

# La littératie en santé: Evaluation 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?

Mémoire réalisé par  
**Marie Lefebvre**

Promoteur(s)  
**Stephan Van den Broucke**

Année académique 2017-2018  
**Master en sciences de la santé publique**  
**Finalité spécialisée**



# La littératie en santé: Evaluation 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?

Mémoire réalisé par  
**Marie Lefebvre**

Promoteur(s)  
**Stephan Van den Broucke**

Année académique 2017-2018  
**Master en sciences de la santé publique**  
**Finalité spécialisée**

## **Remerciements**

Au terme de ce travail de fin d'études, je tiens à exprimer ma reconnaissance à plusieurs personnes.

Tout d'abord au Professeur Stephan Van den Broucke pour son expertise et sa disponibilité. A Alexia Brumagne et toute l'équipe de *Cultures & Santé* pour leur temps, leur accueil et leurs connaissances. A Christine Devos pour ses avis critiques et sa connaissance de la langue française. A Thomas Tuyttens pour ses encouragements et sa présence.

## **Le plagiat**

*Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.*

*Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.*

## Table des matières

|   |    |
|---|----|
| Introduction .....  | 1  |
| Chapitre 1: Problème et situation .....   | 3  |
| 1. La littératie en santé .....   | 3  |
| 1.1 Définition .....  | 3  |
| 1.2 Dimensions de la littératie en santé .....  | 4  |
| 1.3 Modélisation de la littératie en santé .....  | 4  |
| 1.4 Déterminants de la littératie en santé .....  | 5  |
| 1.5 Le niveau de littératie en santé en Europe et en Belgique.....  | 6  |
| 1.6 Les recommandations internationales et nationales en faveur de la littératie en santé ....                  | 9  |
| 2. L'ASBL Cultures & Santé et son guide d'animation « La littératie en santé, d'un concept à la pratique »..... | 13 |
| 2.1 L'ASBL <i>Cultures &amp; Santé</i> .....  | 13 |
| 2.2 Le guide d'animation « La littératie en santé, d'un concept à la pratique ».....                            | 13 |
| 2.3 L'implémentation des ateliers issus du guide d'animation .....  | 14 |
| 3. L'évaluation de programmes en santé publique .....   | 16 |
| 3.1 Définition de l'évaluation .....  | 16 |
| 3.2 Les différents types d'évaluation .....   | 16 |
| 3.3 Etapes de l'évaluation .....  | 17 |
| 3.4 La fidélité d'implémentation.....   | 18 |
| Chapitre 2: Méthodes et participation des professionnels.....   | 21 |
| 1. Question et approche de recherche.....   | 21 |
| 2. Questionnaires .....   | 21 |
| 2.1 Questionnaire à destination des professionnels-relais (Annexe 3).....                                       | 21 |
| 2.2 Questionnaire à destination des animateurs des ateliers (Annexe 4) .....                                    | 26 |
| 3. Collecte des données .....   | 31 |
| 3.1 Recrutement des participants .....  | 31 |
| 4. Analyse des données .....  | 32 |
| Chapitre 3: Résultats .....   | 33 |
| 1. Evaluation de la performance.....  | 33 |
| Objectif 1: Comprendre le concept de littératie en santé, ses enjeux et la situation en Belgique .....          | 33 |
| Objectif 2: Prendre connaissance du guide et se l'approprier .....  | 34 |

|  |    |
|--|----|
| Objectif 3: Produire une réflexion concernant la littératie en santé en lien avec leurs<br>propres contextes professionnels et identifier des leviers d’action adaptés. .... | 35 |
| 2. Evaluation des processus.....   | 38 |
| Chapitre 4: Perspectives, discussion et conclusion .....   | 43 |
| 1. Perspectives .....  | 43 |
| 2. Discussion .....  | 46 |
| 3. Conclusion.....   | 50 |
| Bibliographie .....  | 52 |

## Introduction

Depuis les années 1970, le concept de littératie en santé est en plein essor (Van den Broucke, 2017). En effet, cette notion ne cesse de dévoiler sa complexité et révèle bon nombre de déterminants. Sorensen, Van den Broucke, Fullam et al. (2012) définissent la littératie en santé comme "la connaissance, la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information de santé en vue de porter des jugements et prendre des décisions dans la vie de tous les jours en ce qui concerne la santé, la prévention des maladies et la promotion de la santé, de manière à maintenir ou améliorer la qualité de la vie." Cette définition couvre un large champ de compétences sociocognitives qui sont influencées par de nombreux facteurs.

Une étude menée en 2012 dans huit pays européens<sup>1</sup> (Sorensen et al., 2015) s'est attachée à mesurer le niveau de littératie de la population. Cette étude utilisait le questionnaire HLS-EU-Q47, qui comportait 47 questions couvrant pas moins de douze domaines représentant le niveau de littératie en santé. Quatre niveaux de littératie en santé ont été retirés : insuffisant, problématique, suffisant et excellent. Les résultats de cette enquête sont interpellants, puisque 47 % de la population interrogée présente un niveau de littératie en santé insuffisant ou problématique.

La Belgique n'a pas participé à l'enquête européenne. Or, une étude semblable a été conduite en Belgique par une équipe de l'Université catholique de Louvain en collaboration avec la Mutualité Chrétienne (Vancorenland et al., 2014). Elle démontre que 41,3% de la population questionnée dispose d'un niveau de littératie en santé qualifié de limité ou d'insuffisant. C'est ainsi qu'au niveau international, l'OMS appelle à la mise en œuvre d'actions (Kickbusch et al., 2013) permettant de remédier à cette *épidémie de faible littératie en santé* (Davis, cité dans Van den Broucke, 2017). En Belgique, le gouvernement fédéral a déclaré dans la Déclaration gouvernementale de 2013 que la prise en charge de la littératie en santé dans la population est une priorité pour la politique de santé. A son tour, le gouvernement francophone bruxellois dans son plan stratégique de promotion de la santé 2018-2022 (Service Public Francophone bruxellois, 2017), s'attache à soutenir le développement de la littératie en santé et plus particulièrement ses acteurs. De plus, il reconnaît aussi la littératie en santé comme faisant partie de l'éducation au même titre que la maîtrise de la langue orale et écrite.

---

<sup>1</sup> Autriche, Bulgarie, Allemagne, Grèce, Irlande, les Pays-Bas, Pologne et Espagne

Depuis 2010, l'ASBL *Cultures & Santé* a investi le champ de la littératie en santé et a publié en 2016 un guide d'animation s'intitulant: "*La littératie en santé, d'un concept à la pratique*" (Culture & Santé, 2016). Ce guide est destiné aux professionnels-relais souhaitant renforcer la littératie en santé de leurs publics. Pour accompagner la diffusion de ce guide, *Cultures & Santé* organise régulièrement des ateliers d'échanges.

L'objectif de ce travail est de mettre en exergue les changements dans les pratiques et la posture des professionnels provoqués par ce guide d'animation et les ateliers de *Cultures & Santé*. Puis, si ces adaptations se sont répercutées sur l'institution ou l'équipe de travail du professionnel.

Pour y parvenir, ce travail adoptera le plan suivant. Le premier chapitre sera consacré aux concepts théoriques à intégrer et à mobiliser dans ce contexte d'évaluation de programme en santé publique. A cet effet, le premier point aura pour sujet la littératie en santé ; nous tenterons de dresser une définition exhaustive de ce concept en présentant ses déterminants. Il s'agira également de présenter les différentes manières dont les instances internationales et nationales envisagent d'aborder et d'améliorer la littératie en santé. Le second point présentera l'asbl *Cultures & Santé* et son guide d'animation. Nous nous efforcerons de mettre au jour le contexte de création du guide afin de nourrir nos analyses futures. Enfin, le troisième point s'attachera à la littérature dédiée à l'évaluation de programme en santé publique. Effectivement, notre démarche d'évaluation se basera sur une théorie adaptée afin d'être la plus pertinente et réaliste possible.

Le deuxième chapitre développera la méthodologie utilisée dans la rédaction de nos questionnaires destinés à évaluer les ateliers de *Cultures & Santé* pour accompagner le guide d'animation, le recrutement des participants et l'analyse des résultats. Le troisième chapitre sera exclusivement destiné aux résultats et à l'analyse des données. Le quatrième chapitre découlera du troisième, dans le sens où elle proposera des pistes d'amélioration des ateliers. Enfin, le dernier chapitre discutera/critiquera le travail et posera les conclusions et perspectives.

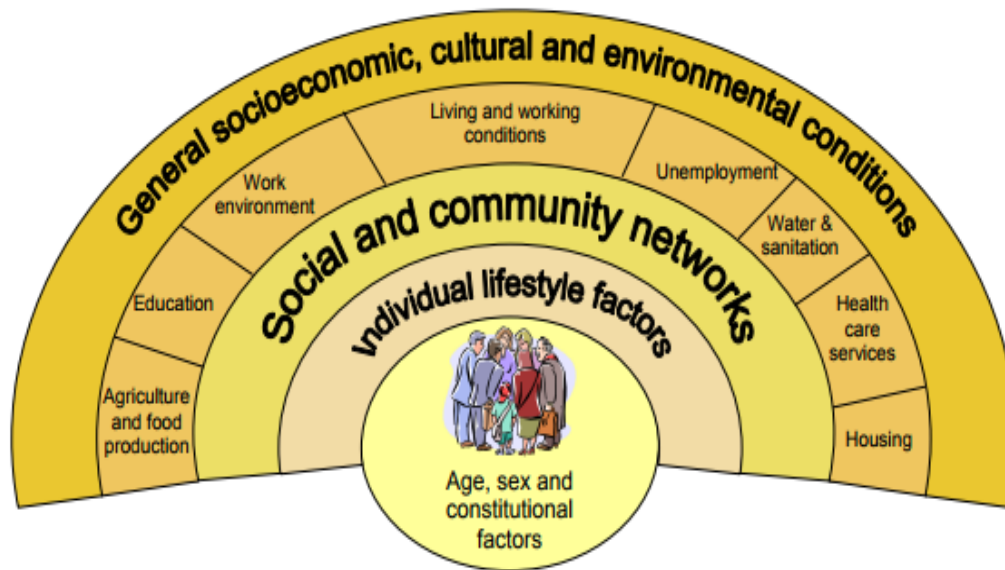
# Chapitre 1: Problème et situation

## 1. La littératie en santé

### 1.1 Définition

Sorensen et al. (2012) définissent la littératie en santé comme "la connaissance, la motivation et les compétences pour accéder, comprendre, évaluer et appliquer une information pour la santé afin d'émettre un jugement et prendre des décisions dans la vie quotidienne en ce qui concerne les soins de santé, la prévention des maladies et la promotion de la santé en vue de maintenir ou améliorer la qualité de vie durant tout le cycle de la vie." Cette définition résulte de l'intégration des définitions préexistantes et offre à la littératie en santé une approche plus large, celle de la santé publique. En effet, il existe deux manières principales d'aborder la littératie en santé. La première touche à l'individu, elle est qualifiée de "clinique". Elle se centre sur l'individu, le patient et sa relation avec le soignant. La seconde, celle de la "santé publique", met en exergue les facteurs environnementaux, sociaux et tous les déterminants qui influencent négativement le niveau de littératie en santé. Cette vision "santé publique" permet d'élargir les actions de littératie en santé à la communauté afin de réduire les inégalités au sein de celle-ci (Van den Broucke et Renwart, 2014). L'ensemble de ces facteurs se retrouvent déjà dans les *déterminants sociaux de santé* (Figure 1) identifiés par Whitehead et Dahlgren (1991). Par cette modélisation, les deux auteurs ont voulu illustrer le lien entre les facteurs individuels et contextuels avec la maladie. Ici l'idée était qu'il fallait focaliser l'action sur les facteurs de vie individuels car les facteurs des niveaux plus larges étaient hors de portée. Aujourd'hui, l'approche "santé publique" de la littératie en santé encourage à investiguer ces facteurs du niveau "macro" afin de réduire les inégalités sociales de santé.

**Figure 1.** Social Model of health ( Dahlgren & Whitehead, 1991)



## 1.2 Dimensions de la littératie en santé

Dans le même continuum que la définition proposée par Sorensen et al (2012), Van den Broucke et Renwart (2014) caractérisent les 4 qualités cognitives spécifiques à la littératie en santé comme suit:

1. Accéder: " la capacité de rechercher, de trouver, et d'obtenir des informations de santé"
2. Comprendre: " la capacité de comprendre l'information en santé qui est accessible"
3. Evaluer: " la capacité d'interpréter, de filtrer, de juger et d'évaluer l'information de santé qui a été consultée".
4. Appliquer: " la capacité à communiquer et à utiliser l'information pour prendre une décision pour maintenir et améliorer la santé".

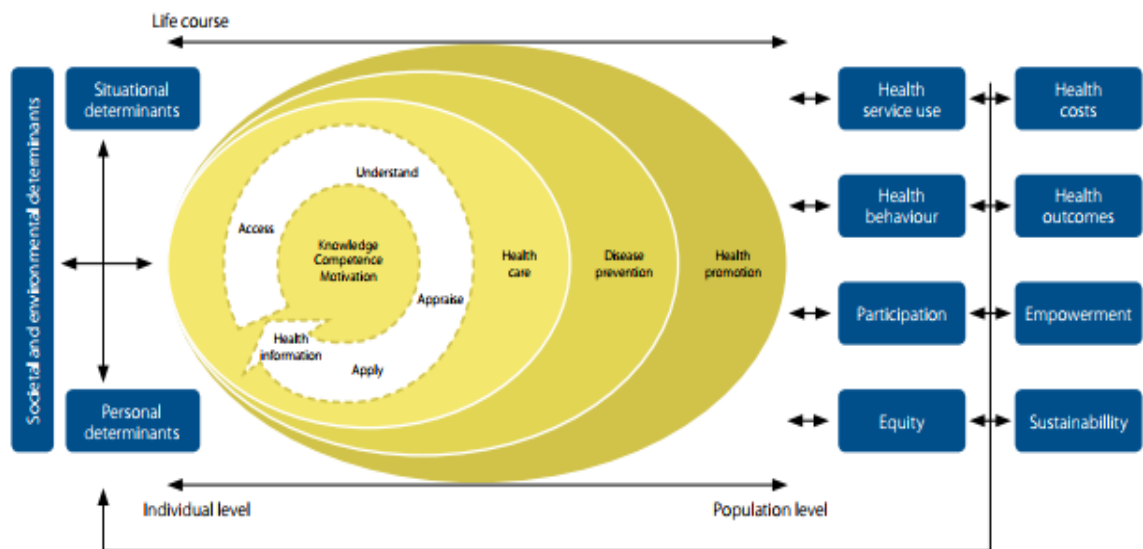
Cette dynamique implique donc de mobiliser des compétences sociales, personnelles et cognitives pour disposer d'un système de santé (Van den Broucke, 2014).

## 1.3 Modélisation de la littératie en santé

La modélisation (Figure 2) du concept de littératie en santé établie par Sorensen et al. (2012) rassemble l'ensemble des éléments consignés ci-dessus. Les compétences "Accéder, comprendre, évaluer et appliquer" sont à mobiliser dans les 3 dimensions de la santé (les soins

de santé, la prévention des maladies et la promotion de la santé) comme l'indique le centre de ce modèle. La partie droite de la figure présente les enjeux de la littératie en santé, ils sont en relation avec tous les items du modèle comme le suggèrent les flèches. Cette présentation permet de visualiser les deux approches de la littératie en santé avec le niveau individuel (clinique) à gauche et le niveau population (santé publique) sur la droite. Il est à noter que ces deux approches sont successivement applicables aux différentes dimensions de la santé. En effet, les individus agissent dans un premier temps pour leur santé avant de s'engager pour la santé de la communauté en étant acteur de la promotion de la santé et ainsi agir pour les enjeux de santé.

**Figure 2.** Conceptual model of health literacy of the European Health Literacy Survey (Sorensen et al., 2012)



#### 1.4 Déterminants de la littératie en santé

Allaire et Ruel (2017) précisent que les capacités individuelles sont issues "de la scolarité, de la culture, de la langue au même titre que la disponibilité des informations et services, les aptitudes des professionnels, la nature des documents et des messages transmis et les mesures de soutiens". Sur la gauche de l'illustration (figure 2), les déterminants sociaux et environnementaux (contextuels et individuels) sont mis en interaction avec les 4 compétences liées à la littératie en santé. Le European Health Literacy Survey (Sorensen et al. 2012) a repris ces déterminants afin de mettre en évidence les facteurs individuels qui déterminent la

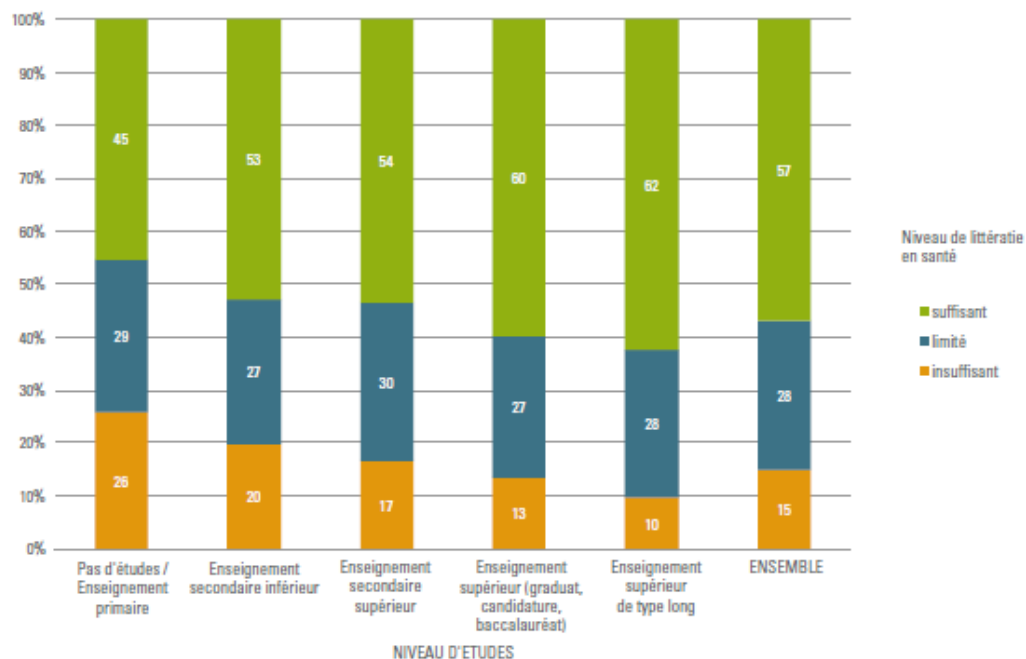
littératie en santé. Le modèle retenu possède 5 variables indépendantes et explique 17.4% ( $R^2$ ) de la variance du niveau de littératie mesuré. Les facteurs individuels identifiés sont la privation matérielle, le statut social, le niveau d'éducation, l'âge et le genre.

### 1.5 Le niveau de littératie en santé en Europe et en Belgique

La définition de Sorensen et al. (2012) a servi de base à la construction du questionnaire European Health Literacy Survey (HLS-EU) visant à l'évaluation du niveau de littératie en santé à travers l'Europe. Les résultats du questionnaire ont été classés en 4 catégories qualifiant le niveau de littératie en santé. Celles-ci sont : inadéquat, problématique, suffisant et excellent. Les niveaux " inadéquat" et "problématique" mettent en évidence la population vulnérable possédant un niveau "limité de littératie en santé" (Sorensen et al., 2015). 47.6% de la population des 8 pays sondés présente un niveau de littératie limité (Sorensen et al. 2015). Cette enquête met au jour des facteurs propres aux groupes possédant un niveau de littératie limité. Ce niveau de littératie limité est souvent corrélé à un statut socio-économique et un niveau d'éducation faible ainsi qu'à un âge élevé. De plus, les personnes vulnérables déclarent avoir un niveau de santé perçu "mauvais" ou "très mauvais" pour respectivement 71.8% et 78.1% d'entre elles, une maladie chronique pour 61% de ces personnes et 58.9% rapporte qu'ils ont consulté un médecin au moins 6 fois sur les derniers 12 mois.

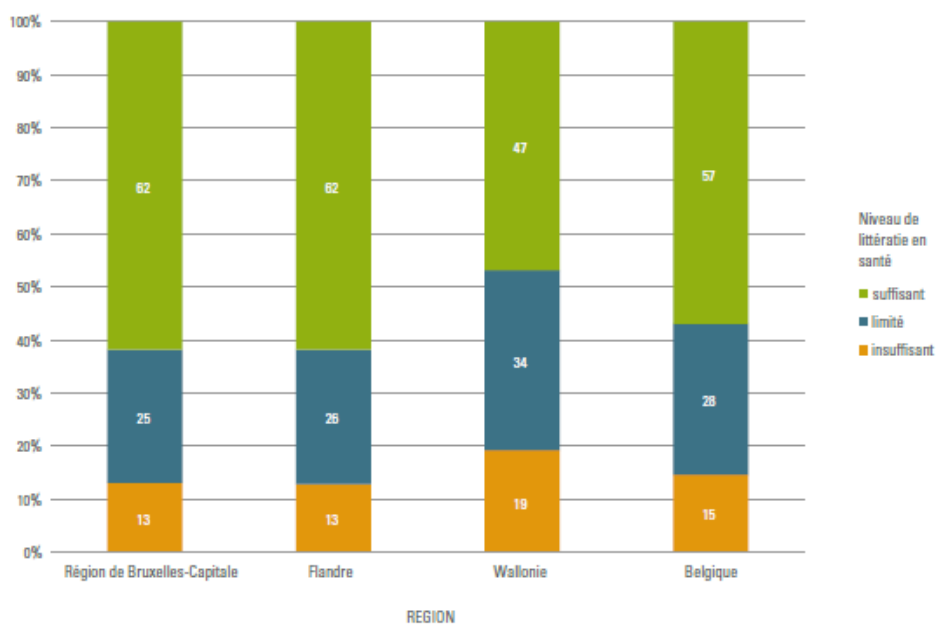
En Belgique, une équipe de chercheurs de l'Université catholique de Louvain en collaboration avec la Mutualité chrétienne (Vancorenland et al., 2014) se sont penchées sur le niveau de littératie en santé des Belges, en utilisant une version courte du questionnaire de l'HLS-EU. Il ressort de l'enquête que 4 Belges sur 10 présentent un niveau de littératie en santé limité. Ici, les facteurs prédictifs identifiés sont le niveau d'étude, la région, l'âge et l'état de santé.

**Figure 3.** Le niveau de littératie en santé en Belgique selon le niveau d'études (en %) (Vancorenland et al., 2014)



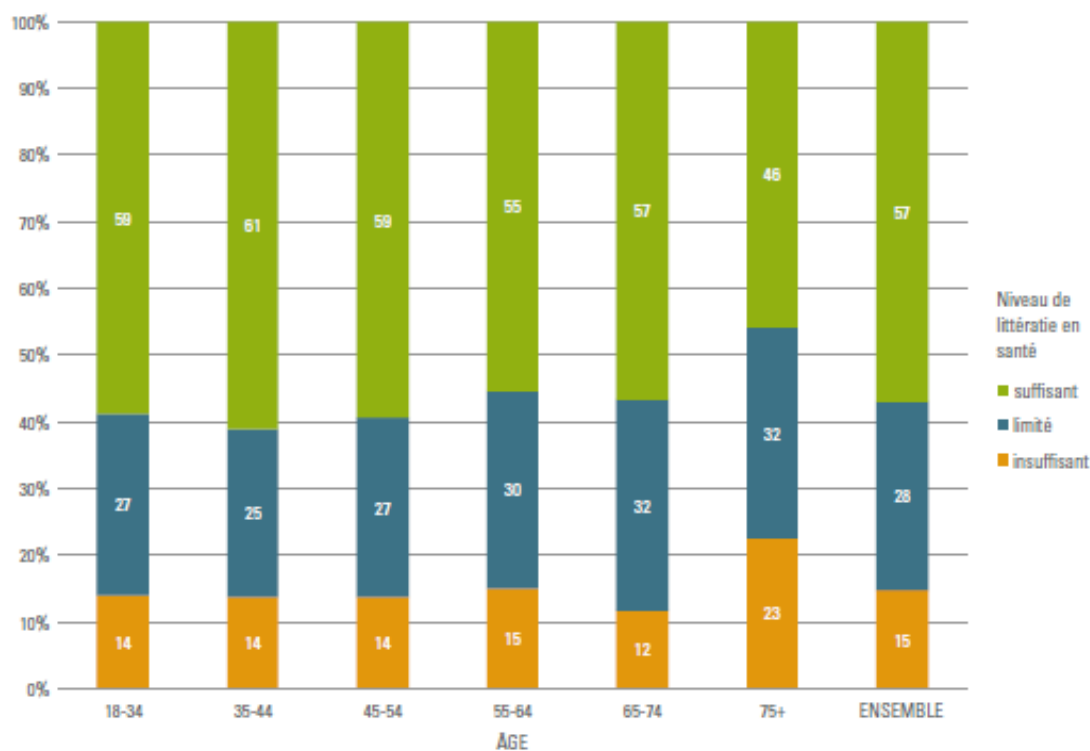
La figure 3 illustre les disparités du niveau de littératie en santé en fonction du niveau d'étude. Ainsi, un niveau d'éducation bas semble entraîner un niveau de littératie limité et insuffisant.

**Figure 4.** Niveau de littératie en santé en Belgique en fonction de la région (%) (Vancorenland et al., 2014).



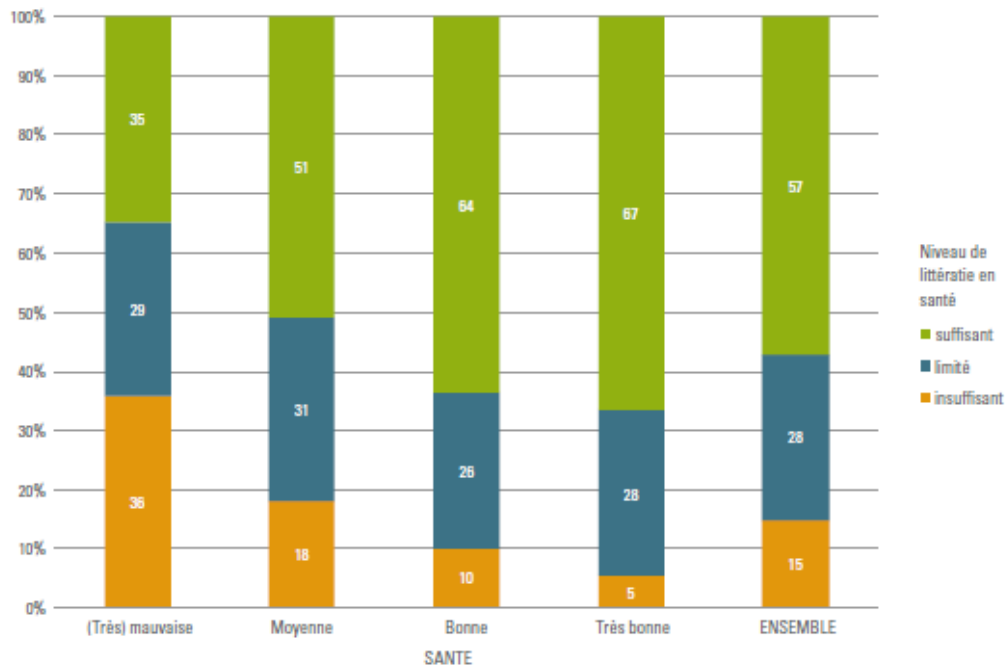
La figure 4 indique que la population wallonne dispose d'une plus grande part de la population dont le niveau de littératie est insuffisant ou limité par rapport à la population des régions de Bruxelles-Capitale ou de Flandre.

**Figure 5.** Niveau de littératie en santé en Belgique selon âge (en %) (Vancorenland et al., 2014)



Comme l'indique la figure 5, la part de la population ayant un niveau de littératie en santé insuffisant ou limité est plus importante lorsque l'âge augmente.

**Figure 6.** Niveau de littératie en santé en Belgique selon l'état de santé déclaré (en %) (Vancorenland et al., 2014).



La figure 6 rapporte qu'il existe une corrélation négative entre le niveau de littératie en santé et l'état de santé déclaré.

Ces deux études rapportent que près de la moitié de la population belge et européenne dispose d'un niveau de littératie en santé limité. De plus, le niveau de littératie en santé dépend de facteurs "macro" tels que le niveau d'étude, le statut-socio-économique, le lieu d'habitation ou encore l'âge. De même, il existe aussi un lien entre l'état de santé et le niveau de littératie en santé. De ce fait, la littératie en santé semble être un objet non négligeable de promotion de la santé.

## 1.6 Les recommandations internationales et nationales en faveur de la littératie en santé

### 1.6.1 Les recommandations internationales

A l'échelle mondiale, la déclaration ministérielle des Nations unies de 2009 appelait au développement d'actions pour promouvoir et améliorer la littératie en santé. Aujourd'hui, afin d'assurer la réalisation des ambitions de "The 2030 Agenda or Sustainable Development", la 9ème conférence pour la promotion de la santé de Shangai (21-24 novembre 2016), organisée par l'OMS et le gouvernement chinois, avait parmi ses 4 thèmes principaux la littératie en

santé (WHO, 2017). La déclaration de Shangai (2016) pose comme priorités "la bonne gouvernance, les actions locales à travers les villes et communautés et l'empowerment par la promotion de la littératie en santé". Cette déclaration présente la littératie en santé comme un pré-requis pour une meilleure équité en santé. La littératie en santé devrait justifier les décisions en matière de santé des politiques mais également l'accès à une éducation de qualité.

Par le biais de cette conférence, l'OMS s'engage à: (1) reconnaître la littératie en santé comme un déterminant crucial de la santé et à investir dans son développement, (2) développer, implémenter et surveiller les stratégies locales et nationales visant à renforcer la littératie en santé dans toutes les populations et les cadres éducatifs, (3) augmenter le contrôle des citoyens sur leur santé et ses déterminants en exploitant le potentiel des technologies digitales, (4) assurer que l'environnement du consommateur permette de faire des choix pour la santé à travers des politiques du prix, des informations transparentes et une labellisation claire.

Au niveau de l'Europe, le bureau européen de l'OMS publiait dans le guide *Health literacy: Solid facts* (2013) ses recommandations pour agir en faveur de la littératie en santé. Tout d'abord, il y a trois sphères dans lesquelles il faut opérer: le système, les professionnels et les personnes. Ces 3 sphères couvrent différents champs: les villes, les organisations, l'éducation, les lieux commerciaux et communautaires, le lieu de travail, les soins de santé, les médias et la communication ainsi que les médias sociaux et la santé mobile. Parmi les actions à mettre en œuvre il y a:

(1) Reconnaître l'intérêt de la littératie en santé au plus haut niveau politique et lui donner priorité à travers les différentes politiques et interventions (villes), (2) aider les citoyens à naviguer dans les services de soins de santé, d'éducation et de services sociaux en rendant le choix pro-santé le choix le plus simple à faire ( villes), (3) mesurer régulièrement le niveau de littératie dans les villes (villes), (4) mettre en place les 10 dispositions pro-littératie en santé de l' *Institute of Medicine* dans les organisations (organisations), (5) inclure les fondements de la littératie en santé dans l'éducation des jeunes enfants (éducation), (6) soutenir et développer la promotion de la santé dans les écoles (éducation), (7) promouvoir l'apprentissage des adultes (éducation), (8) construire un environnement de consommation favorable à la santé ( lieux de commerce et communautaires), (9) procurer des ressources d'informations scientifiques (lieux de commerce et communautaires), (10) assurer un environnement propices aux choix en faveur de la santé ( lieu de travail), (11) repositionner la

littératie en santé comme un défi pour le système, les organisations et institutions (soins de santé), (12) instaurer une politique pour promouvoir la littératie en santé dans tous les matériaux de communication (soins de santé), (13) établir la littératie en santé comme un critère de qualité de la gestion des soins de santé (soins de santé) (14) investir dans l'éducation des professionnels (soins de santé), (15) améliorer la communication autour de la santé publique (communication et médias), (16) aller à l'encontre des fake-news et assurer la qualité (médias et communication), (17) créer des chaînes de confiance sur les réseaux sociaux (médias sociaux et santé mobile)

Il faut ici reconnaître le caractère transversal des actions pro-littératie en santé, tous les champs de la société sont sollicités (médias, lieu de travail, magasins, etc.).

### 1.6.2 Les recommandations nationales

En Belgique, la ministre des affaires sociales et de la santé publique, Maggie De Block, mentionne, dans sa note de politique générale (2014), qu'il est nécessaire de vérifier comment la *health literacy* peut être stimulée pour rendre le patient "partenaire actif". En outre, le centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) avance que la littératie en santé devrait être un indicateur de la qualité des soins (Cultures & Santé, 2016). En 2018, le KCE prévoit même de publier un plan d'action afin d'améliorer la littératie en santé en Belgique. A Bruxelles, la commission communautaire française a mis en évidence la littératie en santé dans son *Plan Stratégique de Promotion de la Santé 2018-2022*. En effet, afin de répondre à son objectif, *Promouvoir la visibilité, l'accessibilité et l'appropriation des informations et ressources en promotion de la santé*, la commission communautaire française désire soutenir le développement de la littératie en santé en soutenant ses acteurs.

En fédération Wallonie- Bruxelles, peu de document "officiel" investigate la littératie en santé. Cependant, *l'Observatoire de santé du Hainaut*, en 2016, invite le professeur Stephan Van den Broucke et l'asbl *Lire et écrire* (Régionale Centre Mons Borinage) à s'exprimer sur ce sujet (OSH, 2016). En Flandres, 5000 adultes ont participé en 2009 à une étude (PIAAC, 2013) sur différentes compétences (numercay, literacy, reading components et problem solving in technology-rich environments). Ces différentes facultés rejoignent les dimensions de la littératie en santé. Cependant, la littératie en santé n'y est pas mentionnée. Ces différentes recommandations semblent accorder à la littératie en santé une place prépondérante dans l'agenda politique. En effet, les acteurs politiques recommandent la mise

en place d'actions, d'interventions, de politiques afin d'améliorer le niveau de littératie en santé de la population. Cet objectif sera atteint non-seulement par l'éducation des citoyens mais aussi par l'adaptation du système. *Cultures & Santé* semblent mener des actions en ce sens. Le prochain chapitre présentera cette asbl ainsi que ses objectifs.

### 1.6.3 La formation des professionnels des soins de santé

De manière générale, l'Union Européenne appelle à augmenter les capacités en santé publique en renforçant les formations et les structures de santé publique à travers ses membres (Aluttis et al., 2014). Cette notion d'augmentation des capacités en santé publique vient de l'anglais "capacity building" et est définie par Hawe et al. (cité par Aluttis et al., 2014) comme *le développement durable de compétences, de structures organisationnelles, de ressources et d'engagement pour l'amélioration de la santé dans le secteur de la santé et d'autres secteurs pour prolonger et multiplier les gains de santé à travers le temps.*

Plus particulièrement, augmenter les compétences à prendre en compte la littératie en santé nécessite 4 stratégies établies par Hawe et al. (cité par Van den Broucke, in press). La stratégie *organisationnelle "bottom-up"* encourage les professionnels de la santé à suivre des formations continues pour devenir des praticiens dotés de réflexion. *L'approche du développement de partenariat* encourage la collaboration entre organisations qui s'emploient à améliorer la littératie en santé. *L'approche organisationnelle "top-down"* a pour but d'améliorer le niveau de littératie en santé en réformant les organisations, en revoyant les politiques et pratiques et en assurant la mobilisation de toutes les ressources. Enfin, *l'approche de l'organisation communautaire* vise à encourager les individus et organisations à participer à des actions communautaires pour améliorer le niveau de littératie en santé. Cette recommandation est mise en œuvre par le guide d'animation *La littératie en santé: d'un concept à la pratique* de *Cultures & Santé*. Nous verrons, par la suite, comment *Cultures & Santé* a procédé pour mobiliser ces stratégies.

## **2. L'ASBL Cultures & Santé et son guide d'animation « La littératie en santé, d'un concept à la pratique ».**

### **2.1 L'ASBL Cultures & Santé**

En 1978, l'ASBL voit le jour sous le nom de "Comité socio-médical pour la santé des immigrés" (Cultures & Santé, 2018). Ce comité a alors pour but de faciliter l'accès à la santé des populations issues des vagues migratoires de l'époque et propose des services de traduction et d'information adaptés à la population migrante et de documentation aux professionnels de santé. Quelques années plus tard, l'ASBL étend son champ d'action à l'ensemble du public fragilisé et propose aux professionnels de la santé des formations afin d'adapter leur prise en charge à la population cible. Durant les années 2000, *Cultures & Santé* met en place un service de création d'outils pédagogiques adaptés à son public.

Actuellement, *Cultures & Santé* œuvre sur le territoire de la fédération Wallonie-Bruxelles et est active dans les secteurs de la promotion de la santé, d'éducation permanente et de cohésion sociale. Son but est d'améliorer la qualité de la vie des personnes en agissant sur les déterminants sociaux, économiques, environnementaux et culturels de la santé en collaboration avec les relais institutionnels des différents secteurs.

Dans son programme de promotion de la santé, *Cultures & Santé* a défini 4 problématiques prioritaires. Celles-ci sont: (1) l'accès aux offres et services en matières sociale et de santé, (2) l'accès à l'information prioritaire en matière de prévention primaire et littératie en santé, (3) les liens entre représentations sociales et comportements favorables ou défavorables à la santé, (4) les espaces favorables à l'empowerment et à la promotion de la santé des personnes en situation de précarité.

### **2.2 Le guide d'animation « La littératie en santé, d'un concept à la pratique »**

Dans le contexte de son programme de promotion de la santé, *Cultures & Santé* en 2016 a développé un guide d'animation et des ateliers de formation liés avec ce guide. Le guide et ses ateliers sont destinés aux professionnels-relais, c'est à dire les travailleurs ou les bénévoles intervenant directement auprès de groupes d'adultes dans le secteur de l'insertion

socioprofessionnelle, de l'éducation permanente, de l'alphabétisation, de l'aide sociale et des soins de santé, et à ceux qui viennent en soutien à travers les activités de l'ASBL (Brumagne, 2017). Le guide est composé de 2 parties. La première s'attache à informer les lecteurs sur la littératie en santé, le concept y est développé de manière théorique. La seconde partie donne des pistes d'animation pour travailler avec la population cible les différents aspects de la littératie en santé. Chaque piste d'animation peut être adaptée. En effet, cela demeure une vraie *piste* d'animation.

### 2.3 L'implémentation des ateliers issus du guide d'animation

Afin de donner vie à son guide d'animation, *Cultures & Santé* propose des ateliers d'échanges et de réflexions sur la littératie en santé. De manière générale, l'ASBL offre la possibilité à des professionnels de s'inscrire volontairement à ces ateliers. Parfois, l'atelier est organisé dans une institution suite à une demande spécifique. Un canevas (Brumagne, 2017) a été réalisé pour encadrer ces animations. Il s'agit de commencer chacune d'entre elle en demandant aux participants à quelles difficultés ils ont été confrontés pour trouver et comprendre une information qui serait favorable à leur santé. Une réponse positive collective émane souvent du groupe. Puis, les animateurs proposent une définition de la littératie en santé: "La capacité d'accéder, de comprendre, d'évaluer et d'appliquer l'information de manière à promouvoir, à maintenir, et à améliorer sa santé et celle de son entourage, dans divers milieux, au cours de la vie" (Rootman & Gordon-Elbihbety, 2008). Les participants se rendent alors compte que nous ne sommes pas tous égaux face à cette littératie en santé, la réflexion se poursuit ici sur l'équité et la justice sociale. Cette partie est conclue en avançant que la littératie en santé constitue un levier pour atténuer l'influence des inégalités sociales de santé.

Dans un document distribué en fin d'atelier, *Animer des groupes en faveur de la littératie en santé: Atelier d'échanges*<sup>2</sup> (Annexe 1), *Cultures & Santé* propose un cadre pour aborder la littératie en santé comme un outil de promotion de la santé. Ce cadre comprend 4 éléments:

- « La quatrième dimension de la littératie en santé est " l'application de l'information". Une dimension qui rappelle que l'information, si elle est accessible et compréhensible, n'est pas pour autant facile à mettre en œuvre. En effet, cette dimension dépendra fortement du

---

<sup>2</sup> Cultures & Santé (2017). *Animer des groupes en faveur de la littératie en santé: atelier d'échanges*.

contexte de vie de la personne. La littératie en santé renvoie donc également à des actions qui permettent de rendre les environnements plus favorables à l'exercice des compétences des individus et de les accompagner dans les applications des informations diffusées en prenant en compte leur situation et parcours de vie ».

- « Il faut veiller au risque qui existe avec la littératie en santé de sur responsabiliser les personnes, de ne se centrer que sur les comportements individuels, que ce soient ceux des patients ou des professionnels ».
- « Une autre piste d'action est de développer des supports d'information "pro-littératie" (brochures, affiches, sites, spots, ...). Ces supports doivent reposer sur un langage clair, simple et visuel, appropriable par tous; sur un contenu qui tienne compte des préoccupations et contextes des publics visés ».
- « Il faut saisir les possibilités d'agir dans des contextes collectifs (au sein des groupes) pour renforcer des compétences et non plus nécessairement transmettre des savoirs, des informations de santé (pratique actuellement très prisée par de nombreux professionnels qui souhaitent agir en faveur de la santé auprès de leur public) ».

Lors de tout atelier, 3 objectifs sont visés pour les participants. Ceux-ci sont:

- **Comprendre** le concept de littératie en santé, ses enjeux et la situation en Belgique
- **Prendre connaissance** du guide et se l'approprier (par l'expérimentation de deux pistes d'animation)
- **Produire une réflexion** concernant la littératie en santé en lien avec leurs propres contextes professionnels et identifier des leviers d'action adaptés.

En outre, les animateurs mettent en avant l'autonomie des professionnels, c'est à dire la croyance que les professionnels ont d'être capables de réaliser des animations visant à renforcer la littératie en santé des membres d'un groupe.

Afin de rendre compte d'un atelier, le compte-rendu d'un atelier est disponible en annexe (Annexe 2).

A travers son guide et ses ateliers, *Cultures & Santé* s'emploie à augmenter les capacités des professionnels à prendre en compte la littératie en santé en mettant en œuvre les stratégies de Hawe et al. (Van den Broucke, in press). En effet, *l'approche organisationnelle "bottom-up"* est accomplie à travers la mise à disposition du guide et l'organisation d'atelier d'échanges et de réflexion. *L'approche du développement de partenariat* est réalisée lorsque des

organisations issues des secteurs de la santé et du social font appel aux services de *Cultures & Santé*. Enfin, lorsque les professionnels ont acquis les compétences suffisantes pour mobiliser les personnes et organisations de leur champ d'action, ce sont les *approches de l'organisation communautaire et "top-down"* qui sont mises en jeu. Ici, réside donc l'enjeu de ce travail car il semble nécessaire de vérifier l'accomplissement de ces deux dernières stratégies, celles qui ont un impact sur la communauté et les organisations. Le but de mission de *Cultures & Santé* en terme de littératie en santé vise donc à augmenter les capacités des professionnels-relais à prendre en compte la littératie en santé dans leurs pratiques. Le chapitre suivant exposera la démarche d'évaluation d'une telle action.

### ***3. L'évaluation de programmes en santé publique***

#### **3.1 Définition de l'évaluation**

L'évaluation peut être définie comme "l'estimation systématique de la qualité et du succès d'une activité" (Van den Broucke, 2011). Dans cette définition, le succès dépend de l'atteinte des objectifs de l'activité et la qualité résulte de la rencontre des besoins des parties prenantes.

#### **3.2 Les différents types d'évaluation**

Le type d'évaluation sollicité dépendra de l'objectif de l'évaluation. Van den Broucke (2011) en distingue 3. D'une part l'évaluation *diagnostique*, qui est effectuée avant l'intervention propre et permet de repérer et d'identifier les difficultés rencontrées et les besoins des groupes cibles, en vue d'y apporter des réponses. Elle permet également d'estimer la faisabilité de l'intervention. Deuxièmement il y a l'évaluation des *processus*, qui évalue la construction du projet et permet d'augmenter les chances de réussite du projet. Cette évaluation s'effectue à différentes étapes de l'élaboration du projet et se compose de l'évaluation de l'implémentation et de la rencontre des objectifs durant l'implémentation. Troisièmement, l'évaluation *sommative* évalue la qualité et l'impact du projet implémenté. Cette dernière se compose d'une évaluation des résultats, de l'impact et d'une analyse coût-efficacité (rentabilité) ou coût-bénéfice. Ces évaluations sont assimilables à celles contenues dans l'évaluation en santé communautaire. Dans ce travail, les 2 dernières évaluations seront implémentées car l'une répond à la demande de *Cultures & Santé* et l'autre est vivement conseillée dans la théorie de la fidélité d'implémentation en lien avec le succès de l'intervention. En outre, dans toute

évaluation, il est appréciable d'identifier les buts et objectifs du programme, la population cible, les activités du programme, et les indicateurs mesurables (de performance et de résultats). Tous ces éléments constitutifs de l'évaluation doivent être sollicités dans la démarche évaluative des ateliers en lien avec le guide *La littératie en santé: D'un concept à la pratique*".

### 3.3 Etapes de l'évaluation

Dans son chapitre sur l'application d'une évaluation de projet, Van den Broucke (2011) présente différentes étapes pertinentes pour effectuer une évaluation d'une intervention en santé publique.

D'abord, il s'agit de mettre en exergue les points du projet à évaluer. Afin d'identifier ces points, il faut comprendre la structure du projet, ses connexions et les résultats attendus. En outre, les points d'évaluation doivent prendre en compte ce que les parties prenantes veulent évaluer.

La seconde étape est de formuler les questions d'évaluation et les indicateurs. Pour ce qui est des questions de l'évaluation du processus, elles doivent être en lien avec l'organisation des activités du projet comme planifié (c'est-à-dire, évaluer la *fidélité d'implémentation*). Les questions d'évaluation des effets doivent quant à elles être basées sur les objectifs spécifiques, autrement dit, elles doivent vérifier que les objectifs aient été atteints. Pour quantifier les questions d'évaluation, il faut spécifier des indicateurs. Il existe 3 types d'indicateurs : (1) Les indicateurs de processus sont destinés à mesurer la précision et l'horizon temporel des étapes prévues pour l'implémentation du projet ; (2) Les indicateurs de performance mettent en avant la satisfaction des utilisateurs, le degré de participation, etc. ; et (3) Les indicateurs d'effets indiquent l'atteinte des objectifs. En règle générale, les indicateurs doivent être mesurables, objectifs, valides, fiables et réitérables.

Ensuite, il s'agit de sélectionner un modèle d'évaluation. Ce modèle doit tenir compte de 3 choses. (1) Les données peuvent être collectées sur les mêmes individus à différents temps du projet (étude longitudinale), données collectées sur les individus à un seul temps du projet ou les données du groupe cible peuvent être comparées à celles d'un groupe témoin. (2) L'échantillonnage doit être réalisé de manière à réduire les biais. (3) La méthode de collecte de données peut être quantitative, qualitative ou mixte. Cette méthode de collecte de données dépend du contexte du projet et des attentes des parties prenantes.

L'étape de la collecte des données doit être précédée par une information aux participants de l'enquête. En effet, ils doivent être avertis du contexte d'utilisation des résultats. Puis, il est pertinent d'encourager la participation de la population cible afin de réduire le biais d'échantillonnage.

La cinquième étape est dédiée à l'analyse des données. Le type d'analyse (quantitatif ou qualitatif) est déterminé par la nature des données (quantitatives ou qualitatives). Plusieurs étapes composent l'analyse de données. En premier lieu, il faut vérifier les données brutes en d'autres termes, il faut nettoyer la base de données. Puis, il faut encoder les données. Ensuite, les données doivent être analysées de manière initiale. A la suite de cette étape, diverses questions émaneront, il s'agira de mener une seconde analyse afin de tenter d'y répondre. Enfin, une conclusion doit être rédigée, elle reprend les différentes analyses.

La dernière étape de l'évaluation est celle de la rédaction du rapport d'évaluation. Il comprend différentes sections: contexte, questions d'évaluation, modèle d'évaluation et méthode, analyse des données, résultats et conclusions.

### 3.4 La fidélité d'implémentation

Schinckus et al. (2014) affirment que le succès d'une intervention dépend de la stratégie et de la méthodologie utilisée, mais aussi de la qualité de l'implémentation. La qualité d'implémentation est entre autres déterminée par la fidélité d'implémentation, c'est-à-dire: le degré avec lequel une intervention est délivrée "comme prévue". La nécessité d'évaluer la fidélité d'implémentation se justifie par différentes raisons (Schinckus et al. 2014): (1) aider à comprendre pourquoi une intervention est un succès ou un échec ; (2) aider à identifier quel composant a été adapté pour rencontrer les besoins spécifiques du système de santé et ses patients et comment ses adaptations influencent les résultats ; (3) aider à évaluer la faisabilité future d'une autre implémentation.

Pour évaluer la fidélité d'implémentation, différentes manières peuvent être mises en avant (Schinckus et al. 2014): (1) *L'approche par les composants critiques* est basée sur la présence de ces composants critiques dans un programme et sur le fait que les résultats du programmes dépendent de leur absence ou présence. Pour évaluer la fidélité d'implémentation en suivant cette stratégie, il est nécessaire de vérifier si tous les composants critiques ont été correctement implémentés. (2) *L'approche de la structure et le processus* suit la logique des

composants critiques et essaie de caractériser chaque composant comme structure ou processus. Les composants structurels peuvent donc se référer aux ressources et au cadre de la distribution de l'intervention tandis que les composants du processus peuvent être liés aux rôles et comportements c'est à dire à la manière avec laquelle la distribution de l'intervention est réalisée. La fidélité de l'implémentation dépend donc de la structure, composition et des interactions humaines produites lors de la distribution de l'intervention (processus). (3) Finalement, *l'approche dimensionnelle* considère la fidélité d'implémentation comme un concept multidimensionnel, où chaque dimension peut être évaluée séparément. Même si des dimensions telles que l'adhérence, l'exposition et la qualité sont universelles, d'autres varient en fonction des auteurs. Ainsi, les mesures de la fidélité d'implémentation peuvent être différentes.

De cette dynamique d'évaluation, Carroll et al. (cité par Schinckus et al. 2014) proposent un modèle comprenant l'approche dimensionnelle et l'approche par les composants critiques. Le concept central de ce modèle est l'adhérence. Les auteurs définissent ce concept comme *le degré avec lequel les ingrédients puissants d'une intervention ont été distribué aux participants avec la fréquence, la durée et l'intensité prévue*. Il y a donc 4 déterminants de l'adhérence: la contenu, la fréquence, la durée et la couverture de l'intervention. En outre, la fidélité d'implémentation peut être modérée par 6 variables inter-reliées (Schinckus et al. 2014): la complexité d'intervention (*nature et compréhension de l'intervention*, la complexité de l'intervention dépend de son nombre d'intervenants, de son nombre de sessions, etc.), les stratégies de facilitation, la qualité de la distribution de l'intervention, la participation des bénéficiaires de l'intervention, le recrutement des participants et le contexte de distribution de l'intervention.

D'un autre côté, c'est aussi considéré comme important que les bénéficiaires d'une intervention puissent modifier l'intervention pour qu'elle rencontre leurs propres besoins. Cet aspect est central dans la notion de *l'adaptation* (Van Daele et al. 2012). Backer (cité par Van Daele et al. 2012) associe l'évaluation de la fidélité d'implémentation à la possibilité d'adapter l'intervention. Il émet 6 recommandations à l'attention des distributeurs de l'intervention: (1) identifier et comprendre la théorie à la base de l'intervention, (2) conduire une analyse des composants essentiels du programme, (3) évaluer l'intérêt de la fidélité/adaptation de l'intervention, (4) consulter les développeurs des programmes, (5) consulter l'organisation

et/ou la communauté dans laquelle le programme va être distribué, et (6) développer un plan d'implémentation général basé sur les points pré-cités.

#### **4. Conclusion**

La littérature indique que le niveau de littératie en santé influence la qualité de vie et la santé des individus. D'un autre côté, la littératie en santé est déterminée par de nombreux facteurs individuels et environnementaux. Des études ont démontré que 4 belges sur 10 disposait d'un niveau de littératie en santé limité. En outre, différentes recommandations internationales et nationales encouragent les acteurs politiques, les citoyens et les professionnels de la santé à agir en faveur de la littératie en santé. De même, des auteurs incitent à augmenter les compétences des professionnels en matière de littératie en santé par diverses stratégies. *Cultures & Santé*, dans la poursuite de son objectif d'amélioration de la qualité de vie des personnes en situation d'inégalité sociales, a publié en 2016 un guide d'animation à destination des professionnels relais. Par la suite, l'ASBL a proposé des ateliers afin de présenter le concept de littératie en santé à ces professionnels et de les familiariser avec le guide. Après un peu plus d'une année d'ateliers, l'ASBL se pose la question de savoir si ces ateliers ont eu un impact sur la pratique de professionnels. Il s'agit donc d'évaluer ces ateliers. Il existe différents types d'évaluation selon l'objectif de cette dernière. De plus, différentes étapes composent une évaluation. Et, afin de vérifier si les objectifs sont atteints, des questions et des indicateurs doivent être formulés. Le second chapitre sera consacré à la méthodologie de cette évaluation.

## **Chapitre 2: Méthodes et participation des professionnels**

L'objectif de ce travail est de mettre en exergue les changements dans les pratiques et la posture des professionnels provoqués par le guide d'animation «La littératie en santé, d'un concept à la pratique» développé par l'ASBL *Cultures & Santé* et les ateliers s'y rapportant. Dans cette recherche de l'effet, nous implémenterons donc une évaluation de processus et sommative.

### ***1. Question et approche de recherche***

La question de recherche de ce travail est: Les ateliers et le guide d'animation ont-ils permis aux professionnels-relais de changer leur posture et leur pratique en tenant compte de la littératie en santé? Pour tenter de répondre à cette question, nous avons effectué des entretiens avec des bénéficiaires, c'est-à-dire les professionnels-relais, et avec des animateurs des ateliers de formation, en utilisant une méthode mixte (entretiens avec des questions ouvertes et questionnaires avec des questions fermées).

### ***2. Questionnaires***

Les questionnaires que nous avons utilisé pour structurer les entretiens avec des professionnels-relais et des animateurs des ateliers étaient composés de questions ouvertes et fermées (réponses sur échelle de Likert). Les questions fermées donneront une indication quantitative de la proportion de répondants, comme par exemple les professionnels-relais qui ont pris conscience de l'intérêt d'agir en faveur de la littératie en santé grâce au guide et à leur participation à l'atelier. Les questions ouvertes nous ont permis de récolter des données qualitatives utiles pour évaluer le ressenti et la pratique des professionnels-relais et les bénéficiaires, car il est indéniable que nous cherchons à mettre en avant les effets des ateliers et du guide.

#### **2.1 Questionnaire à destination des professionnels-relais (Annexe 3)**

Le questionnaire destiné aux professionnels-relais avait comme objectif de vérifier si le guide et la participation aux ateliers avaient provoqué des changements attendus. Comme

mentionné plus haut, les ateliers visent 3 objectifs. Pour mesurer si ces objectifs sont atteints, 15 questions ont été formulées et approuvées par les animateurs de *Cultures & Santé*. Ainsi, les questions 5,6 et 7 (cfr Annexe 3) tenteront de vérifier l'accomplissement de l'objectif *Comprendre le concept de littératie en santé, ses enjeux et la situation en Belgique*. L'objectif *Prendre connaissance du guide et se l'approprier (par l'expérimentation de deux pistes d'animation)* sera évalué par la question 12 (a et b). Les questions 8, 9, 10, 11, 13 et 14 concernent l'objectif *Produire une réflexion concernant la littératie en santé en lien avec leurs propres contextes professionnels et d'identifier des leviers d'action adaptés*. Les informations requises par les items 1,2,3 et 4 sont essentielles pour croiser les données récoltées avec les évaluations distribuées à la fin de l'atelier.

Outre cette évaluation sommative, le questionnaire avait aussi comme objectif d'évaluer le processus d'implémentation. Ainsi, les questions 6,7,8,10 et 11 s'intègrent dans l'évaluation de la fidélité d'implémentation, et permettent de vérifier si les stratégies de facilité ont eu l'effet escompté. De plus, comme l'intervention doit être adaptable par les bénéficiaires pour qu'elle rencontre leurs attentes dans leur contexte (Van Daele et al., 2012), la deuxième sous-question de l'item 12 est prévue pour évaluer cette possibilité d'adaptation. Le tableau *infra* expose ces différents indicateurs.

| Objectifs spécifiques   | Questions   | Indicateurs de résultats   |
|---|---|--|
| <p>Comprendre le concept de littératie en santé, ses enjeux et la situation en Belgique</p> <p>Fidélité d'implémentation:<br/>Participation des bénéficiaires et stratégie de facilité.</p> | <p>5. Quels souvenirs avez-vous de l'atelier auquel vous avez participé ?</p> <p>6. Qu'est-ce que la littératie en santé, selon vous ?</p> <p>7. Quelles sont les nouvelles choses que vous avez apprises ?</p>   | <p>Il cite un souvenir en lien avec le concept de littératie en santé</p> <p>Le bénéficiaire donne une explication de la littératie en santé qui correspond à celle véhiculée par C&amp;S. La définition de la littératie en santé suit un continuum (capacités individuelles--&gt; exigences du système)</p> <p>Il doit avoir appris de nouvelles choses et cite un enjeu lié à la littératie en santé.</p> <p>Si le bénéficiaire a appris de nouvelles choses, c'est que la participation des bénéficiaires et la stratégie de facilité étaient adéquates.</p> <p>La participation du bénéficiaire sera vérifiée par son explication de la littératie en santé qui correspond à celle de <i>Cultures &amp; Santé</i>. Pour ce qui est de la stratégie de facilité, si la personne donne une explication de la littératie en santé qui correspond à celle de <i>Cultures &amp; Santé</i>, alors le contenu était suffisant et donc la stratégie de facilité adéquate.</p> |
| <p>Prendre connaissance du guide et se l'approprier (par l'expérimentation de deux pistes d'animation)</p>  | <p>12. Quelles pistes d'animation issues du guide <i>La littératie en santé : d'un concept à la pratique</i> avez-vous déjà utilisé ?</p> <p>Si oui, comment cela s'est passé ? Décrivez le contexte dans lequel vous avez utilisé les pistes d'animation (public cible, institution)</p> | <p>Si cela rentre dans le contexte du bénéficiaire, il doit avoir utilisé au moins une piste issue du guide.</p> <p>Si cela a été nécessaire, le bénéficiaire a trouvé le moyen d'adapter une piste d'animation.</p>   |

|   |  |  |
|---|--|--|
|   | 12.b Avez-vous adapté les pistes d'animation du guide ? Si oui, comment et pourquoi ?  |  |
| <p>Produire une réflexion concernant la littératie en santé en lien avec leurs propres contextes professionnels et identifier des leviers d'action adaptés.</p> <p>Fidélité d'implémentation:<br/>Participation des bénéficiaires et stratégie de facilité.</p> | <p>8. L'atelier m'a fait prendre conscience de l'intérêt d'agir sur la littératie en santé (Echelle de Likert)</p> <p>9. Vous sentez-vous capable de mettre en place des actions en faveur de la littératie en santé? (Echelle de Likert)</p> <p>10. L'atelier, m'a permis d'intégrer la littératie en santé à ma pratique professionnelle. Echelle de likert</p> <p>11. Quels changements avez-vous opéré dans votre pratique professionnelle ?</p> | <p>Le bénéficiaire doit répondre Tout à fait d'accord ou moyennement d'accord. Si le bénéficiaire est conscient de l'intérêt d'agir en faveur de la littératie en santé, c'est que la participation des bénéficiaires et la stratégie de facilité sont adéquates adéquates.</p> <p>Le bénéficiaire doit répondre tout à fait d'accord ou moyennement d'accord.</p> <p>Le bénéficiaire doit répondre tout à fait d'accord ou moyennement d'accord.<br/>Si le bénéficiaire a intégré la littératie en santé à sa pratique professionnelle grâce à l'atelier, c'est que la participation des bénéficiaires et la stratégie de facilité sont pertinentes.</p> <p>Le bénéficiaire cite un ou des changements qu'il a opéré suite à l'atelier.<br/>Si le bénéficiaire a opéré des changements dans sa pratique professionnelle, c'est que la participation des bénéficiaires et la</p> |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  | <p>13. Qu'avez-vous partagé avec vos collègues ? Si vous avez partagé avec vos collègues, à quelles occasions avez-vous partagé cela ?</p> <p>14. Depuis l'atelier, qu'avez-vous implémenté/mis en place au sein de votre <b>institution</b> pour renforcer la littératie en santé des personnes que vous rencontrez ?</p> | <p>stratégie de facilité sont adaptées.</p> <p>Si son contexte le permet, le bénéficiaire doit avoir transmis à ses collègues ses connaissances sur la littératie ou certaines pistes pour la développer chez leur public cible.</p> <p>Si son contexte le permet, le bénéficiaire doit avoir mis en place, au sein de son institution, des stratégies pour prendre en compte la littératie en santé des personnes rencontrées.</p> |
|--|--|---|

## 2.2 Questionnaire à destination des animateurs des ateliers (Annexe 4)

Comme exposé plus haut, la fidélité d'implémentation est gage de la qualité d' une intervention. Le questionnaire à destination des animateurs avait comme objectif d'évaluer la fidélité d'implémentation des ateliers et d'effectuer une évaluation des processus grâce à des indicateurs mesurables de performance.

D'abord, en ce qui concerne la fidélité d'implémentation, les questions 1,2,3 s'attachent à évaluer si le contenu est suffisant. La question 6 s'attache à mettre en évidence la suffisance de la couverture. Les questions 2 et 3 permettent d'analyser les stratégies de facilité. La participation des bénéficiaires est évaluée par la question 4. La question 5 est dédiée à l'analyse du recrutement. La question 7 concerne le contexte de la fidélité d'implémentation. Enfin, les questions 8 et 9 visent la participation des bénéficiaires. D'autre part, les questions 3 et 11 permettent de relever les outils mis à disposition des animateurs pour mener à bien les ateliers.

En outre, une évaluation des processus est réalisée à travers ce même questionnaire. Le tableau ci-dessous indique les indicateurs de performance et les objectifs s'y rapportant.

| Questions   | Objectif d'évaluation de la question   | Indicateur de performance pour l'objectif de l'atelier   |
|---|--|--|
| <p>1.L'atelier du ..... était suffisant en terme de contenu. Oui-Non</p> <p>-Qu'est-ce qui a fait l'atelier était suffisant ou insuffisant en terme de contenu?</p> | <p>Comprendre le concept de littératie en santé, ses enjeux et la situation en Belgique.</p> <p>Fidélité d'implémentation: contenu suffisant</p>   | <p>Une réponse "oui" est attendue</p> <p>Les animateurs ont transmis les messages clés suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la définition de la littératie en santé qui suit un continuum (capacités individuelles -exigence du système) - le fait que ces difficultés concernent beaucoup de personnes (4/10 en Belgique et même les professionnels)</li> </ul> <p>Si les animateurs ont délivré les messages clés précités, c'est que le contenu est suffisant.</p>   |
| <p>2. Combien de guide avez-vous distribués? Combien était-il prévu d'en distribuer?</p>  | <p>Fidélité d'implémentation: contenu suffisant, stratégie de facilité</p>   | <p>Si tous les guides prévus ont été distribués, c'est que le contenu de l'atelier et la stratégie de facilité suffisante.</p>   |
| <p>3. L'atelier du ..... était suffisant en terme de pratique. (Cochez la case correspondant à votre avis). oui-non</p>   | <p>Prendre connaissance du guide et se l'approprier (par l'expérimentation de deux pistes d'animation)</p> <p>Produire une réflexion concernant la littératie en santé en lien avec leurs propres contextes professionnels et identifier des leviers d'action adaptés.</p> <p>Fidélité d'implémentation: contenu</p> | <p>Une réponse oui est attendue</p> <p>Les animateurs ont eu assez de temps pour faire expérimenter deux pistes d'animation. Les animateurs ont transmis les messages clés suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le groupe constitue un terrain propice pour travailler la littératie en santé de ses membres (atouts du collectif) - il est nécessaire de travailler la dimension « appliquer l'information » avec les bénéficiaires.</li> </ul> <p>Les animateurs ont eu le temps de demander aux bénéficiaires s'ils se voyaient utiliser le guide dans leur contexte</p> <p>Une réponse oui est attendue</p> |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  | suffisant, stratégie de facilité, outils mis à disposition des animateurs. | <p>L'animateur a transmis les messages clés suivants : - Attention au risque de sur responsabiliser les individus si on ne se centre que sur les capacités individuelles et non les systèmes</p> <p>- La littératie en santé est un levier de promotion de la santé, il est complémentaire à d'autres types de stratégies L'animateur a eu le temps de demander en quoi ce concept fait écho à leurs pratiques professionnelles.</p> <p>Si les animateurs ont réussi à délivrer les messages clés précédents, c'est que le contenu était suffisant, la stratégie de facilité adaptée et les outils mis à leur disposition suffisant.</p> |
| <p>4. Après l'atelier du ....., avez-vous fait un feedback avec les participants?</p> <p>- Qu'en avez-vous retiré?</p>                       | Fidélité d'implémentation: participation des bénéficiaires.                | Si un feedback a été réalisé avec les participants, la participation des bénéficiaires était suffisante pour ce point.   |
| <p>5. Les bénéficiaires de l'atelier du ..... ont montré de l'intérêt pour le sujet traité ( participation, prise de notes,...). oui-non</p> | Fidélité d'implémentation: analyse du recrutement                          | Si les bénéficiaire de l'atelier ont montré de l'intérêt durant l'animation, alors leur recrutement était pertinent.   |
| <p>6. Pour l'atelier du ....., comment le recrutement des bénéficiaires s'est-il fait?</p>   | Fidélité d'implémentation: suffisance de la couverture                     | Si le recrutement est de qualité, alors la couverture de l'atelier est suffisante.   |

|   |   |  |
|---|---|--|
| <p>7. Durant l'atelier du ....., par quoi expliqueriez-vous l'absence de certaines personnes pourtant prévues (empêchement professionnel, etc.)?</p>  | <p>Fidélité d'implémentation: contexte</p>                                | <p>L'absence de certains participants peut venir d'un manque de communication, d'échange, de motivation et donc d'une lacune du contexte de l'atelier.</p> |
| <p>8. Le lieu de l'atelier du ..... était propice au travail. oui-non<br/>-Dans le cas d'une réponse négative, selon vous quel type de lieu serait propice au travail?</p>  | <p>Fidélité d'implémentation: participation des bénéficiaires</p>         | <p>Si le lieu n'est pas propice au travail des répercussions peuvent être observées sur la participation des professionnels.</p>                           |
| <p>9. Les échanges entre les bénéficiaires étaient propices à l'apprentissage. oui-non</p>  | <p>Fidélité d'implémentation: participation des bénéficiaires</p>         | <p>Si les échanges entre les bénéficiaires sont de mauvaises qualité, alors la participation des bénéficiaires n'est pas adéquate.</p>                     |
| <p>10. Les échanges que vous avez eus avec les bénéficiaires de l'atelier du ..... étaient propices à l'apprentissage. oui-non</p>  | <p>Fidélité d'implémentation: participation des bénéficiaires</p>         | <p>Si les échanges entre les bénéficiaires et les animateurs sont de mauvaises qualité, alors la participation des bénéficiaires n'est pas adéquate.</p>   |
| <p>11. Pour évaluer l'entretien du..... vous avez disposé de: (Cocher la ou les cases)</p> <p><input type="checkbox"/> Enregistrement audio de l'atelier<br/> <input type="checkbox"/> Enregistrement vidéo de l'atelier<br/> <input type="checkbox"/> Check-list (afin de vérifier si vous avez effectivement suivi votre ADO) pour les animateurs</p> | <p>Fidélité d'implémentation: outils mis à disposition des animateurs</p> | <p>Si les animateurs déplorent l'absence d'outils, alors la mise à disposition de ces outils n'est pas adéquate.</p>                                       |

|   |  |  |
|---|--|--|
| <p><input type="checkbox"/> Questionnaire pour les animateurs (pour rendre un feedback)</p> <p><input type="checkbox"/> Questionnaire pour les bénéficiaires ( quel est leur ressenti après l'atelier?, ont-il appris des choses?, le concept leur parait-il clair? sont-il capables de mettre en œuvre les pistes d'animations?)</p> <p><input type="checkbox"/> Interview des bénéficiaires? ( quel est leur ressenti après l'atelier?, ont-il appris des choses?, le concept leur parait-il clair? sont-il capables de mettre en œuvre les pistes d'animations?)</p> <p><input type="checkbox"/> Autres:</p> |  |  |
|---|--|--|

### 3. Collecte des données

#### 3.1 Recrutement des participants

Les bénéficiaires sont les personnes ayant assisté à un atelier lié au guide *La littératie en santé: d'un concept à la pratique*. D'abord, un échantillon de 30 personnes a été sollicité par mail afin de recevoir un appel téléphonique pour répondre au questionnaire. Ceci dans le but de pouvoir tirer un maximum de données qualitatives. Un objectif de 15 personnes interviewées par téléphone est fixé. Les réponses obtenues ont été encodées sur *Google Form*. Cependant, seules 4 personnes ont répondu favorablement à notre invitation par mail. Un second mail a été envoyé, ce dernier proposait aux bénéficiaires d'autres dates (les 7 et 8 mai de 9h30 à 17h) d'entretiens téléphoniques. A ce stade, 5 personnes de plus ont répondu positivement. Par la suite, un dernier mail a été envoyé au reste des bénéficiaires, y compris les personnes qui n'avaient pas répondu aux deux mails précédents, les invitant à remplir le questionnaire en ligne sur *Google Form*. In fine, ce sont 39 personnes qui ont répondu aux questions sur les 119 participants des 10 ateliers.

Les animateurs des ateliers sont les chargés de projet de *Cultures & Santé* et sont au nombre de 3. Il n'a pas été possible de les interroger après chaque atelier puisque notre travail a débuté bien après la mise en place des ateliers. Cependant, un entretien portant sur des questions générales a été réalisé et certains éléments de cette entrevue se retrouvent dans ce travail. Les données récoltées afin de procéder à l'évaluation des processus et de la fidélité d'implémentation proviennent de la consultation des feedbacks des ateliers nommés "Synthèse d'évaluation" (un exemple de synthèse d'évaluation se trouve en annexe 5). Dans ces documents remplis après chaque atelier, les animateurs y consignaient leurs impressions: dynamique de groupe, logistique, partenariat, etc.

Lors des entretiens téléphoniques, les enquêtés sont informés sur l'utilisation des données récoltées et un rappel est fait quant à l'anonymisation des résultats. De même, le dernier mail contient aussi des informations quant à l'utilisation des données récoltées et rappelle aux participants que les données seront traitées de manière anonyme. Les adresses mail des personnes interrogées proviennent de la base de données de *Cultures & Santé*.

#### ***4. Analyse des données***

Les données récoltées sont analysées selon l'objectif de la question posée et l'indicateur de résultat (ce qui est attendu). Ci-dessous, un tableau récapitulatif des objectifs d'évaluation des questions est présenté. Les données récoltées concernant la fidélité d'implémentation détermineront la qualité de l'implémentation des ateliers et tenteront peut-être d'expliquer l'atteinte ou non des objectifs des ateliers fixés par *Cultures & Santé*. Pour ce qui est du questionnaire à destination des bénéficiaires des ateliers, les questions 5,6,7,11,12,13 et 14 seront analysées de manière qualitative. Les autres questions (8,9 et 10) donnent des proportions quant à différents aspects à prendre en compte dans l'atteinte des objectifs de *Cultures & Santé*.

Toutes les données issues du questionnaire à destination des animateurs seront analysées de manière qualitative. Les réponses des deux questionnaires devront coïncider avec les indicateurs de résultats et de performance afin de conclure à l'atteinte des différents objectifs de *Cultures & Santé* concernant les ateliers visant à augmenter les capacités de professionnels-relais à prendre en compte la littératie en santé dans leur pratique.

## Chapitre 3: Résultats

### 1. Evaluation de la performance

#### ***Objectif 1: Comprendre le concept de littératie en santé, ses enjeux et la situation en Belgique***

Cet objectif était évalué par les questions 5,6 et 7 du questionnaire à destination des bénéficiaires des ateliers. Pour la question 5, l'indicateur de résultat est la citation d'un souvenir en lien avec le concept de littératie en santé. Trois 3 personnes sur 39 citent un souvenir en rapport avec le concept de littératie en santé ("Il faut être attentif au contenu et à la forme du message", "difficulté pour tous de comprendre les infos liées à la santé", "les informations sont parfois difficilement accessibles même pour les personnes lettrées"), les autres répondants donnent une appréciation générale de l'atelier ("Très constructif", "Atelier riche et concret", etc.)

L'indicateur de résultat de la question 6 était de donner une explication de la littératie en santé qui correspond à celle véhiculée par C&S. La définition de la littératie en santé suit un continuum (capacités individuelles vers exigences du système) et comprend 4 dimensions (accéder, comprendre, appliquer et évaluer).

Seulement une personne sur 39 donne une définition de la littératie en santé qui correspond à celle véhiculée par *Cultures & Santé*. La définition indique les 4 dimensions et fait intervenir que les deux sphères du continuum "individu-système". Cette définition est: "Accéder à l'information, la comprendre, pouvoir l'évaluer et la mettre en pratique. Pour moi, c'est essentiel. Il faut donner des outils à l'individu mais aussi permettre aux professionnels de faire une remise en question dans leur communication." Certaines personnes réduisent la définition aux 4 dimensions ("accéder, comprendre, évaluer et appliquer l'information reçue par rapport à notre santé et celle de notre entourage") ou moins. D'autres encore ne mentionnent aucun élément de la définition de *Cultures & Santé* ("Du vocabulaire, des expressions et des explications non accessibles à tous").

L'indicateur de résultat de la question 7 était que le bénéficiaire devait avoir appris de nouvelles choses et cite un enjeu lié à la littératie en santé. Sur les 39 personnes interrogées, 36 disent avoir appris de nouvelles choses et citent un enjeu lié à la littératie en santé. Neuf personnes disent avoir appris le concept de la littératie en santé durant l'atelier cependant, à la question précédente, seule une personne donne une définition de la littératie en santé qui

correspond à celle de *Cultures & Santé*. Néanmoins les personnes citent comme enjeux: " Si on veut travailler concrètement dans le champ de la réduction des inégalités sociales de santé, c'est important de garder la littératie en santé en point de vigilance.", " On veut que les gens comprennent mais on va pas nécessairement prendre en compte dans quel milieu de vie les gens vivent pour voir s'ils ont accès à l'information.", "En tant que professionnels, il faut rendre nos informations accessibles". Certaines personnes ont donc intégré que le système (incluant les professionnels) et les conditions de vie peuvent influencer le niveau de littératie en santé de la population. Ces personnes n'avaient pourtant pas cité une définition "suffisante" à la question 6.

L'atteinte de ce premier objectif semble compromise par la méconnaissance des bénéficiaires des ateliers de la définition de la littératie en santé correspondant à la vision de *Cultures & Santé*. En revanche, une grande majorité de professionnels sont capables de citer des enjeux de la littératie en santé. Les enjeux cités correspondent souvent à la réalité de terrain des professionnels-relais.

### ***Objectif 2: Prendre connaissance du guide et se l'approprier***

La question 12 du questionnaire permettait d'évaluer l'atteinte de cet objectif dont l'indicateur de résultat est "Si cela rentre dans le contexte du bénéficiaire, il doit avoir utilisé au moins une piste issue du guide".

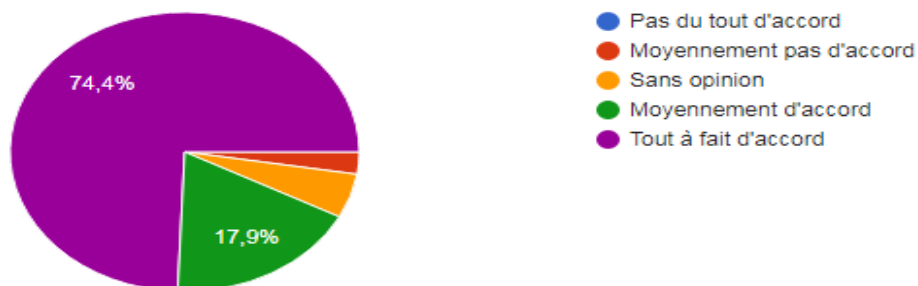
Sur les 39 personnes interrogées, 7 déclarent ne pas avoir l'opportunité de mettre en place les pistes dans leur activité professionnelle ; 10 personnes sur 39 disent ne pas encore avoir utilisé les pistes d'animation ; et 14 personnes sur 39 ont répondu à la question 12 par "non". Trois personnes sur 39 n'ont pas encore utilisé les animations car l'atelier ne leur a pas permis de se les approprier ("Pas assez à l'aise avec le guide pour l'utiliser après un atelier si court", " Je ne me sens pas prête à les utiliser", " l'atelier ne nous a pas vraiment permis d'aller dans la mise en pratique de la littératie en santé"), et 5 personnes sur 39 ont utilisé des pistes d'animation ("La piste 1, j'utilise des imagiers avec les personnes qui ne connaissent pas la langue et j'aborde d'autres thématiques et je fais réfléchir les groupes sur les déterminants qui influencent la santé", "La fiche 6, Nous avons réalisé des groupes de travail sur diverses thématiques avec tous les cadres de la MC Hainaut Picardie lors d'un séminaire. Alexia Brumagne était venue présenter la "théorie" ensuite nous nous étions penchés sur nos pratiques (brochures, web, courriers aux membres...). Certains cadres étaient plus réceptifs

que d'autres en fonction de leur secteur d'activités. Si les intentions étaient bonnes, je pense qu'il y a eu peu de mises en pratique. On a analysé nos propres supports de communication", "Le dico-trottoir sur l'infobésité", "Les messages santé véhiculés dans la presse, adapté pour un autre thème que pour la santé", "La santé c'est aussi, brainstorming et motus", "j'ai changé l'ordre, j'ai "sauté" certaines parties ou certaines pistes. A un moment, j'ai senti la lassitude du groupe par rapport à la thématique, alors que moi, j'aurais bien continué à creuser le sujet...mais ils souhaitaient avoir de l'info sur le système de santé (la mutuelle, les maisons médicales, la carte médicale d'urgence, le statut BIM, ...), ce qui a été aussi très intéressant à aborder ensemble, et qui consiste aussi à échanger des infos.")

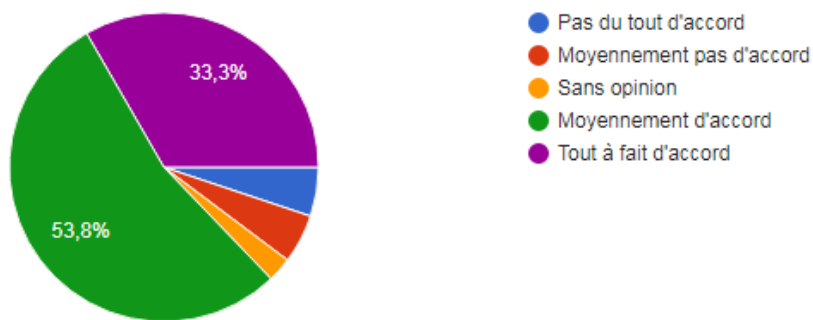
L'atelier a permis d'atteindre l'objectif pour 5 personnes sur 39. D'autre part, 3 personnes sur 39 disent qu'elles n'ont pas su utiliser les pistes d'animation du guide par manque d'informations durant l'atelier.

***Objectif 3: Produire une réflexion concernant la littératie en santé en lien avec leurs propres contextes professionnels et identifier des leviers d'action adaptés.***

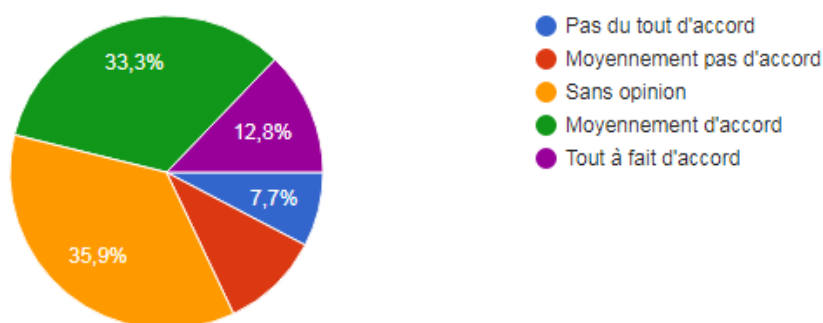
Les questions 8,9,10,11,13 et 14 s'attachaient à évaluer cet objectif. Sur les 39 répondants, 36 personnes sur 39 ont répondu "tout à fait d'accord" ou "moyennement d'accord" à l'affirmation "L'atelier m'a fait prendre conscience de l'intérêt d'agir sur la littératie en santé" (question 8). Les 3 répondants restants ont répondu par "moyennement pas d'accord" ou "sans opinion".



Pour la question 9, 35 personnes sur 39 ont répondu par "tout à fait d'accord " ou "moyennement d'accord" à l'affirmation "Je me sens capable de mettre en place des actions en faveur de la littératie en santé", avec une plus grande proportion pour le "moyennement d'accord".



Sur la question 10 concernant la possibilité acquise de mettre en place des actions pro-littératie en faveur de groupes et individus, 19 personnes ont répondu par "tout à fait d'accord" ou "moyennement d'accord". La majorité des personnes sont "sans opinion". Cela pourrait s'expliquer par le nombre important de personnes qui n'ont pas l'occasion de mettre en place des actions pro-littératie en faveur de groupes et d'individus lors de leur pratique professionnelle.



L'indicateur de résultat de la question 11 était la citation d'un ou de plusieurs changements opérés dans la pratique professionnelle à l'issue de l'atelier. Pour cette question, 2 personnes sur 39 n'ont pas opéré de changements car elles avancent une incompatibilité avec leur pratique professionnelle ; 2 autres personnes avancent qu'elles auraient besoin d'une formation pour pouvoir faire ces changements ("Rien , il faudrait une formation pour aller plus en profondeur", " J'essaie de penser littératie en santé systématiquement mais la mise en pratique de littératie en santé est difficile encore, je manque de formation"), et une personne essaie mais croit ne pas connaître assez ("J' essaie d'y prêter attention mais je crois que beaucoup de choses m'échappent encore"). Treize personnes sur 39 disent ne pas avoir opéré de changement, 21 disent avoir faits des changements ("Quand j'évalue des projets de santé

communautaire, j'essaie de donner une place à la littératie en santé", "J'applique une autre mise en page dans la conception d'outils, grille évaluative pour vérifier que chaque projet soit correct concernant la littératie en santé"). Enfin, 1 personne dit ne pas avoir fait de changement car elle travaillait déjà en tenant compte de la littératie en santé.

La question 13 demandait "Si son contexte le permet, le bénéficiaire doit avoir transmis à ses collègues ses connaissances sur la littératie ou certaines pistes pour la développer chez leur public cible." Sur cette question, 7 répondants déclarent ne pas avoir transmis à leurs collègues leurs connaissances sur la littératie en santé ou certaines pistes pour la développer chez leur public-cible. Les 32 autres disent avoir transmis à leurs collègues certaines informations (" On envisage de créer une capsule vidéo pour diffuser au sein de l'institution ce qu'on a appris en terme de littératie en santé", " J'ai envoyé des guides dans les 8 centres avec lesquels je travaille", "les conseils pour sites et outils didactiques car nous créons nos outils didactiques pour notre nouvelles campagne de prévention avec les futurs parents où il s'agit de les aider à sortir de la restriction cognitive. Or le contexte des informations contradictoires, de la transition sont très déstabilisantes", "On s'est concerté en vue de mettre à jour nos supports")

La question 14 demandait "Si son contexte le permet, le bénéficiaire doit avoir mis en place, au sein de son institution, des stratégies pour prendre en compte la littératie en santé des personnes rencontrées". Pour cette question, 18 personnes sur 39 disent ne pas avoir mis en place des stratégies pour prendre en compte la littératie en santé des personnes rencontrées, et 3 personnes considèrent que leur institution met déjà des stratégies en place ("L'amélioration de la littératie en santé est déjà un objectif de mon institution", " Ce concept est déjà présent au sein de notre institution"). Les autres 18 répondants déclarent mettre des stratégies en place au sein de leur institution ("Affichage simple et clair (imagé++) en salle d'attente (campagne de promo santé); animation sur le dos en salle d'attente (vivre les choses simplement pour les retenir)", "on fait une campagne en salle d'attente avec des messages clairs et compréhensibles", " On a mis en place au sein du CPAS des pictogrammes pour accompagner les personnes dans leurs entretiens avec les AS").

La majorité des bénéficiaires sont donc d'accord pour dire que l'atelier leur a fait prendre conscience d'agir en faveur de la littératie en santé et qu'ils se sentent maintenant capables de mettre des actions en place en faveur de cette littératie. Si l'on se réfère à l'objectif précédent, seules 5 personnes ont utilisé des pistes d'animations, certaines personnes ont avancé qu'il leur

manquait de formation pour les utiliser. Aussi, une large partie d'entre eux sont "sans opinion" ou moyennement d'accord pour dire que l'atelier leur a permis d'intégrer la littératie en santé à leur pratique. Toutefois, 21 personnes mentionnent un changement en faveur de la littératie en santé dans leur activité professionnelle. Pour chaque question, l'atelier a atteint l'objectif 3 pour plus de la moitié des personnes.

Les bénéficiaires pouvaient présenter une remarque générale ou particulière concernant l'atelier ou le guide. Plusieurs remarques sont à prendre en compte: "ce serait super de faire l'évaluation plus tôt. Certains éléments m'échappent vu que l'activité date de longtemps", "Franchement un atelier c'est trop court, le public était fort disparate avec de grosses différences en ce qui concerne l'expérience en promotion de la santé", "il faudrait plus de réflexions sur les pistes d'animations proposées dans le guide", "Il faudra peut-être du recul sur an pour des retours sur l'utilisation du guide", " Le temps globalement qui avait été affecté a ce moment de formation était un peu court, on n'a pas été assez loin. En allant un peu plus loin, il pouvait y avoir une plus-value beaucoup plus importante. En fait, vous étiez un point à l'ordre du jour d'une réunion d'une matinée, ça c'était un peu trop light. Pour moi, c'était un peu peu", "On devrait être suivi dans notre pratique, j'espère que *Cultures & Santé* reviendra vers nous pour qu'on soit suivi dans notre pratique et voir ce qui sera mis en place", " il faudrait faire un atelier uniquement pour la pratique avec un suivi avec les mêmes personnes pour savoir qui a fait quoi pour pouvoir mettre en pratique d'autres choses et échanger. J'aurais aimé aussi plus d'outils pour l'animation, plus d'exercices et de possibilités pour travailler sur la littératie en santé.

## 2. Evaluation des processus

Le questionnaire destiné aux animateurs des ateliers s'attachait à évaluer la fidélité d'implémentation. Cependant, chaque question prenait en compte un critère de la fidélité d'implémentation.

Ainsi, la question 1 considère **la suffisance du contenu**. Les animateurs doivent y avoir répondu par oui et transmis 2 messages clés: (1) la définition de la littératie en santé qui suit un continuum (capacités individuelles -exigence du système), (2) le fait que ces difficultés concernent beaucoup de personnes (4/10 en Belgique et même les professionnels). Ces 2 messages assurent la suffisance du contenu.

Pour chaque atelier, les animateurs suivent un déroulement d'atelier, dans chacun de ces documents, il est stipulé qu'ils doivent mentionner ces deux messages clés. Aucun animateur n'a mentionné l'oubli de ces 2 messages clés sur l'ensemble des ateliers.

La suffisance du contenu était également visée, au même titre que **la stratégie de facilité**, par les questions 2 et 3. En effet, chacun des bénéficiaires doit avoir reçu un guide d'animation. 10 personnes sur les 119 n'ont pas pris de guide d'animation. Nous ne savons pas si la raison est qu'elles en avaient déjà un ou si elles n'ont pas souhaité en prendre. De même, la suffisance en terme de pratique, la stratégie de facilité et **la suffisance des outils** mis à disposition des animateurs devait être vérifiée par la question 3. Les indicateurs de performance relatifs à cette question sont: (1) Les animateurs ont eu assez de temps pour faire expérimenter deux pistes d'animation. (2) Les animateurs ont transmis les messages clés suivants: le groupe constitue un terrain propice pour travailler la littératie en santé de ses membres (atouts du collectif), il est nécessaire de travailler la dimension « appliquer l'information » avec les bénéficiaires. (3) Les animateurs ont eu le temps de demander aux bénéficiaires s'ils se voyaient utiliser le guide dans leur contexte. (4) L'animateur a transmis les messages clés suivants : attention au risque de sur responsabiliser les individus si on ne se centre que sur les capacités individuelles et non les systèmes ; la littératie en santé est un levier de promotion de la santé, il est complémentaire à d'autres types de stratégies L'animateur a eu le temps de demander en quoi ce concept fait écho à leurs pratiques professionnelles. Si les animateurs ont réussi à délivrer les messages clés précédents, c'est que le contenu était suffisant, la stratégie de facilité adaptée et les outils mis à leur disposition suffisant. Comme mentionné précédemment, les animateurs suivent un déroulement d'atelier, aucune synthèse d'évaluation ne déclare avoir oublié un des indicateurs de performance. Des personnes répondent : "Qu'il faut faire prendre conscience de la littératie en santé aux personnes, et en groupe si possible" ou "La richesse que peut être un groupe" à la question "Qu'avez-vous appris de nouveau?". Elles semblent donc avoir assimilé un des messages-clés délivrés lors de l'atelier. Cependant, certains ateliers ont dû être adapté sur le moment même. En effet, le nombre de participants requis et prévus pour l'organisation était insuffisant ou la demande des bénéficiaires et de l'organisation différait. Ainsi, les animateurs ont adapté le contenu de l'atelier en proposant des alternatives aux pistes d'animation pour faire participer les bénéficiaires tout en rencontrant leurs besoins/attentes. Par ailleurs, la question 11 se penchait aussi sur la suffisance des outils mis à disposition des animateurs. Les animateurs disposent d'une check-list, d'un déroulement d'atelier pour veiller à ce que l'atelier soit

complet. Ils réalisent un feedback post-atelier sous forme de synthèse d'évaluation de l'atelier et soumettent également une enquête de satisfaction au bénéficiaires par rapport à l'atelier suivi. Une évaluation des ateliers est également réalisée à travers ce travail.

Les questions 4, 8, 9 et 10 évaluaient la fidélité d'implémentation à travers **la participation des bénéficiaires**. Les bénéficiaires ont suffisamment participé s'ils ont pris part au questionnaire d'évaluation juste après l'atelier. 12 personnes sur 119 n'ont pas participé au feedback car elles devaient quitter l'atelier plus tôt. La participation était également investiguée par la question 8, en effet, le lieu de l'atelier peut influencer la participation des bénéficiaires. De manière générale, avant de se rendre sur le lieu de l'atelier, Cultures & Santé demande que le lieu de l'atelier soit muni au minimum de tables et chaises en suffisance pour le nombre de personnes prévu et d'un tableau. Les questions 9 et 10 évaluaient la participation des bénéficiaires à travers la qualité de leurs échanges. Toutes les synthèses d'évaluation démontre que les échanges entre et avec les bénéficiaires ont permis de construire l'atelier. Les animateurs encouragent une participation active des bénéficiaires car ce sont leurs interventions, expériences qui nourrissent et construisent l'atelier. Les animateurs veillent également à ce que chacun prenne la parole pour s'exprimer sur le sujet. Les animateurs démarrent des propos des personnes pour poser la théorie et expérimenter les pistes d'animation.

La fidélité d'implémentation comprend également **l'analyse du recrutement** (question 5). Les bénéficiaires ont dû montré de l'intérêt pour l'atelier afin que le recrutement puisse être qualifié de pertinent. Une synthèse d'évaluation mentionne clairement que toutes les personnes n'ont pas souhaité participer à toutes les activités de l'ateliers. Cependant, le recrutement des bénéficiaires ne dépend pas de *Cultures & Santé*, ce sont les organisations/institutions dans lesquelles les bénéficiaires de ateliers exercent qui recrutent les participants (8 au minimum). Notons aussi que plusieurs personnes prévues aux ateliers ne sont pas venues sans forcément donner une raison. Nous ne savons donc pas si la raison est le manque d'intérêt. La qualité du recrutement des participants ne dépend pas de *Cultures & Santé* mais il est nécessaire que l'asbl contrôle sa qualité.

Afin de rendre compte de la **suffisance de la couverture**, la question 6 s'attache à comprendre la réalisation du recrutement. En règle générale, ce sont les organismes/les institutions qui contactent *Cultures & Santé* afin d'organiser l'atelier sur la littératie en santé. L'organisme formule alors une demande à l'asbl. *Cultures & Santé* veille à ce que

l'organisateur recrute au moins 8 personnes pour le bon déroulement de l'atelier. Afin d'inviter un minimum de personnes, l'organisateur peut user de divers canaux internes et externes à l'organisation. Une lettre décrivant l'objectif de l'atelier est envoyée à un réseau de personnes. *Cultures & Santé* peut demander un droit de regard sur ce courrier afin de vérifier que son contenu soit cohérent avec celui des ateliers. Toutefois, il est arrivé qu'un organisme "oblige" plusieurs de ses travailleurs à assister à l'atelier. Cette fois, la participation des personnes n'était pas optimale. Par ailleurs, il est aussi arrivé que les objectifs de l'atelier n'aient pas été correctement transmis aux personnes, si bien que les personnes sont venues sans prendre connaissance des buts de l'ateliers et ces derniers ne correspondaient pas aux attentes et besoins des bénéficiaires. Les éléments mobilisés pour caractériser la suffisance de la couverture sont issus d'un entretien mené avec les animateurs des ateliers.

La fidélité d'implémentation est aussi influencée par le **contexte**. L'absence de certains participants peut venir d'un manque de communication, d'échange, de motivation et donc d'une lacune du contexte de l'atelier. La question 7 se penchait donc sur ce point. Cependant aucune note concernant ce point n'a été relevée dans les synthèses d'évaluation des ateliers. Ce sont des données difficiles à récolter. Il faudrait envoyer un mail à chaque personne absente pour connaître la raison de son absence. Cela semble irréalisable. Toutefois, nous pensons que le contexte des ateliers influe sur la participation des bénéficiaires. En effet, une mauvaise communication sur les objectifs de l'atelier peut nuire à la participation des bénéficiaires et à leur recrutement.

En outre, certaines questions issues du questionnaire à destination des bénéficiaires pouvaient servir à l'évaluation des processus. En effet, la question 6 qui vérifiait l'acquisition de la définition de la littératie en santé selon *Cultures & Santé* permet d'évaluer la participation des bénéficiaires. Pour cette question, aucun des participant ne donne une réponse satisfaisante. Pourtant, les bénéficiaires ont construit la définition suivant leurs propres exemples. Les personnes devaient citer une de leur difficulté concernant la santé en général. Par la suite, un animateur classait les exemples sur le continuum "individu-système" et identifiait les différentes capacités cognitives nécessaires à la résolution des difficultés présentées. La question 7 peut également investiguer la participation des bénéficiaires à travers l'acquisition de connaissances nouvelles. La majorité des participants (36/39) disent avoir appris de nouvelles choses, cela est grâce à leur participation puisque l'atelier ne peut pas se construire sans la participation des bénéficiaires. La question 8 inclut elle aussi la participation des

bénéficiaires car elle demande si le bénéficiaire a pris conscience d'agir en faveur de la littératie en santé. La plupart des personnes (36/39) sont convaincues de l'intérêt d'agir en faveur de la littératie ceci est possible parce qu'ils ont participé de manière active à l'atelier, les personnes ont intégré les enjeux de la littératie en santé. Les questions 10 et 11 peuvent donner une indication quant à la participation des bénéficiaires et aux stratégies de facilité. Ces deux questions investiguent l'intégration de la littératie en santé dans la pratique des bénéficiaires et les changements qu'ils ont apporté dans cette pratique. 19 personnes s'accordent à dire qu'elles ont intégré la littératie en santé à leur pratique et 21 personnes ont opéré des changements. Ici, nous pensons qu'il ne faut pas remettre en question la participation des bénéficiaires mais les stratégies de facilitation. En effet, les bénéficiaires mentionnent que plus de temps aurait dû être accordé à la pratique et aux pistes d'animation au sein de l'atelier car ils ne se sentent pas aptes à les utiliser. Certaines personnes mentionnent même, en remarque générale, la nécessité d'une formation de plusieurs jours et un suivi de leur pratique par *Cultures & Santé*.

Le chapitre suivant avancera des pistes et solutions afin d'améliorer les ateliers et de répondre aux attentes des bénéficiaires.

## Chapitre 4: Perspectives, discussion et conclusion

### 1. Perspectives

Les objectifs n'ont pas tous été atteints pour l'ensemble des personnes interrogées. Voici quelques pistes afin de maximiser les chances d'atteinte de ces objectifs.

L'évaluation de l'objectif "Comprendre le concept de littératie en santé, ses enjeux et la situation en Belgique" comprenait notamment l'assimilation de la définition de la littératie en santé selon *Cultures & Santé*. Seule une personne a pu satisfaire à ce critère. C'est pourquoi, si *Cultures & Santé* souhaite diffuser cette définition, il faudrait y accorder plus de temps durant l'atelier. Par exemple, préciser le "continuum individu-système " en citant par exemple les enjeux de ce dernier et les problématiques liées à sa "non-prise en compte". Il serait aussi nécessaire de justifier l'utilité des différentes capacités cognitives incluses dans la définition de la littératie en santé. Enfin, tout au long de l'atelier, réaliser des liens entre cette définition et les différentes pistes d'animation testées. D'autre part, la définition de la littératie en santé véhiculée par *Cultures & Santé* est présente dans le guide. Il serait intéressant d'y faire plus référence durant l'atelier et de savoir si les bénéficiaires se réfèrent au guide à l'issue de l'atelier. Néanmoins, un bénéficiaire a mentionné le continuum "individu-système" lorsque la question : Avez-vous appris de nouvelles choses grâce à l'atelier?". Peut-être que la requête de la définition est trop vaste? Afin de palier à cela, Ne faudrait-il pas poser des questions comme: Quels sont les enjeux de la littératie en santé? Quelles sont les capacités cognitives nécessaires à la littératie en santé? Qui peut agir en faveur de la littératie en santé?

Le second objectif "Prendre connaissance du guide et se l'approprier" était évalué par l'utilisation d'au moins une piste issue du guide si le contexte de travail du bénéficiaire le permettait. Une faible part des interrogés (5/39) déclare avoir utilisé au moins une piste d'animation. Pour remédier à cela, plusieurs solutions peuvent être envisagées. Tout d'abord, une investigation plus profonde de "Comment puis-je intégrer la littératie en santé à ma pratique professionnelle". Il faudrait pouvoir donner des indications, des conseils plus larges concernant cette intégration de la littératie en santé dans la pratique professionnelle des bénéficiaires des ateliers. Les pistes d'animation peuvent être considérées comme un accomplissement de cette intégration de la littératie en santé dans la pratique professionnelle. D'autre part, plusieurs personnes déclarent qu'elles n'ont pas la possibilité d'animer dans le

contexte de leur travail. Il serait donc pertinent de cibler les objectifs des ateliers en fonction du public-cible. Consacrer des ateliers aux personnes qui n'animent pas dans leur pratique professionnelle en insistant sur la conception de la littératie en santé et ses enjeux, et ici cibler leur pouvoir d'action sur le continuum "individu-système" au niveau du système. D'autres bénéficiaires, qui ont la possibilité d'animer, affirment que l'atelier n'était pas assez conséquent en terme de pratique. Certains avancent l'idée d'une formation sur plusieurs jours avec un suivi de leur pratique professionnelle de la part de *Cultures & Santé*. Cette idée serait une piste d'action en faveur du "capacity building in health literacy" en mobilisant une collaboration entre une structure (*Cultures & Santé*) et le travailleur, son institution. Nous pourrions également imaginer la mise à disposition de capsules vidéo sur le site internet de *Cultures & Santé* dispensant des "trucs & astuces" pour une pratique professionnelle empreinte de la littératie en santé. Il est aussi pertinent de s'interroger sur l'objectif même. En effet, il semble optimiste de l'atteindre en seulement 2h30 de temps où deux autres objectifs sont également visés. La découverte du guide serait un objectif à portée d'un tel atelier. L'objectif initial est un objectif destiné à un moment consacré exclusivement à la mise en pratique d'actions en faveur de la littératie en santé ayant comme support le guide d'animation.

L'évaluation du troisième objectif "Produire une réflexion concernant la littératie en santé en lien avec leurs propres contextes professionnels et identifier des leviers d'action adaptés" réaffirme la nécessité de formation supplémentaire pour intégrer la littératie en santé à la pratique professionnelle. En outre, si *Cultures & Santé* souhaite avoir un impact sur l'institution du bénéficiaire de l'atelier, il faudrait pouvoir inviter un cadre de l'institution à l'atelier ou réaliser des ateliers à destination des cadres des institutions car peu de bénéficiaires pensent avoir un impact sur leur institution et pouvoir prodiguer des changements en faveur de la littératie en santé au sein de leur institution. Une autre solution envisagée est d'envoyer au siège de l'institution un rapport synthétique de l'atelier avec un exemplaire de guide. L'atteinte de cet objectif semble également optimiste à l'issue d'un tel atelier. Cet objectif serait donc approprié à la suite d'une formation qui inclut la mise en pratique d'actions concrètes en faveur de la littératie en santé. *Cultures & Santé* pourrait aussi offrir un service de consultance afin d'aider les institutions demandeuses à mettre en place et concrétiser des changements à l'échelle de l'institution en faveur de la littératie en santé.

En guise de remarque générale les bénéficiaires pouvaient exprimer leurs souhaits ou remarques. Plusieurs tendances se dégagent, celles-ci sont: réaliser l'évaluation plus tôt par

contre, il faudrait avoir plus de recul pour pouvoir parler de l'utilisation des pistes d'animation et donc proposer différents temps d'évaluation en fonction des différentes dates d'atelier, augmenter le temps de l'atelier, homogénéiser le public présent lors d'un atelier, ne pas proposer un atelier par institution mais plutôt par profil de bénéficiaire, augmenter le temps de réflexion sur les pistes d'animation lors des ateliers, *Cultures & Santé* devrait offrir un suivi des pratiques des bénéficiaires en terme de littératie en santé, l'atelier devrait prodiguer plus d'outils pour encourager la pratique professionnelle en faveur de la littératie en santé.

L'évaluation des processus a également permis de dégager des pistes pour renforcer l'atteinte des différents objectifs par les bénéficiaires des ateliers.

Avant toute chose, la synthèse d'évaluation réalisée à l'issue de chaque atelier devrait comporter tous les éléments de l'évaluation des processus afin de procéder à cette dernière sans difficulté.

Ensuite, il peut être nécessaire de revoir le recrutement des bénéficiaires des ateliers en fonction des objectifs visés par *Cultures & Santé*. Par exemple, il s'agirait d'organiser des ateliers en fonction des profils des bénéficiaires. En effet, certains n'ont pas l'occasion d'animer dans leur pratique et par conséquent, la partie sur l'utilisation des pistes d'animation ne les concerne pas.

Par ailleurs, afin de favoriser une participation optimale des bénéficiaires, il serait intéressant, comme déjà suggéré par *Cultures & Santé*, de réaliser des PV des échanges entre l'institution qui désire une intervention de *Cultures & Santé* et l'asbl. Ceci offrirait un cadre, une convention entre les deux parties dans le but d'éclaircir le contexte de l'intervention, la demande et l'offre de l'atelier. A la suite de cette convention, une lettre devrait être envoyée aux potentiels bénéficiaires afin de les renseigner sur les objectifs de l'atelier et qu'ils y participent en connaissance de cause. La participation des bénéficiaires s'en verrait ainsi améliorée puisque l'offre, la demande et les attentes seraient en totale adéquation.

## 2. Discussion

L'évaluation sommative des ateliers et du guide devait permettre de mettre en avant l'accomplissement de l'objectif général des ateliers et du guide. Cet objectif est d'augmenter les capacités des professionnels à prendre en compte la littératie en santé au sein de leur pratique. A cette fin, différents indicateurs de résultats ont été formulés. Il en ressort que les professionnels ont changé leur posture mais n'ont pas tous réussi à adapter leurs pratiques. Cette conclusion s'appuie sur le fait que l'accomplissement des effets positifs des ateliers découlent de l'atteinte des objectifs des ateliers. L'objectif premier des ateliers (Comprendre le concept de littératie en santé, ses enjeux et la situation en Belgique) n'a pas été atteint puisqu'une personne a pu donner la définition de la littératie en santé véhiculée par *Cultures & Santé*. Une question se pose ici: Est-ce que l'indicateur de résultat n'était pas trop prétentieux étant donné le laps de temps écoulé entre l'atelier et l'évaluation?

Le deuxième objectif (Prendre connaissance du guide et se l'approprier) n'a pas été atteint pour la plupart des bénéficiaires car seule une petite partie d'entre eux ont utilisé une piste d'animation. Or, cet indicateur semble déterminant pour l'appropriation du guide. Ici, l'indicateur n'est pas à remettre en cause. Par ailleurs, pour pouvoir adapter une piste d'animation, il faut au préalable s'approprier le concept de littératie en santé et les pistes d'animation. Il semble donc cohérent qu'une seule personne ait adapté une piste d'animation si la majorité des bénéficiaires ne se sentent pas capables de mettre en place des actions en faveur de la littératie en santé.

Selon les indicateurs de l'objectif 3 (Produire une réflexion concernant la littératie en santé en lien avec leurs propres contextes professionnels et identifier des leviers d'action adaptés), ce dernier semble atteint. En effet, la majorité des bénéficiaires sont d'accord pour dire que l'atelier leur a fait prendre conscience d'agir en faveur de la littératie en santé et qu'ils sont maintenant capables de mettre des actions en place en faveur de cette littératie. En revanche, si l'on se réfère à l'objectif précédent, seules 5 personnes ont utilisé des pistes d'animations, certaines personnes ont avancé qu'il leur manquait de formation pour les utiliser. Alors, si ces personnes ne se sentent pas capables d'utiliser des pistes d'animation "toutes faites", sont-elles capables de mettre en place des actions en faveur de la littératie en santé alors qu'il leur manque selon elles de formation? Ici, il serait nécessaire de demander des précisions quant aux capacités à mettre en place des actions en faveur de la littératie en santé.

D'autre part, une évaluation des processus a été menée pour vérifier la qualité d'implémentation du projet. Celle-ci a contribué à la formulation de pistes d'amélioration pour

les ateliers et ainsi améliorer les résultats de la prochaine évaluation sommative. La suffisance du contenu des ateliers semblent avoir été atteinte selon la check-list des ateliers mis à disposition des animateurs. Cependant, si l'objectif 1 de l'atelier n'a pas été atteint peut-on conclure à cette suffisance de contenu? Ne faudrait-il pas revoir l'atelier afin qu'il contribue à la complétion de l'objectif premier des ateliers? La stratégie de facilité des ateliers a été matérialisée par le guide. Or l'atelier ne se réfère pas beaucoup au guide. Ne serait-il pas pertinent de suivre le guide, qui semble très complet, pour obtenir un contenu suffisant afin de répondre à l'objectif 1? En outre, aucune synthèse d'évaluation ne mentionne les composants de la suffisance des outils, alors que la suffisance des outils peut contribuer à la suffisance du contenu. Selon les synthèses d'évaluation, la participation des bénéficiaires semble avoir été mise à mal par une mauvaise qualité de contexte et de recrutement. Cependant, ce contexte et ce recrutement ne sont pas du ressort de *Cultures & Santé*. De manière globale, une reformulation de 2 objectifs des ateliers semble pertinente.

Les résultats présentés semblent valides puisqu'ils sont issus de questionnaires déjà validés par d'autres études et recommandés dans ce champ d'évaluation. Les indicateurs sélectionnés ont été formulés en accord avec les attentes de *Cultures & Santé*.

Ces évaluations sont les premières évaluations du guide et des ateliers, il est donc impossible de les comparer à des résultats antérieurs. De même, aucune évaluation similaire (concernant la réussite de l'augmentation des capacités des professionnels à prendre en compte la littératie en santé au sein de leurs pratiques) réalisée par une autre entité n'a pu être trouvée dans la littérature. Cependant, une évaluation a été proposée aux bénéficiaires à l'issue des différents ateliers. Cette évaluation est composée d'une enquête de satisfaction comprenant une évaluation du déroulement de l'atelier, des effets escomptés des ateliers, des accès et de l'utilisation des ressources, des leviers et freins de l'utilisation des supports ainsi qu'une impression globale de l'atelier. Cette évaluation peut donc être comparée avec les résultats de ce travail. A l'issue de l'atelier, les bénéficiaires semblaient globalement satisfaits du déroulement de l'atelier. La satisfaction des bénéficiaires du déroulement des ateliers n'a pas été évaluée par ce présent travail. Une majorité des bénéficiaires s'accordaient à dire que l'atelier allait avoir des effets. Dans ce travail, nous avons pu constater des effets sur la posture des professionnels mais pas nécessairement dans leurs pratiques. Lorsqu'il est demandé aux bénéficiaires d'évaluer l'accès et l'utilisation des ressources, les avis sont mitigés, en effet, certains mentionnent déjà (comme dans ce travail) le manque de temps

durant l'atelier ou le fait que leur fonction ne leur permette pas d'utiliser les différents supports. Sur l'ensemble des participants des différents ateliers, 7 personnes (sur 119) n'ont pas l'intention d'utiliser les supports. Ce chiffre contraste avec le résultat de ce travail qui identifie 5 personnes (sur un échantillon de 39) ayant utilisé les pistes d'animation. L'évaluation des leviers et freins à l'utilisation des différents supports rapporte que les principaux moteurs seraient: une analyse plus approfondie de l'outil, le soutien de leurs collègues, la clarté des pistes d'animation, la possibilité d'adaptation des pistes d'animation, la formation de leurs collaborateurs/partenaires, un accompagnement pour le choix de l'outil adéquat, la rencontre de professionnels ayant utilisé ces supports, une co-animation avec un professionnel formé à la littératie en santé, etc. Les moteurs mis à jour lors de la première évaluation concorde avec les résultats de ce travail. En effet, l'évaluation de la performance identifie aussi un manque de temps durant l'atelier et la nécessité d'un suivi de la pratique des professionnels. Du côté des freins identifiés, notons notamment : le manque de temps pour utiliser ces supports, le contexte de travail, la motivation du public-cible, le manque de formation. Les évaluations récentes des ateliers indiquent que les principaux freins à la non-utilisation des supports est le manque de formation et le contexte de travail qui n'est pas approprié à l'utilisation des supports. Les impressions des bénéficiaires à l'issue des différents ateliers confirment (par rapport à l'évaluation de la performance et des processus) que les participants aux ateliers désirent transmettre à leurs collègues leurs connaissances en terme de littératie en santé (dont les enjeux), les messages clés reçus lors de l'atelier mais aussi les différents outils qui permettent d'agir en faveur de la littératie en santé. En guise de remarque générale, les bénéficiaires demandent plus de temps consacré à l'usage des pistes d'animation, un deuxième atelier pour aller plus en "profondeur", de cibler les ateliers) des problématiques particulières, d'organiser un suivi des pratiques des professionnels, etc.

Les évaluations réalisées à la fin de chaque atelier avancent des éléments qui se retrouvent dans les évaluations de processus et de la performance. Cependant, les évaluations des processus et de la performance permettent de mettre en avant les causes de ce qui est avancé par les 2 évaluations. Le travail réalisé semble donc essentiel à la compréhension des diverses réflexions des bénéficiaires des ateliers.

Le choix de la méthodologie n'est pas anodin puisqu'il est recommandé par l'agence exécutive européenne pour la santé et les consommateurs (Van den Broucke, 2001).

L'analyse des résultats résulte de l'adéquation ou non entre les réponses et les indicateurs de performance et de résultats. Cependant, les échelles de Likert n'ont pas eu l'effet escomptés puisqu'aucune justification n'a été demandée aux répondants concernant la nuance de leur réponse. Plusieurs questions se posent ici : Pourquoi le bénéficiaire a-t-il répondu sans opinion? Pourquoi a-t-il répondu moyennement d'accord? Est-ce qu'il était déjà conscient de l'intérêt d'agir en faveur de la littératie en santé (avant l'atelier) ?, etc. Aussi, les réponses issues du questionnaire en ligne sont plus pauvres en données que les réponses des entretiens téléphoniques. Le travail d'extraction des données qualitatives des questionnaires en ligne était donc fastidieux et n'a donné que peu de substances aux conclusions de ce travail. Pour la prochaine évaluation, il faudrait que l'ensemble de l'échantillon soit interrogé via un entretien afin que le chercheur puisse rebondir sur les réponses de la personne et demander de compléter, de justifier les réponses.

Pour ce qui est de l'évaluation des processus, les données étaient en majorité issues du questionnaire à destination des animateurs. Dans la pratique, ce questionnaire n'a pas pu être soumis aux animateurs car les questions nécessitaient un effort de mémoire conséquent. Les synthèses d'évaluation ont donc été le support pour répondre à l'ensemble des questions. Ici, un biais de mémoire ou de mesure a pu être introduit car certaines choses n'apparaissaient pas dans ces synthèses d'évaluation (comme la participation des bénéficiaires). Lorsque certains items n'étaient pas reflétés dans ce rapport, le parti pris était de dire qu'il n'y pas eu de problème notifié concernant ce point. A l'avenir, il s'agirait que la synthèse d'évaluation reprenne tous les items de l'évaluation de processus.

Un biais de sélection est certainement à déplorer puisque l'ensemble des bénéficiaires n'a pas participé et les personnes qui ont participé à l'évaluation n'ont pas été obligées à le faire. Elles ont été motivées à le faire parce que par exemple elles possèdent une certaine sensibilité au sujet. De ce fait, les réponses données sont peut-être différentes de celles qu'auraient donné les non-participants. Dans une recherche idéale, il serait nécessaire d'interroger tous les participants.

### 3. Conclusion

A travers son guide et ses ateliers, *Cultures & Santé* tente d'augmenter les capacités des professionnels à prendre en compte la littératie en santé dans leurs pratiques. Ce travail visait à vérifier ce postulat.

Une majorité de bénéficiaires s'accorde à dire que l'atelier leur a permis de prendre conscience de l'intérêt d'agir en faveur de la littératie en santé. Cependant, une large part de l'échantillon n'a pas utilisé les pistes d'animation issues du guide ou ne se sent pas capable de mettre en place des actions en faveur de la littératie en santé. Plusieurs raisons ont été avancées dans ce travail. Parmi celles-ci, le contexte de travail des participants ou le sentiment de non-performance à l'issue de l'atelier. Des solutions ont été mises en avant pour palier à ces causes. Par exemple, modifier le recrutement des bénéficiaires, organiser plusieurs jours de formation concernant les pratiques "pro-littératie", cibler le contenu des ateliers en fonction du profil des bénéficiaires ou mettre à disposition des capsules vidéo sur le site internet de *Cultures & Santé* qui prodiguent des conseils et astuces pour mettre en place des actions en faveur de la littératie en santé. Ce travail peut donc avancer que la posture des professionnels a changé grâce à l'atelier mais pas forcément leurs pratiques. En outre, via cette évaluation, *Cultures & Santé* désirait savoir si après leur participation, les bénéficiaires ont su amener des changements en faveur de la littératie en santé au sein de leur institution. Beaucoup ont répondu que cela n'était pas de leur ressort. Afin de dépasser ce problème, nous pourrions imaginer qu'une invitation à un atelier soit envoyée à un cadre de chaque institution représentée par un bénéficiaire ou encore l'envoi d'un rapport synthétique de l'atelier avec un exemplaire du guide au siège de l'institution.

De manière générale, les ateliers sont dissociés du guide. Lors des ateliers, peu de référence sont faites au guide. Il serait peut-être nécessaire que le guide soit le fil conducteur des ateliers afin que les bénéficiaires aient des repères pour utiliser le guide dans leurs pratiques.

Enfin, concernant l'évaluation, il faudrait envisager de pouvoir la proposer à différents temps en fonction des dates des différents ateliers. En effet, certaines personnes ne se souvenaient plus du contenu de l'atelier car il datait d'il y a un an et d'autres ne disposaient pas assez de recul pour parler de changements dans leurs pratiques. Aussi, il serait nécessaire que le document "synthèse d'évaluation", réalisé par les animateurs à l'issue de chaque atelier, comprenne tous les items de l'évaluation des processus. De même, les réponses du questionnaires en ligne n'ont pas apporté le même niveau de richesse que les réponses aux

questions de l'entretien téléphonique. C'est pourquoi, pour la prochaine évaluation, il faudrait privilégier les entretiens téléphoniques afin de récolter un maximum de données.

## Bibliographie

Allaire C., Ruel J. (2017), Communiquer pour tous: les enjeux de la littératie en santé. *La santé en action*.440. pp8-9.

Aluttis C., Van den Broucke S., Chiotan C., Costongs C., Michelsen K., Brand H. (2014), Public Health an health promotion capacity at national and regional level: a review of conceptual frameworks. *Journal of Public Health Research*. vol. 3:199,pp37-42.

Brumagne A. (2017), La littératie en santé sous le feu des projecteurs. *Education Santé*. n°334. pp5-8.

Cultures & Santé (2017), *Animer des groupes en faveur de la littératie en santé: atelier d'échanges*. Bruxelles.

Cultures & Santé asbl (2016), *La littératie en santé, d'un concept à la pratique. Guide d'animation*. Bruxelles.

Dahlgren, Whitehead (1991), *Social Model of Health*. Retrieved from: [http://www.nwci.ie/download/pdf/determinants\\_health\\_diagram.pdf](http://www.nwci.ie/download/pdf/determinants_health_diagram.pdf) (consulté le 13/11/2017)

Dupuis P. (2015), La littératie en santé: comprendre l'incompréhension. *Education Santé*. N° 309.

De Block M. (2014), *Note de politique générale: Soins de Santé*, Chambre des représentants de Belgique. Retrieved from: [http://www.deblock.belgium.be/sites/default/files/articles/2014\\_11\\_25\\_Note%20de%20politique%20g%C3%A9n%C3%A9rale%20soins%20de%20sant%C3%A9\\_54K0588007.pdf](http://www.deblock.belgium.be/sites/default/files/articles/2014_11_25_Note%20de%20politique%20g%C3%A9n%C3%A9rale%20soins%20de%20sant%C3%A9_54K0588007.pdf) (consulté le 22/04/2018).

Kickbusch I., Pelikan J.M., Apfel F., Tsouros A. (2013), *Health literacy: the Solid Facts*. Copenhagen. World Health Organization (WHO), p86.  
En ligne: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/190655/e96854.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf) (Consulté le 06/09/2017).

Observatoire de santé du Hainaut (2016), *La littératie en santé, un outil de réduction des inégalités sociales de santé*. Séminaire sur les inégalités sociales de santé. Synthèse du 11 octobre 2016. Retrieved from: [http://www.hainaut.be/sante/osh/medias\\_user/2016-10-11\\_SEMISS\\_Litteratie\\_en\\_sante\\_24-02-2018.pdf](http://www.hainaut.be/sante/osh/medias_user/2016-10-11_SEMISS_Litteratie_en_sante_24-02-2018.pdf) (consulté le 11/04/2018).

Program for the international assessment of adult competencies (2013), *Internationaal geletterdheidonderzoek*. Retrieved from: <https://www.vlaanderen.be/nl/publicaties/detail/piaac-internationaal-geletterdheidonderzoek> (consulté le 11/04/2018)

Rootman I., Gordon-El-Bihbety D. (2008), Vision d'une culture de la santé au Canada: Rapport du Groupe d'experts sur la littératie en matière de Santé. *Association canadienne de santé publique*. Ottawa, p.13.

Schinckus L., Van den Broucke S., Housiaux M. on behalf of the Diabetes Literacy Consortium. (2014), Assessment of implementation fidelity in diabetes self-management education programs: A systematic review. *Patient Education and Counseling*. doi: 10.1016/j.pec.2014.04.02.

Service Public Francophone bruxellois (2017), *Plan stratégique de promotion de la santé 2018-2022*, Service de la Santé, Commission communautaire française. En ligne: <http://www.spfb.brussels/sites/default/files/documents/pro/Plan%20strat%20E2%94%9C%D0%B9gique%20de%20promotion%20de%20la%20sant%20E2%94%9C%D0%B9%202018-2022.pdf?platform=hootsuite> (Consulté le 06/09/2017).

Sorensen K., Van den Broucke S., Fullam J., Doyle G., Pelikan J., Slonska Z., Brand H., for consortium health literacy project european.(2012), Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12-80.

Vancorenland S., Avalosse H., Verniest R., Callens M., Van den Broucke S., Renwart A., Rummens G. (2014), Bilan des connaissances des Belges en matière de santé, *MC-Informations*, 258, 48-55.

Van Daele T., Van Audenhove C., Hermans D., Van Den Bergh O., Van den Broucke S. (2012), Empowerment implementation: enhancing fidelity and adaptation in a psycho-educational intervention. *Health Promotion International*. doi: 10.1093/heapro/das070

Van den Branden S., Van den Broucke S., Leroy R., Declerck D., Hoppenbrouwers K. (2013), Evaluating the Implementation Fidelity of a Multicomponent Intervention for Oral Health Promotion in Preschool Children. *Prev Sci*. doi: 10.1007/s11121-013-0425-3.

Van den Broucke S. (2001), Project Management in Public Health in Europe. *Executive Agency for Health and Consumers*. European Union. Retrieved from: [http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/leaflet/project\\_management2.pdf](http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/leaflet/project_management2.pdf) (consulté le 11/04/2018).

Van den Broucke S. (2017), La littératie en santé: un concept critique pour la santé publique. *La santé en action*, n°440, pp 11-13.

Van den Broucke S. (2017-2018), *L'évaluation d'interventions en santé communautaire*. WFSP2221 Approche communautaire de la santé. Université catholique de Louvain.

Van den Broucke, S. (in press), Capacity Building for Health Literacy. In U. Bauer, O. Okan, P. Pinheiro, D. Levin-Zamir & K. Sørensen (Eds.), *International Handbook of Health Literacy: Research, practice and policy across the lifespan*. Bristol: Policy Press

Van den Broucke S., Renwart A. (2014), *La littératie en santé en Belgique: un médiateur des inégalités sociales et des comportements de santé*. Louvain-la-Neuve. UCL Retrieved from: <https://alfresco.uclouvain.be/alfresco/service/guest/streamDownload/workspace/SpacesStore/b6374a8a-76d3-44b5-b888-3fc0c0c05fe5/Litt%C3%A9ratie%20en%20sant%C3%A9%20en%20Belgique.pdf?guest=true> (consulté le 13/11/2017)

Vandoorne C. (2009), Promotion de la santé, prévention, éducation pour la santé: parle-t-on de la même chose?. *Education Santé*. n°250. Retrieved from <http://educationsante.be/article/problematique-promotion-de-la-sante-prevention-education-pour-la-sante-parle-t-on-de-la-meme-chose/> (consulté le 23/02/2018).

La littératie en santé est un enjeu essentiel de la réduction des inégalités sociales de santé. Plusieurs niveaux du politique encouragent son rayonnement et affirme sa raison d'être dans le secteur de la promotion de la santé et dans la société en général. Cependant, la littératie en santé pose problème pour 4 belges sur 10 alors que plusieurs études affirment qu'elle impacte le niveau de santé des populations. Afin d'agir sur les déterminants sociaux, économiques, environnementaux et culturels de la santé, *Cultures & Santé* a édité un guide à destination des professionnels relais afin d'augmenter leurs capacités à prendre en compte la littératie en santé dans leurs pratiques.

Ce travail s'emploie donc à évaluer si les ateliers ont permis aux bénéficiaires d'atteindre les objectifs fixés par *Cultures & Santé*. A cette fin, des évaluations de processus et de la performance ont été implémentées. Les données ont été récoltées par le biais d'un questionnaire en ligne à destination des bénéficiaires des ateliers et des synthèses d'évaluation des ateliers (rédigées par les animateurs à l'issue de chaque atelier).

Tous les objectifs n'ont pas été atteints. Ce travail a pu observer un changement de posture mais pas nécessairement un changement dans les pratiques des professionnels-relais. Plusieurs solutions ont été formulées pour y remédier. Nous pouvons notamment mettre en avant: la nécessité de reformuler 2 objectifs sur les 3, l'utilisation du guide comme fil conducteur des ateliers, une reformulation d'une question dans l'évaluation de la performance, proposer une formation sur "agir en faveur de la littératie en santé dans ses pratiques professionnelles", remanier le recrutement des bénéficiaires, etc.

Ces résultats ont été comparé avec l'évaluation de satisfaction réalisée à l'issue des différents ateliers. Il s'avère qu'ils concordent.

En vue de procéder à la prochaine évaluation, il serait pertinent de prendre en compte ces conclusions.

**Mots-clés:** Littératie en santé; Formation professionnelle; Evaluation d'outil pédagogique; Evaluation de processus;