe. J'ai dit quand je	Le jobiste est capable de prendre la responsabilité de sa santé, il

Gérer activement sa santé	dois dire stop, je dis stop. Là je peux plus je m'arrête et 3 jours je consomme pas après 3 jours je consomme à nouveau » « Je consomme la cocaïne mais quand je consomme je ne vais pas prendre la mauvaise qualité non plus. Car quand tu prends de la mauvaise qualité, là tu tombes malade aussi » « Chercheur : Est-ce qu'avant de faire les opérations boule de neige vous saviez où vous dirigez quand vous étiez malade ? Vous alliez où quand vous étiez malade ? Jobiste : Oui je m'adressais toujours chez X et eux ils me redirigeaient de gauche à droite. Chercheur : C'est X qui vous permet de vous retrouver dans le système de santé ? Jobiste : Oui c'est ça c'est ça » « Chercheur : Et est-ce que toutes ces connaissances ont changé vos comportements ? Jobiste : Bien sûr bien sûr ! Chercheur : comment ? Jobiste : Bien sûr, pour me protéger, pour la protection et tout ça. Faut pas prendre les seringues des gens et tout ça. Tout ça, c'est très important, c'est très utile. » « Et en plus c'est eux qui nous apprennent et pas nous qui apprend à eux. Moi quand j'ai un quelque chose ou une question il me dit si c'est bon ou si c'est pas bon. Tu vois ? »	prend des décisions concernant sa santé. Il fait de sa santé une priorité en réduisant les risques de consommer des substances de mauvaise qualité. Le jobiste a une LS plutôt critique lorsqu'il parle de consommation de drogue. En effet, il est capable de mobiliser des compétences cognitives et sociales et d'appliquer une analyse critique pour exercer un meilleur contrôle sur les événements. En effet, dans son récit, ce dernier stipule qu'il est très important de savoir où aller chercher le produit mais surtout de vérifier sa qualité. Il décrit les opérations à effectuer pour vérifier la qualité de ce dernier. Cependant, en ce qui concerne le système de santé et la santé, sa LS paraît plutôt fonctionnelle. En effet, ce dernier est capable de trouver des professionnels pour avoir des informations mais il
----------------------------------	---	---

		exerce les tâches sans regard critique.
Soutien social pour la santé	« Je vais avoir l'appartement. J'ai fait tout ça de janvier jusqu' à maintenant. Il s'occupe super bien, j'ai le médecin à côté, j'ai tout » « Quand il y a un coup de téléphone, ils sont là. T'as pas à t'inquiéter pour ça. Moi je te dis je peux laisser ma vie ici dans leurs mains. »	Le système social de la personne fournit le soutien et les besoins de santé souhaités. Le jobiste n'est pas seul et sans appui pour sa santé.
Évaluation de l'information en santé	« Chercheur : Pendant l'opération boule de neige, quand vous avez été poser vos questions aux usagers avec le questionnaire, est ce que vous aviez toutes les informations pour répondre à leurs questions ? Jobiste : non, non je l'ai appris. Mais oui j'ai eu l'information des gens et tout ça, des médecins et des gens qui nous ont expliqué tout ça oui. Alors là oui j'avais les réponses. Chercheur : Mais après, quand vous avez été voir les gens dans la rue avec votre questionnaire, s'ils avaient des questions, vous saviez leur répondre ? Jobiste : Oui, bien sûr, mais pas tout, parce que moi je sais pas, je te dis, je suis pas d'ici. Chercheur : Tout ce que vous avez appris vous a servi pour répondre à leurs questions ? Jobiste : Oui, oui j'avais toutes les informations. » « Chercheur : Ça a été facile pour vous de repérer les informations qui étaient importantes pour vous ?	Le jobiste, grâce à l'aide des professionnels de l'institution, est capable de comprendre et retenir un certain nombre d'informations données pendant les opérations BdN. Cependant, la langue maternelle du jobiste n'étant pas le français, il a du mal à comprendre toutes les informations. -> Le niveau de connaissance du jobiste a augmenté grâce à l'opération BdN. Avant l'opération il n'aurait pas su répondre aux questions des usagers rencontrés alors qu'il précise qu'après l'opération, il a

	Jobiste : Oui ça n'a pas été facile Chercheur : Pourquoi ? Parce que le vocabulaire était difficile ? Jobiste : Oui c'est difficile et en plus c'est la langue qui est difficile aussi pour moi. Parce que moi je parle pas bien français. C'est pas facile. »	toutes les informations nécessaires.
Capacité à s'engager avec les professionnels de santé	« Chercheur : Donc vous recommenceriez L'expérience ? Jobiste : Tout de suite ! Sans hésiter ! » « Chercheur : Qu'est-ce que vous avez envie pour après ? Jobiste : Bah refaire une boule de neige. Je le fais sans hésiter. Rencontrer et apprendre des nouvelles choses C'est important dans la vie. C'est très important. » « Jobiste : Moi quand j'ai un quelque chose ou une question il me dit si c'est bon ou si c'est pas bon. »	Le jobiste est motivé et à la recherche d'informations pour apprendre. Il est à l'aise avec les professionnels de l'institution et est capable de s'engager avec eux. Il est capable de leurs demander conseil si nécessaire.
Navigation dans le système de Santé	« Un jour j'ai dit, que je dois faire mes papiers tout ça. Donc en janvier de cette année. Je suis allée chez Madame Y. Je dis écoute madame, j'ai rien, je suis dans la rue, je suis de la merde. Et j'ai dit, je voudrais bien me sortir dans la rue. Elle m'a dit t'as quoi jusque maintenant ? Moi, j'ai dit j'ai rien du tout. Avec elle, on a été à la commune, on a demandé qu'est-ce qu'il nous faut ? Et on m'a demandé les papiers de mon pays tout ça. J'ai ramené tout ça. Après, elle s'est occupée d'une adresse, de me faire une adresse chez une femme que j'appelle mama. C'est pas. Enfin, c'est enfin une vieille qui m'a fait mes papiers, tout ça. Et après, il m'a accepté à son adresse. Je reste 2 semaines là-bas, donc il m'a fait mon adresse. La police est passée, tout ça. Ça m'a fait mon adresse. Après, on a été à la	Le jobiste a la capacité de trouver une personne pouvant l'aider à utiliser le système de santé et à faire les démarches pour répondre à ses besoins. Il sait ce qui est disponible pour lui et ce à quoi il a droit (mutuel, CPAS ...) -> Le jobiste semble avoir une LS plutôt fonctionnelle en ce qui

	commune. Après j'ai eu ma carte d'identité. Et après, il m'a fait carte de banque, il m'a fait ma mutuelle, il m'a fait avoir le CPAS. Après c'est arrivé à partir d'un mois, ça a pris des mois. Il m'a même dit maintenant que lundi je rentre dans mon appartement, je vais avoir l'appartement. »	concerne le système de santé, il est capable de trouver des personnes pour l'aider mais il exécute les tâches sans regard critique.
Aptitude à trouver des informations de bonne qualité	« Chercheur : Et quand vous avez rencontré ces gens-là, est ce que vous aviez l'impression qu'ils s'inquiétaient pour leur santé ? Jobiste : Pas vraiment non mais là, il a appris pas mal de choses quand ils ont pris le questionnaire. Là ils ont dit ah ça je vais faire, ah ça je vais faire attention, je vais faire attention à ça. » « Jobiste : Moi quand j'ai un quelque chose ou une question il me dit si c'est bon ou si c'est pas bon. »	Le jobiste dépend des professionnels de santé pour obtenir des informations. Néanmoins, il est capable de les trouver en cas de besoin. Les usagers rencontrés par les jobistes semblent avoir besoin des autres pour leur offrir des informations. Le jobiste après cette première opération BdN semble motivé à participer à d'autres opérations pour apprendre. Ces opérations pourraient le motiver à être un « chercheur d'informations » et donc d'améliorer sa LS.
Compréhension suffisante pour savoir ce qu'il faut faire	« Qu'ils fassent beaucoup attention parce qu'il y a beaucoup d'arnaques. Ils mettent beaucoup de médicaments dans la cocaïne et tout ça. Et faire attention aussi où ils achètent. Et euh je sais pas comment dire. Qu'est-ce que je voulais dire déjà ? Mais par exemple, la personne qui shoote il doit faire vraiment très très attention. D'accord, vraiment, faire attention à qu'est ce qui shoote. Faire	Les jobistes, par leur participation aux op BdN, doivent savoir lire mais aussi écrire afin de remplir correctement le questionnaire.

	vraiment très attention quand tu shootes. Car maintenant il y a beaucoup d'arnaques. Ils mettent même de la mort aux rats dans la drogue et encore plus dans l'héroïne. Qu'ils fassent beaucoup attention à ça. Là il y a même des morts. Je connais un ami à moi, il était mort presque dans mes bras et avec de la mort aux rats dans l'héroïne. Quand il a shooté ça, il était complètement tapé et on a appelé l'ambulance. Et il était presque parti. 2 minutes plus tard et il était mort. C'est pour ça il faut faire attention, surtout à l'héroïne. Avant de la mettre dans la seringue il doit la goûter d'abord. Avant la goûter mais pas la goûter avec la seringue, la goûter avec la langue. Il faut pas la goûter avec la seringue tu dois sentir, la goûter, le goût tout ça et ça sent. Qu'il fasse beaucoup, beaucoup attention à ça. » « Exemple, tu vois parfois tu peux faire des overdoses et tout. Et bah on nous a expliqué comment on pouvait sauver la personne. Tu la tournes tout de suite de côté. Tu fais le truc là, le massage cardiaque et tu fais le bouche-à-bouche pour pas partir. »	Ce sont des compétences déjà acquises. Dans le discours du jobiste, on peut voir qu'il comprend les informations et qu'il est capable d'expliquer quoi faire lors de la consommation de substances mais aussi lors d'overdose. Il connaît des gestes techniques de santé appris pendant l'opération BdN (LS fonctionnel)
--	---	--

Ici, le jobiste semble avoir des difficultés avec la compréhension de la langue française puisque ce n'est pas sa langue maternelle. Néanmoins, il sait lire et comprendre des informations de santé.

Avant l'opération BdN, il ne dispose que de peu d'information sur la santé et la réduction des risques. Néanmoins, il a une certaine réflexion et des connaissances quant à sa consommation. En effet, pour lui il est très important de vérifier le produit et de ne pas consommer n'importe comment. Le jobiste est capable d'aller vers des professionnels de santé mais il a besoin d'être accompagné. Il se sent à l'aise et fait confiance aux professionnels de santé.

L'opération BdN a apporté beaucoup de connaissances à ce jobiste qui lui sont utiles quotidiennement et qui lui permettront de mieux gérer sa santé en terme de réduction des risques mais aussi en terme de qualité de vie. Il est d'ailleurs très motivé à l'idée de refaire l'expérience et d'apprendre de nouvelles connaissances. (empowerment)

Annexe 10 : Grille d'analyse AZT

Grille d'analyse AZT

Dimensions HLQ (Health <i>Literacy</i> <i>Questionnaire</i>)	Verbatim	Formes de littératie Littératie fonctionnelle Littératie interactive Littératie critique
Se sentir soutenu et compris par les professionnels de santé	« L'association ici, le médecin c'est gratuit, moi, je viens ici et c'est plus facile parce que bon d'office, tous les jeudis, tous les jeudis parce que souvent quelqu'un qui n'a pas trop de stabilité, on va prendre un rendez-vous, mais on va peut-être pas y aller, parce qu'on va louper le rendez-vous, qu'on s'est levé trop tard qu'on a oublié. Enfin, c'est ça aussi quand on n'a pas de stabilité, les rendez-vous on les prend mais on n'y va pas des fois. C'est ça qui fait aussi, et ici-bas, c'est bien, parce que ça aide beaucoup de gens qui sont à la rue. Et voilà un médecin c'est tel jour, c'est jeudi, tu viens jeudi, c'est jeudi tous les jeudis. Donc tu ne peux pas oublier, pas d'heure fixe, c'est entre trois heures et cinq heures donc ça laisse la possibilité justement des gens qui n'ont pas de stabilité et dont j'ai fait partie aussi, là. Je le, dis hein que voilà on peut se dire bah je vais aller là, ouais c'est quand même, comment ...un point de chute » « Ouais bah non, parce que moi je suis déjà fort autonome même ici à l'association ils le savent. Ils le savaient que je suis pas quelqu'un, je suis un quelqu'un à part par rapport au public d'ici, qui vient ici. Ils me disent oui, mais toi, on fait plus confiance parce que tu bouges, on sait	Ici le jobiste a créé une relation avec une association qui l'aide dans ses démarches administratives (recherche de logement) mais aussi avec le médecin de l'association qu'il vient voir tous les jeudis. Il a établi plusieurs relations avec des professionnels de santé en qui il a confiance. L'association a d'ailleurs confiance en ce jobiste qui paraît assez autonome et responsable. -> le jobiste fait preuve d'esprit critique en expliquant qu'à l'association ils organisent une journée chaque semaine de consultations gratuites sans prise de rendez-vous et que cela est mieux

	bien que t'as la tête sur les épaules. Voilà, ils savent que je bougerai plus qu'une autre qui vient. Tout dépendra, je dis, je reviens à chaque fois ça, moi c'est la force mentale de la personne qui aidera la personne à sortir de la merde. C'est si la personne ne se dit pas dans sa tête, je vais sortir de cette merde, elle n'en sortira pas, ça doit venir de la personne et puis l'association peut aider mais si la personne ne va pas vers l'association ça n'ira pas »	pour des personnes instables. Il a assez de recul pour savoir ce qui correspond à ses besoins ou aux besoins de personnes instables. Il mobilise ses compétences cognitives et sociales ainsi qu'un esprit critique pour exercer un meilleur contrôle sur sa vie.
Disposer d'informations suffisantes pour gérer sa santé	« Donc voilà, je pense qu'il faut déjà être bien de base dans sa tête pour fumer et se dire c'est pour nous détendre, moi je fume mon joint tous les soirs parce que ça m'aide à dormir en fait. Voilà, moi la journée je fume pas mais je fume le soir. » « Tout était clair, évidemment, il y en a comme Z qui parlent pas beaucoup français. Bah on lui a expliqué avec des mots plus simples, mais moi je n'ai aucun problème par rapport à ça parce que bon j'ai fait des études d'éducatrice quand même donc j'ai fait un graduat donc tout ça je connaissais déjà » « Pour les personnes qui n'ont pas beaucoup de connaissances, bah j'ai trouvé ça bien parce que ça pouvait les diriger et ils pouvaient se dire ah, il y a ça donc je vais aller faire ça. Ouais pour ces personnes-là, oui, moi je trouvais ça bien quoi. » « Moi je le savais déjà. Avant, j'ai étudié ça en fait, à l'école, c'est ça. On a beaucoup étudié ça, surtout dans l'éducation. On avait un peu tout ça, le sida, MST. On a vu tout ça. Moi, j'ai vu tout ça, mais je vais dire pour les personnes qui étaient là-bas, ça leur a appris quand même quelque chose qu'ils ne savaient pas et c'était bien pour eux. » « C'est pour ça que je dis, pour les personnes qui étaient là, c'est vrai que ça leur a appris. Comme l'échange de seringue, qu'on pouvait se	Avant l'opération BdN, ce jobiste avait déjà beaucoup d'informations concernant la santé puisqu'il a un graduat en éducation néanmoins il avoue avoir des lacunes en ce qui concerne le système de santé et ses aides. Après l'opération BdN, le jobiste est capable de parler de différentes associations et de leurs activités. Il est capable d'orienter des usagers vers certaines aides en fonction de leurs besoins. Lors de l'opération BdN, le jobiste a eu de nouvelles connaissances concernant les aides (au logement), une fois en difficulté il a su utiliser ces connaissances pour résoudre son problème.

	refiler la maladie, il y en a qui ne savaient pas. Même la paille dans le nez, ça aussi, ça peut, l'hépatite B ou j'sais pas quoi. Là, il y en a qui ne savaient pas. Ouais. Mais je trouvais ça bien pour eux » « Bah oui, parce que moi j'ai donné à 2-3 filles ici qui allaient se retrouver en situation de précarité et qui allaient perdre leur logement mais moi j'ai donné le filon d'ici ben grâce à ça, voilà, on leur a retrouvé un logement, elles sont venues, elles sont venues. Elles ont d'ailleurs remercié : franchement je savais pas, regarde j'ai un logement maintenant mais tu vois j'ai dit enfin oui on a trouvé. »	Le jobiste fait remarquer que pour les autres jobistes qui ont moins de connaissances, l'opération BdN permet d'apporter de nombreuses connaissances pour savoir quoi faire par la suite. ->Le jobiste fait preuve d'un esprit critique, il est capable, dans différentes circonstances, d'appliquer les connaissances apprises et de les partager afin d'exercer un meilleur contrôle sur les événements de la vie.
Gérer activement sa santé	« Ici, le médecin c'est gratuit, moi, je viens ici et c'est plus facile parce que bon d'office, tous les jeudis » « Et voilà un médecin c 'est tel jour, c'est jeudi, tu viens jeudi, c'est jeudi tous les jeudis. Donc tu ne peux pas oublier, pas d'heure fixe, c'est entre trois heures et cinq heures donc ça laisse la possibilité justement des gens qui n'ont pas de stabilité et dont j'ai fait partie aussi, là. Je le dis hein que voilà on peut se dire bah je vais aller là, ouais c'est quand même, comment ...un point de chute » « J'ai dit moi, écouter : tout ce qui seringue ça c'est moche, c'est la fume moi. Je dis, je fume, je dis, je veux même pas savoir comment on fait. Je voulais même pas savoir avec le BICARBONATE, ils expliquaient que c'était le meilleur de mélanger la coc' avec le Bicarbonate, donc ils faisaient vraiment. On a fait le test dans la petite casserole avec nous, bicarbonate et tout ça, mais pas de la drogue, mais avec un peu de bougie pour montrer un peu comment ce qu'il fallait faire. Mais moi,	Le jobiste reconnaît n'avoir jamais eu de difficulté à consulter un médecin. Il parle d'associations où il est facile de pouvoir consulter un médecin puisque les consultations se font sans rendez-vous et qu'elles ont lieu tous les jeudis. Il parle de l'opération BdN et du fait qu'on apprend à savoir se shooter dans des conditions hygiéniques avec d'autres produits pour limiter les risques. Ce dernier n'étant pas un consommateur injecteur dit ne pas vouloir savoir comment s'injecter car il trouve ça mal. Il est d'ailleurs surpris de cet

	je trouvais que c'était pas trop bien d'expliquer ça à quelqu'un qui shoote déjà enfin, c'est aussi de la prévention à 50 % parce que le bicarbonate est meilleure que l'ammoniac, mais c'est aussi apprendre une autre façon aux gens de se droguer. » « Avec moins de risques, comme je dis à 50 pourcents de prévention et, 50 pour cents moi j'étais pas trop d'accord avec ça, qu'on explique qu'on fait comme ça, casserole... Moi j'aurais jamais fait ça, ben, j'ai appris là je dirais comment on faisait, quoi alors que avant j'étais ignorante là-dessus mais à cause de ça je, voilà, je sais, maintenant mais bon moi je ne le ferai jamais. Mais bon, peut être quelqu'un qui se disait, peut être j'essaierai bien une fois un shoot ou quoi. Bah pour moi je trouvais pas ça trop bien parce qu'une personne qui hésitait parce que moi je connais des gens qui ont déjà dit j'essaierais bien une fois le shoot, là à ce moment-là quand ils ont expliqué voilà une personne qui voulait essayer ben voilà. Ah ouai ? non ? comme ça. Enfin, voilà, moi c'est mon avis personnel je comprends la prévention par rapport aux produits je parle par rapport aux produits mais il faut aussi se mettre dans la peau du consommateur et il faut beaucoup de prévention mais ils ne pensent pas je veux dire à se mettre dans la peau d'un consommateur » « Quelqu'un qui n'est plus bien dans sa peau, ne prendra pas soin de lui en fait c'est comme ça, c'est la dépression. Même quelqu'un en déprime chez elle, je veux dire quelqu'un avec un logement, bah vous verrez cette personne-là, elle sera chez elle pendant 15 jours elle ne se sera pas lavée quoi, parce qu'elle est en dépression, la dépression fait partie de l'hygiène de vie de tout ça hein. Mais là c'est des fortes dépressions profondes, plus la drogue, la consommation, donc ils ne se préoccupent pas, à la limite, il y en a qui me disent : moi, je serais mieux là-haut, ils attendent que ça au final ! C'est beaucoup. Il y a	apprentissage malgré qu'il comprenne que c'est de la prévention. -> Le jobiste a un regard critique sur les connaissances transmises lors de l'opération BdN, en effet, lui n'étant pas injecteur, il ne souhaite pas savoir comment faire car ça risquerait d'en tenter certains selon ses dires. Il dit ne jamais faire ça. Le jobiste prend des décisions concernant sa santé en consultant régulièrement le médecin de l'association. Il sait aussi quel comportement et quelle pratique il ne veut pas avoir. Il est capable de faire des comparaisons et d'expliquer qu'une dépression que ce soit chez une personne avec un foyer ou chez une personne à la rue, tous les deux ne feront plus attention à leur hygiène de vie et donc auront une mauvaise gestion de leur santé.
--	--	---

	beaucoup d'idées différentes, des propos différents c'est par rapport à chaque personne, c'est d'après le vécu de chaque personne en fait. Moi, j'ai vu beaucoup ça. Mais beaucoup sans famille qui se sont retrouvés tout seuls en fait ou bien qu'ils sortent de prison et ça... »	
Soutien social pour la santé	« Non la santé non parce qu'ils sont totalement déprimés, quoi. Ils sont à la rue et il y en a qui ont perdu espoir. En fait, ils perdent totalement espoir. Pourtant, il y en a que j'ai vu qui ne se droguaient même pas, que justement ils cherchent enfin, ils font les démarches mais que ça, ça traîne. Mais il y en a d'autres qui sont vraiment profonds qu'eux en fait, ils ont baissé les armes. Enfin, ils ont vraiment baissé les armes. Ils sont à bout de tout. Et. Et ils font que de se droguer pour oublier beaucoup, pour oublier. D'autres m'ont dit bah je suis mieux à la rue. Voilà. » « Il y en a beaucoup que bon quand ils sont pas en état, mais que c'est les ambulances qui viennent chercher en fait. C'est ça le truc, quand ils sont presque en OD que l'ambiance vient les chercher » « Moi, on m'a sorti de prison comme ça. Démerde Toi, hein? Oui, on m'a dit après la prison il y a de la réinsertion mais c'est pas vrai. Si tu bouges pas toi ou quoi, tu bouges pas ton, excusez-moi du terme, ton cul. Non ça viendra pas à toi et il n'y a pas une assistante sociale. Mais pourtant il faudrait, il faudrait qu'il y ait le suivi après, le après carcéral ! Oui, on fait le pendant le carcéral pour l'après carcéral, pour qu'on ait une formation pour ça, ici, parce que si on n'a pas de ça, on ne sort pas. Mais une fois qu'on a. Voilà quand est en liberté, quoi on sort de la prison et on est apeuré entre nous, plus aucune	Lorsque le jobiste parle des usagers de rue, ils semblent complètement seuls et déprimés, sans appui pour leur santé puisque ce sont les ambulances qui viennent les chercher. -> les usagers semblent seuls et sans appui pour leur santé sauf en cas d'extrême nécessité (overdose) Lorsque le jobiste parle de son expérience de prison il s'est senti « apeuré » et seul lors de sa libération. -> Néanmoins, ce dernier semble avoir de nombreuses connaissances tant au niveau affectif que dans le milieu associatif pour subvenir à ses besoins.

	aide, plus rien. C'est ça qu'il y en a beaucoup qui se retrouvent comme ça dans la rue, voilà. Tout simplement. » « Bah là j'ai dormi à droite à gauche, quoi, ma fille je lui ai trouvé quelque chose, donc c'est le plus important, au moins, elle sera pas à la rue. Et moi je ne serai pas à la rue parce que je connais beaucoup de gens, je serai à droite à gauche, mais c'est pas mon chez moi et c'est pas ça une vie donc. Et c'est la première fois que je me retrouve comme ça, bah va sortir de prison encore évidemment. »	
Évaluation de l'information en santé	« Ah ben en fait, moi j'ai connu l'association X via justement une amie, et bah qui me disait justement qu'ils pouvaient m'aider. Question même chèque alimentaire aussi, le médecin aussi qui est gratuit donc c'est comme ça, c'est de bouche-à-oreille en fait. Et l'opération boule de neige c'est grâce à X quoi. C'est eux qui nous ont inscrits. » « Bah. Une bonne santé pour moi, c'est quelqu'un qui consomme déjà pas drogue, je vais dire. Même quelqu'un qui consomme la cigarette a une bonne santé pour moi, mon, mon avis personnel même si quelqu'un qui fume la cigarette il est en bonne santé. Mais pour moi d'office quelqu'un qui prend des drogues n'est pas en bonne santé, ça ne sera pas bon. Il ne pourra pas être donneur de sang ou des trucs ainsi. Tandis que quelqu'un, je pense qui fume la cigarette peut faire le don de sang, non ? » « Moi, moi, j'ai ça m'a un peu choqué, parce qu'on donne, c'est un peu contradictoire parce que oui, c'est la prévention, parce qu'ils donnent les seringues propres à ceux qui se piquent hein. On va donner de	Dans le récit du jobiste on apprend que grâce à ses prises d'informations à droite à gauche il a réussi à avoir une vision d'ensemble des différentes aides proposées dans la ville. Il est capable de résoudre des informations contradictoires. D'ailleurs il a une émis une réflexion sur la légalité des salles de consommations et l'illégalité de la drogue et donc sur la prévention et la prohibition... Il sait que les consommateurs de drogues ne peuvent pas donner leur sang par exemple.

	l'aluminium propre, des pailles propres pour ceux qui sniffent. C'est vrai que c'est de la prévention. En même temps pour pas qu'ils échangent de seringue et tatatam, pour pas avoir le sida ou d'autres maladies c'est quand même de la prévention, mais quelque part c'est quand même un peu contradictoire. Parce que c'est illégal ! C'est quand même illégal, donc c'est un centre qui fait rentrer des drogués. Ils font rentrer des drogués des dealers pour qu'on puisse consommer de la drogue qui est illégale en Belgique, c'est tolérance 0 et c'est ça que j'ai trouvé un peu contradictoire. »	-> Le jobiste a un esprit critique sur la législation et politique de santé publique. Il est capable d'identifier de bonnes informations qu'il utilisera par la suite pour répondre à ses besoins.
Capacité à s'engager avec les professionnels de santé	« Bah moi juste après par rapport. Par rapport Euh justement, au logement, moi je ne savais pas qu'il y avait des associations qui aidaient aux logements avant. Tout ça, hein. Moi, c'est grâce aux opérations Boule de neige que je sais que bon, il y a cette association-là qui aide pour le logement mais je vois bien qu'il y a d'autres. D'autres filières aussi, qui aident aussi Ah voilà, c'est ça que j'en ai retenu, moi, qu'il n'y a pas qu'une association qui s'occupe de ça, il y en a beaucoup plus qu'on ne le pense. Ça, ça aussi, ça m'a ouvert par rapport à ça. Je me disais quand même, ah, je vois bien qu'on n'est pas beaucoup mais au final, il y a quand même beaucoup d'associations qui aident quand même, c'est pour ça que je dis tout dépend de la personne, si elle veut aller vers l'association ou pas, si elle veut être aidée, il y a moyen qu'elle soit aidée. Ouais. Il y a moyen qu'on sorte quelqu'un de la rue pour moi avec toutes ces associations. Là pour moi, y a moyen de sortir quelqu'un de la rue. Même s'il est paumé au plus bas, s'il va une fois par semaine par exemple à une association, il y a moyen qu'il sorte de la rue, c'est pour ça que j'ai dit tout dépend de la personne, si elle a envie ou pas. Moi je parle comme ça. » « Je pense aussi parce que c'est des associations, qui sont quand même beaucoup diversifiées dans leurs services donc ce soit pour les	Le jobiste est pro actif sur sa santé, il maîtrise les relations avec les prestataires de soins, il sait où chercher des conseils et de l'aide. Il est capable d'aller chercher de l'aide ailleurs que dans l'association qu'il fréquente. -> Le jobiste utilise ses compétences cognitives et sociales pour exercer un meilleur contrôle sur sa vie et ici en l'occurrence il s'agit de la recherche d'un logement. Il est capable d'aller voir une autre association pour répondre à ses attentes.

	aides aussi aux vêtements. Ici, il y a les vêtements, ils peuvent venir manger il y a le petit pack cantine ici. Moi, je trouvais qu'il y a quand même beaucoup de choses et pourtant, on est beaucoup dans la rue, je vois qu'ils ne viennent pas ici et que pourtant ils pourraient venir et demander. » « Oh oui mais complètement et la chez X ils s'occupent de moi pour ça déjà et des fois je me dis ben j'irais bien chez Y parce qu'ils s'occupent aussi de tout ça, donc de recherche de logement quoi. Ils me l'ont dit parce qu'une fois, j'ai été pour consommer et ils m'ont dit ben si tu veux, parce qu'ils m'entendaient parler. Bah nous aussi on s'occupe de ça, mais je dis oui, j'avais entendu parler grâce à Boule de neige et il dit, bah voilà, tu viens mardi et on s'occupera de toi. »	
Navigation dans le système de Santé	« Mais en fait. Y. Je dis Y, là, c'est déjà un lieu où les gens vont consommer, c'est quand même bien parce que c'est quand même surveillé, ils vérifient si c'est bien de la marchandise à nous et bon si quelqu'un fait malaise et ça, ben ça rappelle les médecins, ambulances, ils aident pour les logements, il n'y a pas que ça, y a pas qu'un lieu de consommation, ils aident socialement, donc les logements, ils font les soins pour ceux qui sont à la rue, qui ne savent pas soigner, ils font les soins primaires des plaies ouvertes. Ben voilà un SDF peut aller là-bas pour recherche d'un logement, pas aller que chez Y, y a aussi le V que j'ai appris qu'il donnait des aides alimentaires. Mais il faut faire partie du quartier. Voilà donc si par exemple, moi j'habite à D, mais je pouvais pas bénéficier sauf si d'urgence, ça oui. Y a moyen parce que c'est quand même socialement. Et ils sont répartis sur tout Liège quoi donc voilà, moi, ce sont ces 2 lieux vraiment que j'ai pris connaissance que je ne savais pas. »	Le jobiste est capable de se renseigner sur les services et soutiens afin de satisfaire tous ses besoins. Il est capable de parler en son propre nom du système de santé et même de renseigner sur ces services aux usagers rencontrés. Il est capable de donner des informations que les professionnels associatifs n'ont pas toujours. Il comprend les différents services qui lui sont disponibles et est capable de regarder au-delà des ressources manifestes.

	« moi si je suis malade ou quoi, je vais voir un médecin traitant ou j'allais en face de chez moi. Mais je trouve que les médecins bons à l'heure actuelle vu qu'y a quand même le taux de pauvreté qui a augmenté, je trouve qu'il y a quand même beaucoup de médecins maintenant qu'on peut leur donner des vignettes et pas payer, je trouve ça super quoi parce que maintenant on pourrait pas dire à l'heure actuelle : ah je ne sais pas aller chez le médecin ça c'est faux, ça c'est pas vrai ça, moi ça fait des années que je vais chez n'importe quel médecin jamais payé moi. Donc j'ai toujours eu vraiment les soins qu'il fallait, c'est non-assistance à personne en danger, si le médecin ne nous prend pas en charge non plus. Mais moi, je trouve qu'à l'heure actuelle, par rapport à il y a 10 ans d'ici. Je trouve que l'ouverture des médecins, beaucoup plus euh d'esprit. » « Il y en a beaucoup que bon quand ils sont pas en état, mais que c'est les ambulances qui viennent chercher en fait. C'est ça le truc, quand ils sont presque en OD que l'ambulance vient les chercher, le problème, le lendemain, ils seront en manque. Ils signent une décharge et se barrent. C'est ça le problème, et ça, ça devrait pas se passer comme ça. Justement, les hôpitaux devraient proposer des conditions et des services pour expliquer tu n'as pas envie d'essayer de rester on te donnera de la méthadone. C'est ça que le consommateur a peur, c'est que voilà. On le prend en charge à l'hôpital et après, il pense au lendemain, il dit moi j'ai pas ça, j'ai pas de méta, eux, ils font quoi, ils vont pas m'en donner, ils vont me laisser malade. Alors il signe une décharge et il s'en va. » « Moi, ici, moi, j'ai donné un filon là-bas. L'exemple, comme la semaine passée parce que Z, a eu son logement. Et bah il faut des meubles aussi parce que quelqu'un qui est à la rue n'a pas de meubles par exemple. Moi j'ai donné à l'association l'ASBL F là où ils vendent des meubles	
--	---	--

	fauteuils 40€ par exemple. Ils ont tous, des tasses, des verres, des vêtements, couvertures, des armoires, lits. Ben voilà, il y a aussi des associations de meubles bon marché pour ceux qui se mettent en ménage. Et. Voilà, moi j'ai donné ce filon ici. Ils ne savaient pas par exemple. »	
Aptitude à trouver des informations de bonne qualité	« Moi j'ai retenu beaucoup les aides au logement, tout ce qui est médecin aussi que c'était gratuit. Bah, comme le vaccin pour le corona aussi, on l'a eu. Enfin, ça a été fait par rendez-vous à tel jour, à tel jour pas d'inscription via le net parce qu'on n'a pas toujours l'internet, nous. Donc on aurait pas su s'inscrire par rapport à internet. On a eu un papier. Ah oui, il y en a beaucoup qui ont reçu le papier. Mais j'ai pas internet, je fais comment pour remettre mes données ? Savais pas. Heureusement qu'il y avait X qui donnait tel jour première dose, et tel jour 2^{ème} dose voilà, on était beaucoup ici, on a beaucoup qui sont venus faire, mais grâce à ça on a eu nos 2 vaccins quoi. OK, moi je trouve ça bien, sinon les aides alimentaires aussi que j'ai retenu. Les aides au logement mais voilà, prévention, drogue, consommation là. Ah oui, tout ce qui est maladie aussi, mais comme ici, ils font les vaccins. Aussi. Pour tout ce qui est hépatite, tuberculose, moi, moi je devais faire pour tout ce qui est tuberculose et tout ça, là le simple. Bah j'étais en retard et bah ils me l'ont refait, c'est tous des trucs qu'on a remis à jour quand même. Parce que moi, je venais de sortir de détention aussi, donc en prison, on n'est pas toujours bien suivi. On est mieux ici, que si on était en prison. » « Oh oui mais complètement et là chez X ils s'occupent de moi pour ça déjà et des fois je me dis ben j'irais bien chez Y parce qu'ils s'occupent aussi de tout ça, donc de recherche de logement quoi. Ils me l'ont dit	Tout au long de son récit, le jobiste parle de nombreuses associations. Il utilise activement un large éventail de sources pour trouver des informations nécessaires pour satisfaire ses besoins. Il ne dépend pas d'une association pour lui offrir les informations, il est capable d'aller en chercher d'autres en parlant et en rencontrant des gens.

	parce qu'une fois, j'ai été pour consommer et ils m'ont dit ben si tu veux parce qu'ils m'entendaient parler. Bah nous aussi on s'occupe de ça, mais je dis oui, j'avais entendu parler grâce à Boule de neige et il dit, bah voilà, tu viens mardi et on s'occupera de toi. »	
Compréhension suffisante pour savoir ce qu'il faut faire	« Bah moi j'ai un graduat en éducateur. Et ça, à XXX à Liège. Il y a des années. Aussi j'ai ma gestion aussi, j'ai été employé administratif aussi, j'ai des formations. »	Chaque jobiste doit être capable de lire les informations données mais aussi de compléter le questionnaire créé lors de l'opération BdN. Ici le jobiste a un niveau d'étude assez élevé, il a les capacités de comprendre toutes les informations écrites.

Ici, le jobiste a un niveau d'éducation. Il est facile pour lui de comprendre, lire, écrire et calculer des informations sur la santé. Néanmoins, ce dernier a appris de nouvelles connaissances sur le système de santé et plus particulièrement sur les aides proposées. Ces connaissances l'ont d'ailleurs aidé lors de la perte de son logement. Selon lui, cette opération BdN lui a ouvert les yeux sur les aides disponibles.

Il a été capable pendant l'opération BdN de s'investir et d'aider des usagers pour qu'ils accèdent à leurs besoins. Il est capable de donner des conseils et des aides que les professionnels ne connaissent pas. Il est à l'aise dans le système de santé et avec les professionnels.

Il a un certain esprit critique sur ce qui se passe chez les consommateurs, leurs visions des choses (hôpitaux, décharge, apprendre à se shooter). Il utilise ses compétences cognitives et sociales pour avoir un meilleur contrôle sur sa vie.