

Faculté de santé publique

L'impact du niveau de littératie en santé des patients sur l'utilisation des services d'urgences

Mémoire réalisé par
Coralie Martin

Promoteur
Stephan Van den Broucke

Année académique 2020-2021
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Université Catholique de Louvain

Faculté de Santé Publique

**L'impact du niveau de littératie en santé des patients
sur l'utilisation des services d'urgences**

Mémoire réalisé par

Coralie Martin

Promoteur

Stephan Van den Broucke

Année académique 2020-2021

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier le Professeur Stephan Van den Broucke, promoteur de ce mémoire, pour ses précieux conseils, son écoute, le temps consacré à la réalisation et à la relecture.

Je remercie le CHU Brugmann et plus particulièrement les services d'urgences site Horta et site Brien pour leur aide à la réalisation de cette étude ainsi que tous les patients qui ont participé à celle-ci.

Un merci à Yves Maule manager au CHU Brugmann pour l'envoi des données statistiques sur le taux de passage aux urgences.

Un merci particulier à ma maman, Véronique et belle maman, Françoise, qui m'ont soutenue et pour leur relecture du mémoire.

Enfin, je remercie mon compagnon, Louis, pour son écoute, ses conseils, ses encouragements, sa présence et son soutien quotidien tout au long de mon mémoire et de mon master.

Résumé : Le taux de consultations dans les services d'urgences est en augmentation depuis plusieurs années et cela engendre l'augmentation de la consommation des soins. Ce sujet est au cœur des débats politiques actuels. En Belgique, en 8 ans, la fréquentation des services d'urgence est en augmentation de 14%. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette augmentation dont le niveau de littératie en santé qui est depuis peu un sujet d'actualité. Elle contribue à l'amélioration des systèmes de santé et des politiques de santé. Les recherches se sont principalement centrées sur les conséquences négatives liées à un faible niveau de littératie en santé. En Belgique, aucune étude ne s'est encore penchée sur l'impact de la littératie en santé et l'utilisation du service d'urgence. La présente étude vise à investiguer l'impact de la littératie en santé sur la consommation des soins d'urgences au travers de l'échelle de triage de Manchester.

Méthode : Notre échantillon est composé de 106 patients ayant consulté les urgences du 02 février 2021 au 31 mars 2021 du CHU Brugmann site Horta et site Brien. Il leur a été demandé de compléter un questionnaire comportant des renseignements socio-démographiques, le Health Litteracy Survey à 12 items (HLS-EU-Q12) et l'échelle de triage de Manchester complété par l'infirmier en charge du tri.

Résultats : Notre étude n'a pas pu mettre en évidence un lien significatif entre le niveau de littératie en santé et la consommation des soins d'urgences. Néanmoins, nous avons observé que la variable « niveau d'étude » a un impact sur le niveau de littératie en santé et il semble que cette variable influence le recours aux soins d'urgences.

Discussion : Notre échantillon, aux regards des scores obtenus sur le niveau de littératie en santé, a un niveau assez similaire à celui obtenu lors de l'étude de Sciensano. En ce qui concerne la consommation des soins d'urgences et les différentes variables : socio-démographiques, le niveau de santé perçu et le niveau de littératie en santé, nous n'avons pas pu mettre en évidence un lien significatif. A ce jour, nous ne possédons pas d'informations dans la littérature sur le lien entre le niveau de littératie en santé la consommation de soins d'urgences puisqu'aucune étude n'a encore été menée dans ce sens.

Mots clés : Littératie en santé, HLS-EU-Q12, services urgences, surconsommations des soins

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

1	Introduction générale	10
2	Le service des urgences.....	11
2.1	Introduction	11
2.2	Le service des urgences	12
2.3	L'utilisation du service des urgences.....	12
2.3.1	Le recours aux services des urgences en Belgique.....	13
2.3.2	Les causes de la surcharge du service d'urgences.....	15
2.3.3	Les conséquences de la surcharge du service d'urgences	17
2.4	Le triage au service des urgences	17
2.5	Conclusion.....	19
3	La littératie en santé	20
3.1	Introduction	20
3.2	Définition de la littératie en santé.....	20
3.3	Les composantes de la littératie en santé.....	23
3.4	Mesurer la littératie en santé : quoi, pourquoi et comment ?.....	25
3.5	Le HLS-EU-Q, European Health Literacy Survey Questionnaire	28
3.6	Le niveau de littératie en santé d'un individu.....	30
3.7	Le niveau de littératie en santé en Belgique	35
3.8	Qu'en est-il au niveau européen ?.....	39
3.9	Conclusion.....	40
4	Méthodologie et questions de recherche.....	41
4.1	Introduction	41
4.2	Questions de recherche	41
4.3	Questionnaires	42
4.3.1	Mesures socio-démographiques	42
4.3.2	Le questionnaire sur la littératie en santé : le HLS-EU-Q12.....	42

4.3.3	Echelle de Manchester	43
4.4	Méthode de collecte des données	44
4.4.1	Population.....	44
4.4.2	Méthode de distribution et de recrutement.....	44
4.4.3	Participants	45
4.4.4	Comité éthique	48
4.5	Validation du questionnaire.....	48
5	Présentation des résultats	49
5.1	Introduction	49
5.2	Résultats descriptifs.....	50
5.2.1	Niveau de littératie en santé	50
5.2.2	Niveau de littératie selon les catégories socio-démographiques	51
5.2.3	Niveau de littératie et le niveau de santé perçu	53
5.2.4	Triage des patients selon l'échelle de Manchester	55
5.2.5	L'échelle de Manchester et les variables socio-démographiques	56
5.3	Littératie en santé et utilisation des soins d'urgences.....	57
5.3.1	Niveau de littératie en santé et le recours au service des urgences endéans les 6 mois.....	57
5.3.2	Niveau de littératie en santé et l'échelle de triage Manchester.....	58
5.3.3	Analyses prédictives.....	59
6	Discussion	63
6.1	Introduction	63
6.2	Discussion des résultats obtenus.....	63
6.3	Les limites.....	64
6.4	Piste de recherche et d'interventions pour le futur	65
6.5	Conclusion	65
7	Conclusion générale.....	66

8	Bibliographie.....	67
---	--------------------	----

1 Introduction générale

Le taux de consultations dans les services d'urgences est en augmentation depuis plusieurs années(1).

En Belgique, par exemple, une augmentation de 14% sur le recours aux soins d'urgences a été observée en 8 ans (2). L'augmentation de la consommation des soins que cela engendre est au cœur des débats politiques actuels.

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette augmentation comme par exemple : un nombre d'entrées trop important, une insuffisance des ressources extérieures au fonctionnement des services d'urgences, un nombre de sorties trop faible...

Une autre hypothèse est que l'augmentation du recours aux urgences peut être liée au niveau de littératie en santé des patients. La littératie en santé se définit comme étant « *la connaissance, les compétences, la motivation et la capacité d'un individu à repérer, comprendre, évaluer et utiliser des informations sur la santé lors de la prise de décision dans les contextes des soins de santé, de la prévention des maladies et de la promotion de la santé pour maintenir ou améliorer la qualité de la vie au cours de la vie.* »(3). Ces dernières années, la littératie en santé est au centre des discussions de la santé publique et des politiques de santé. Bien que à l'origine le concept était principalement focalisé sur la capacité à comprendre des mots difficiles et à maîtriser le calcul arithmétique dans un contexte médical, sa portée s'est progressivement élargie, et à ce jour inclue des capacités plus complexes et interconnectées, comme celle de comprendre des informations sur la santé, de communiquer ses besoins aux professionnels de santé et de saisir des instructions de santé (4).

Définie ainsi, la littératie en santé est considérée comme un prédicteur important des comportements et de l'état de santé de la population, et elle est de plus en plus reconnue comme étant un déterminant majeur dans les inégalités en santé. De manière générale, il a été démontré qu'un faible niveau de littératie en santé aura un impact sur la consommation de soins de santé ainsi que sur la mauvaise utilisation des services de santé (5).

L'attention croissante pour la littératie en santé a comme but de mieux tenir compte des compétences de patients et d'ainsi améliorer l'utilisation des systèmes de soins de santé. Or, Alors que l'impact d'une faible littératie en matière de santé sur un grand nombre de comportements liés à la santé et sur divers aspects de l'utilisation des services de soins de

santé a été largement démontré, le rôle de la littératie en matière de santé dans le recours aux soins d'urgences a jusqu'à présent été très peu étudié dans la littérature. Il est pourtant plausible que les personnes ayant une faible littératie en santé fassent un usage moins efficace de ces services.

C'est pourquoi, ce mémoire s'intéresse au lien entre la littératie en santé et l'utilisation du service des urgences. Plus précisément, nous avons réalisé une étude d'enquête pour explorer le lien entre la littératie en santé auto-rapporté et le niveau d'urgences parmi des patients se présentant aux services d'urgences de deux sites d'un hôpital bruxellois.

Dans les points suivants, nous allons développer l'utilisation des services d'urgences en Belgique et le concept de littératie en santé, avant de présenter la méthodologie et les résultats de notre étude empirique.

2 Le service des urgences

2.1 Introduction

La mission première des services d'urgences est de fournir des soins à toutes les personnes ayant un problème médical urgent. Il est intéressant de noter qu'il n'y a pas de consensus international sur la définition précise de cette mission, mais il y a deux éléments récurrents, à savoir le fait qu'il s'agit de symptômes aigus et nécessitant une attention spécialisée immédiate. Par conséquent, il est évident que l'utilisation correcte du service d'urgences va poser problème.

Il n'y a pas de définition précise de ce que l'on entend par « utilisation appropriée d'un service d'urgences » ou « cas d'urgences ». Le problème du recours inadéquat aux urgences se résume en un conflit entre les besoins qui sont perçus par les professionnels de la santé et les besoins ressentis par la population. De plus, le problème de la surconsommation des soins d'urgences va entraîner une diminution de la capacité du personnel des urgences à soigner ceux qui en ont réellement besoin.

2.2 Le service des urgences

Le service d'urgences hospitalier ou tout simplement ce que nous nommons « les urgences » se composent de deux types de services d'urgences : les « **soins urgents spécialisés** » et la « **première prise en charge des urgences** ».

Un service de **soins urgents spécialisés** « doit être en mesure de préserver, de stabiliser et de restaurer les fonctions vitales et est chargé de la prise en charge de toute personne qui s'y présente ou y est transportée et dont l'état de santé requiert ou est susceptible de requérir des soins immédiats (6) »

Celui-ci doit disposer en permanence de minimum deux infirmiers dont un qui porte le titre professionnel particulier SISU (soins intensifs et soins d'urgences) et d'un médecin spécifique au service d'urgences. Les soins urgents spécialisés sont les services d'urgences dit agréés 112, c'est-à-dire que ceux-ci sont aptes à la réception et la prise en charge des patients issus de l'aide médicale urgente (7). Il existe un arrêté royal qui fixe les normes auxquelles doivent répondre les services de soins urgents spécialisés pour pouvoir obtenir cette agrégation (8). Il y a des normes au niveau architectural et équipement, des normes fonctionnelles et des normes en ce qui concerne le staff médico-infirmier, cette norme a déjà été expliquée de manière brève.

Il est évident que certains hôpitaux ne peuvent remplir toutes ces normes c'est pourquoi, les hôpitaux qui ne disposent pas de soins urgents spécialisés disposent d'**un service de première prise en charge des urgences**. Ce dernier dispense les soins de premiers secours et assure la prise en charge des patients.

2.3 L'utilisation du service des urgences

Les services des urgences ont vu leur nombre de patients augmenter au fil des années. Plusieurs raisons sont évoquées pour expliquer cette attractivité (9). Ces services sont appréciés grâce à leur image de professionnalisme et de technicité. Les patients espèrent trouver du personnel compétent, qui leur fera passer en cas de besoin, des examens complémentaires, et qui pourra éventuellement les hospitaliser. De plus, ces services sont

disponibles 24h sur 24 et 7 jours sur 7, alors que les cabinets des médecins traitants ont des horaires restreints.

Le succès des services d'urgences tient aussi du fait de problèmes économiques : s'il n'y a pas d'hospitalisation, le prix d'une simple consultation aux urgences dans un hôpital public n'est pas très élevé, le régime du tiers payant est d'application et le paiement de la facture peut être différé.

Les services d'urgences accueillent des personnes qui ont pris d'elles-mêmes la décision de venir consulter et qui estiment que leur problème est urgent. Viennent également les patients adressés par les pompiers, la police, des médecins traitants, etc. L'activité de ces services se caractérise par l'irrégularité de la quantité et de la nature du travail à effectuer. Le service peut être vide de patients pendant des heures puis être subitement surchargé. C'est pourquoi les temps d'attente sont variables. La gravité des pathologies à traiter varie également beaucoup, cela va de l'arrêt cardiorespiratoire au problème strictement social.

Le problème du recours inadéquat aux urgences se résume en un conflit entre les besoins qui sont perçus par les professionnels de la santé et les besoins ressentis par la population. De plus, le problème de la surconsommation des soins d'urgences va entraîner une diminution de la capacité du personnel des urgences à soigner ceux qui en ont réellement besoin.

2.3.1 Le recours aux services des urgences en Belgique

En Belgique, le recours aux services des urgences est en augmentation. Une étude réalisée par l'observatoire de la santé Bruxellois nommée montre qu'entre 2008 et 2016, une augmentation du taux de recours aux urgences de 13,9% peut être observée. Cette augmentation se voit plus particulièrement chez la population âgée de 65 ans et plus (+32,7%) et de moins de 15 ans (+20,6%), comparativement à la tranche d'âge intermédiaire des 15-64 ans (+6,8%)(10).

Figure 1 : Évolution du taux (pour 1000 habitants) de recours aux urgences, par catégorie d'âge et par année, chez les Bruxellois, 2008 à 2016

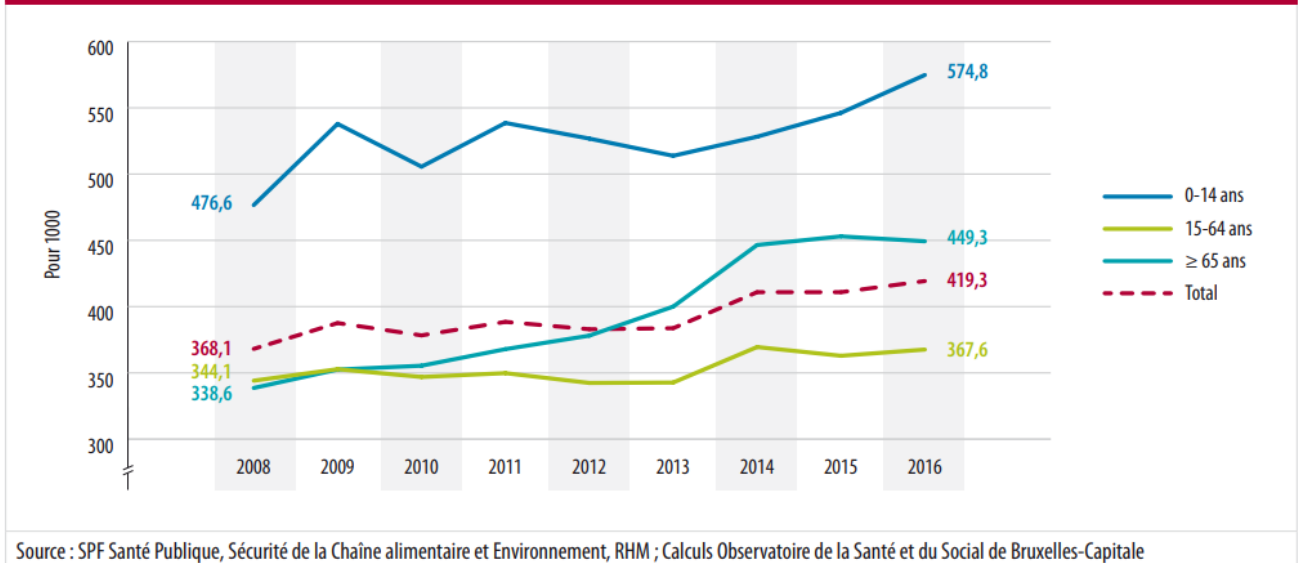


Figure 1 : « Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. Le recours aux urgences hospitalières par les Bruxellois (2008-2016) : Focus sur la population de moins de 15 ans et de 65 ans et plus. Commission communautaire commune, Bruxelles, 2019 »

En 2008, l'enquête de santé par interview en Belgique réalisée par l'Institut Scientifique de Santé Publique, a démontré qu'un faible niveau socio-économique est associé à un état de santé dégradé(2). Ce que l'étude sur "Le recours aux urgences hospitalières par les Bruxellois (2008-2016)" confirme à la vue de ce graphique. Cependant, nous constatons que depuis le début de la pandémie COVID 19 et l'installation du couvre-feu ainsi que des mesures sanitaires, le service d'urgences du CHU Brugmann a vu le nombre de consultations diminuer. Effectivement sur l'année 2020, 28499 patients ont consulté les urgences du site Brien et 32483 les urgences du site Horta alors que sur l'année 2019, 34565 patients ont consulté les urgences du CHU Brugmann site Brien et 37349 sur le site Horta. (Graphique 1 dans les annexes)

Figure 2: Taux standardisé pour l'âge (pour 1000 habitants) de recours aux urgences et d'hospitalisation sans passage par les urgences, selon les catégories de niveau socio-économique (NSE) des communes de résidence³⁰, chez les Bruxellois, 2016

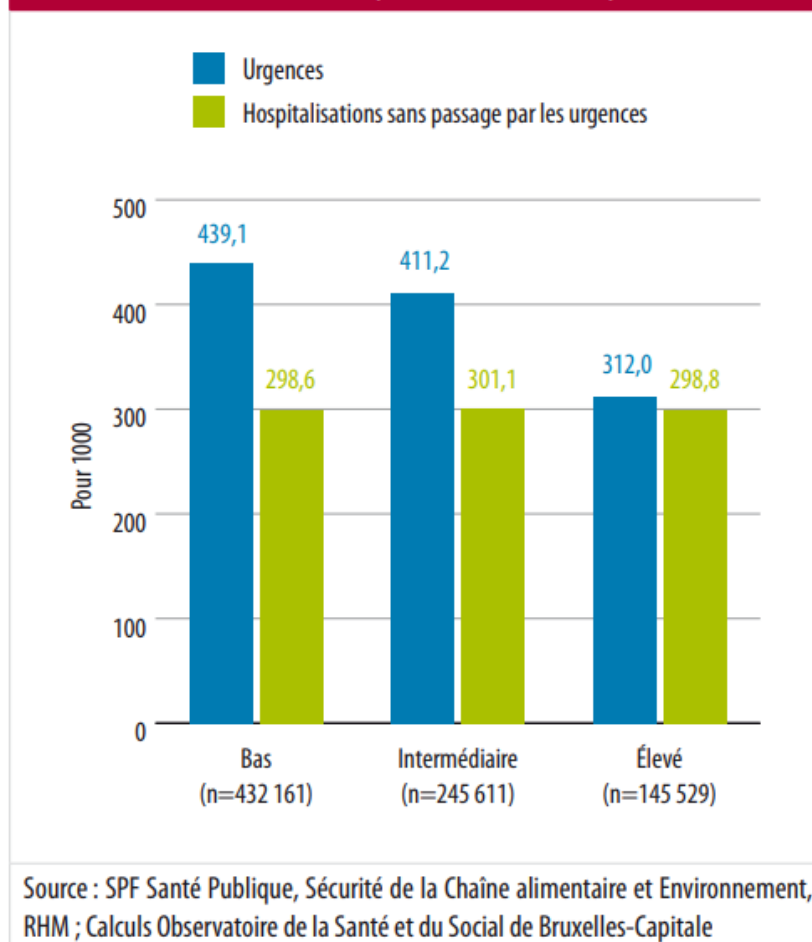


Figure 2« Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. Le recours aux urgences hospitalières par les Bruxellois (2008-2016) : Focus sur la population de moins de 15 ans et de 65 ans et plus. Commission communautaire commune, Bruxelles, 2019 »

2.3.2 Les causes de la surcharge du service d'urgences

Il existe plusieurs causes qui surcharge le service d'urgences. Elles peuvent être classées en trois grandes « étiologies » : le nombre d'entrées trop important, l'insuffisance des ressources extérieures au fonctionnement des services d'urgences (examen complémentaire, avis de spécialiste) et le nombre trop faible de sorties (11).

Dans la littérature, il y a plusieurs causes à une augmentation du nombre d'entrées. Nous pouvons citer les consultations non-urgentes, les patients dit « habitués » mais aussi les pics d'activité et les variations saisonnières(11).

En ce qui concerne les consultations non-urgentes, les professionnels des urgences soulignent que la tendance actuelle des malades est de chercher un avis médical pour des problèmes de santé mineurs, que l'on surnomme la “ bobologie” dans le jargon des urgences. Ces problèmes mineurs peuvent généralement être pris en charge par un médecin traitant et ne demandent pas de soins spécialisés, ce qui peut également expliquer les temps d'attente qui peuvent être relativement longs ainsi que l'encombrement dans les salles d'attentes(9). Tous les services d'urgences comptent parmi leur patientèle ce qu'ils appellent les « habitués », patients qui consultent plusieurs fois par semaine voire par jour. Ces patients participent à l'engorgement du service d'urgences. Les pics d'activités et les épidémies virales jouent également un rôle dans cet engorgement. Il faut cependant noter qu'en ce qui concerne l'épidémie à COVID 19, ce sont les mesures de restrictions prises par le gouvernement qui ont joué un rôle dans le nombre de consultations au service d'urgences, comme expliqué plus loin dans ce chapitre.

Il est évident que les délais d'attente pour des examens (scanner, radiographie) ou pour des consultations spécialisées vont conduire toute une partie de la population à se tourner vers le service des urgences.(11)

Notons également que le faible taux de sorties des patients aux urgences est une des causes de cette surcharge. L'attente trop longue de patients devant être hospitalisés représente la cause majeure.(11) Cette attente est souvent due à une insuffisance de places disponibles dans les unités de soins, exemples : places réservées pour des patients programmées ou sorties des patients non programmées. Il est évident que si les unités de soins sont surchargés dû à une activité importante de soins programmées (opération chirurgicale, coronarographie etc.) cela aura une répercussion sur les urgences.

2.3.3 Les conséquences de la surcharge du service d'urgences

L'augmentation du nombre de visites aux urgences engendre de multiples conséquences que ce soit d'un point de vue financier ou d'un point de vue de qualité des soins à savoir une augmentation des complications et de la mortalité(11) mais également sur la qualité du travail.

Les conséquences de l'encombrement des urgences sont nombreuses, pour le patient : retards au niveau de l'assistance et des traitements nécessaires, un risque plus élevé d'erreurs comme par exemple des erreurs de traitements, une diminution de la satisfaction du patient, une augmentation de la durée d'hospitalisation et une augmentation de la mortalité. Mais également pour les professionnels de santé, à savoir l'augmentation du stress et d'exposition à la violence, ainsi que la non-adhésion aux recommandations et aux bonnes pratiques(12).

2.4 Le triage au service des urgences

Aux vues de l'augmentation d'activité, une solution a dû être mise en place pour assurer une qualité minimale des soins d'urgences et pour permettre aux urgences de remplir leur mission propre. Pour cela, il a été proposé d'agir sur le désencombrement des urgences en mettant en place un système de tri afin de savoir quels patients doivent être pris en charge rapidement et lesquels peuvent attendre(13).

Le triage est ancien, il a été appliqué en premier lieu en médecine de guerre au 18ème siècle. Depuis, plusieurs échelles de triage ont vu le jour, voici 3 exemples parmi d'autres(13).

- L'échelle "**Emergency Severity Index**" (ESI) est un score en 5 points élaboré par l'Agence de Recherche et de Qualité pour les Soins de santé américaine (Agency for Healthcare Research and Quality). Ce score classe les patients en 5 catégories avec un score de 1 correspondant à une prise en charge immédiate. Un patient avec un score de 5 est stable et ne requiert pas de soins urgents.
- L'échelle informatisée de triage appelée « **Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scal** » (CTAS) a été implémentée au Canada en 1998 et révisée en 2016. Elle prend en compte la rapidité de mise en place des soins ainsi que leur délai de réévaluation à adopter c'est-à-dire la consommation de soins. Celle-ci s'appuie sur une

liste de motifs de consultation. Cette échelle comporte également 5 niveaux. Pour chaque niveau de tri respectif, la prise en charge doit être immédiate, débutée dans les 10 minutes, dans les 30 minutes, dans les 60 minutes et dans les 120 minutes. Ce niveau de tri est attribué à un patient à l'aide d'algorithme classique tel que “*ABCDE*” avec pour chaque lettre une observation

A	<i>airway</i> , libération des voies aériennes
B	<i>breathing</i> , ventilation pulmonaire
C	<i>circulation</i> , circulation sanguine
D	<i>disability</i> pour l'état neurologique (conscience, inconscience, déficit...) dont la mesure est le score de Glasgow
E	environnement OU <i>expose</i> en cas de blessures traumatiques

Tableau 1 : Algorithme ABCDE

Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scal(14)

Niveau1	Réanimation
Niveau 2	Très Urgent
Niveau 3	Urgent
Niveau 4	Moins Urgent
Niveau 5	Non Urgent

Tableau 2 Echelle CTAS

- L'échelle de Manchester “**Manchester Triage Scale**” (MTS) a été élaborée en 1994 à Manchester. Elle a ensuite été introduite dans l'ensemble des services d'urgences du Royaume Uni depuis 1997 et une seconde version a été publiée en 2006. Cette échelle est composée de 52 algorithmes de prises en charge pour les principaux symptômes et motifs de consultations(15). Cette échelle, est une échelle de triage numérique à cinq niveaux de priorité décroissants (le niveau 1 est le niveau le plus urgent). Pour les niveaux 1, 2, 3, 4 et 5, les délais recommandés sont respectivement : immédiat, 10minutes, 60 minutes, 120 minutes et 240 minutes. Et celle-ci s'est munie d'un code couleur(13), à savoir Rouge correspond au niveau 1, Orange au niveau 2, Jaune au niveau 3, Vert au niveau 4 et Bleu au niveau 5.

Echelle de Manchester

Niveau	Prise en charge	Délais recommandés
1	Immédiat	0 minute
2	Très Urgent	10 minutes
3	Urgent	60 minutes
4	Standard	120 minutes
5	Non Urgent	240 minutes

Tableau 3 Echelle de Manchester

2.5 Conclusion

La surcharge du service des urgences n'est pas un sujet nouveau, cette problématique est connue depuis plusieurs années.

Les échelles de triage ont été mises en place pour essayer de pallier cette surcharge et de prendre en charge les patients avec les pathologies les plus urgentes avant les autres en suivant des algorithmes définis. Or, ces dernières années, le taux de consultation a augmenté de près de 14% dans la région Bruxelloise(10), il est évident que les échelles de triage seules ne peuvent diminuer cette surcharge d'autres solutions devaient être combinées à ce système.

Il est important de souligner que P-G. Claret a soulevé comme ébauche de solution à cette problématique de surcharge d'éduquer le patient, en précisant que : « *Afin de changer certains comportements abusifs, il est nécessaire d'informer, d'expliquer et de communiquer sur les alternatives aux services d'urgences...* » (11). L'éducation du patient peut donc être une solution parmi d'autres à une diminution de la consommation des soins d'urgences. Cela nous permet de faire le lien avec notre chapitre suivant.

3 La littératie en santé

3.1 Introduction

Quotidiennement, nous sommes amenés à prendre des décisions qui influencent notre santé ainsi que celle de notre entourage, tel que : consulter un médecin, consommer plus de fruits et légumes, suivre un traitement médical, etc.

Afin de prendre ces décisions, nous devons posséder un certain nombre de compétences, tout d'abord il y a les compétences de base telles que la lecture et l'écriture afin de comprendre et d'avoir une emprise sur les événements quotidiens. Mais pour pouvoir s'informer sur notre santé nous devons aussi mobiliser d'autres compétences, comme celles de communiquer, résoudre des problèmes, appliquer une information... La littératie en santé ne se limite donc pas à la compréhension de l'information de santé mais inclut également différentes dimensions concernant le développement de la motivation, des compétences ainsi que de la confiance en soi. Ces éléments sont nécessaires pour pouvoir agir pour améliorer sa santé(16).

La littératie en santé est en vogue et est au centre des discussions sur les stratégies à améliorer les systèmes de soins de santé, de la santé publique et des politiques de santé. La littératie en santé est considérée comme un prédicteur important des comportements et de l'état de santé de la population et elle est de plus en plus reconnue comme étant un déterminant majeur dans les inégalités en santé.

Dans ce chapitre, nous allons aborder la définition de la littératie en santé, ces différentes composantes ainsi que les différents questionnaires de la littératie en santé et comment les interpréter.

3.2 Définition de la littératie en santé

De nos jours, on ne peut parler de la santé sans l'associer inévitablement à la maladie.

D'ailleurs ne dit-on pas que si un sujet n'est pas sain c'est qu'il est malade ?

En plus, à l'heure actuelle, il existe de nombreuses stratégies pour renforcer les comportements de santé qui sont jugées comme adéquates, bénéfiques pour la santé d'une personne. D'autres vont agir sur la prévention des maladies.

En parallèle, le monde de l'information connaît une croissance exponentielle avec l'apparition du monde virtuel. Sites, réseaux, applications sont tous des sources d'informations dans lesquelles nous pouvons puiser pour répondre à nos questions. Toutefois, trouver la bonne information et la mettre en pratique pour notre santé ou celle d'autrui n'est pas chose aisée. Le « filtre » qui nous permet d'identifier cette information et de l'utiliser de manière adéquate est la « littératie en santé ».

Le concept de littératie en santé a été introduit dans les années 1970 par Simonds(17) et s'est progressivement élargi. La littératie en santé est devenue un sujet capital qui n'a cessé d'évoluer au fil du temps.

A son origine, la littératie en santé était principalement focalisée sur les seuls services en santé et avait une portée limitée. Cela concernait uniquement la capacité à comprendre des mots difficiles et à maîtriser les calculs arithmétiques dans un contexte médical(4).

Au fil des années le concept s'est élargi, incluant des capacités plus complexes et interconnectées telle que comprendre des informations sur la santé, communiquer ses besoins aux professionnels de santé et de saisir des instructions de santé. De manière plus récente, le concept de littératie en santé a trouvé sa place dans la santé publique. Grâce à cela de plus en plus d'études démontrent que les personnes ayant un faible niveau de littératie en santé sont moins susceptibles d'avoir un comportement de santé favorable, de participer à divers programmes de dépistage et d'utiliser des services de prévention. Le concept se développe et inclut la capacité de rechercher l'information sur la santé, de prendre des décisions, de résoudre des problèmes, d'avoir une pensée critique et de savoir communiquer. Il faut donc disposer de plusieurs compétences qu'elles soient sociales, personnelles et cognitives pour bénéficier du système de santé de manière adéquate.

La littératie en santé est donc bien plus qu'une simple capacité à lire et comprendre des informations sur la santé. L'OMS, en 1999, a défini ce concept comme étant

« les connaissances, la motivation et les capacités sollicitées pour trouver, comprendre, soupeser et utiliser de l'information ayant trait à la santé en vue de développer une opinion et de prendre des décisions au quotidien en matière de soins de santé, de prévention de maladie et de promotion de la santé au quotidien et d'ainsi maintenir ou augmenter sa qualité de vie. »(18)

La définition de la littératie en santé a été définie et conceptualisée de plusieurs façons. Les premières définitions mettaient l'accent sur les compétences cognitives et sociales qui déterminent la motivation et les habilités de chacun à obtenir, comprendre et utiliser les informations dans le but de promouvoir et de maintenir la bonne santé. L'American Medical Association a complété cette définition de la littératie « *la littératie en santé est une constellation d'habilités, y compris la capacité d'effectuer des tâches élémentaires de lecture et des tâches numériques, requises pour fonctionner dans le système de soins de santé* »(19). Ensuite en 2000, Nutbeam(20) précise dans sa définition que la littératie en santé comprend « les compétences personnelles, cognitives et sociales qui déterminent la capacité des individus à accéder et à comprendre ainsi qu'à utiliser l'information pour promouvoir et maintenir la bonne santé. »

Cependant Sørensen et al. en 2012 définissent la littératie en santé en se basant sur une revue des définitions existantes pour créer un modèle afin d'obtenir un consensus. Leur définition englobe plusieurs perspectives à savoir les perspectives médicales et de santé publique sur la littératie en santé mais elle inclut aussi les connaissances et compétences nécessaires pour répondre à des exigences complexes de notre société. Ils sont arrivés à la définition suivante : la littératie en santé implique

« la connaissance, les compétences, la motivation et la capacité d'un individu à repérer, comprendre, évaluer et utiliser des informations sur la santé lors de la prise de décision dans les contextes des soins de santé, de la prévention des maladies et de la promotion de la santé pour maintenir ou améliorer la qualité de la vie au cours de la vie. »(3).

Les différentes définitions de la littératie en santé ont permis de faire évoluer le concept en apportant différents attributs. Malgré le fait que les définitions varient d'un auteur à l'autre, on retrouve des éléments similaires : les capacités cognitives, des compétences et des comportements qui reflètent les capacités d'une personne à obtenir, comprendre et utiliser les informations relatives à la santé pour décider ce qui aura un impact sur leur état de santé. Cette évolution a permis de prendre conscience du fait que la littératie a un caractère multidimensionnel(21). Les auteurs Batterman et al. ont mis en évidence que la littératie en santé requiert un certain niveau de connaissance et d'habileté personnelle et de confiance en soi pour améliorer la santé personnelle et communautaire, en changeant ses habitudes et les conditions de vie.

La littératie en santé apparaît de plus en plus comme un concept dynamique et elle est influencée par plusieurs facteurs tels que les facteurs individuels, culturels et sociaux. Elle est

ainsi influencée par l'éducation, le vieillissement, les interactions sociales, la culture et les expériences de vie avec la santé et la maladie(22).

Dans le cadre ce mémoire, nous allons adhérer à la définition de Sørensen et al(3). Elle représente le concept de littératie en lui-même et elle inclut les concepts clés en lien avec la santé qui permettent de définir plusieurs dimensions de la littératie en santé. Cette définition met également en évidence que la littératie en santé n'est pas fixe dans le temps mais qu'elle évolue tout au long de la vie d'une personne et selon ses besoins en matière de santé.

3.3 Les composantes de la littératie en santé

La littératie en santé est un concept multidimensionnel qui inclut l'approche clinique individuelle et l'approche de la santé publique au travers de trois domaines principaux : les soins de santé, la prévention des maladies et la promotion de la santé. Sørensen et al., ont proposé un modèle conceptuel qui illustre les composantes de la littératie en santé, les facteurs qui ont un impact sur la littératie en santé et le lien entre la littératie en santé et les déterminants de la santé au travers d'un modèle conceptuel.

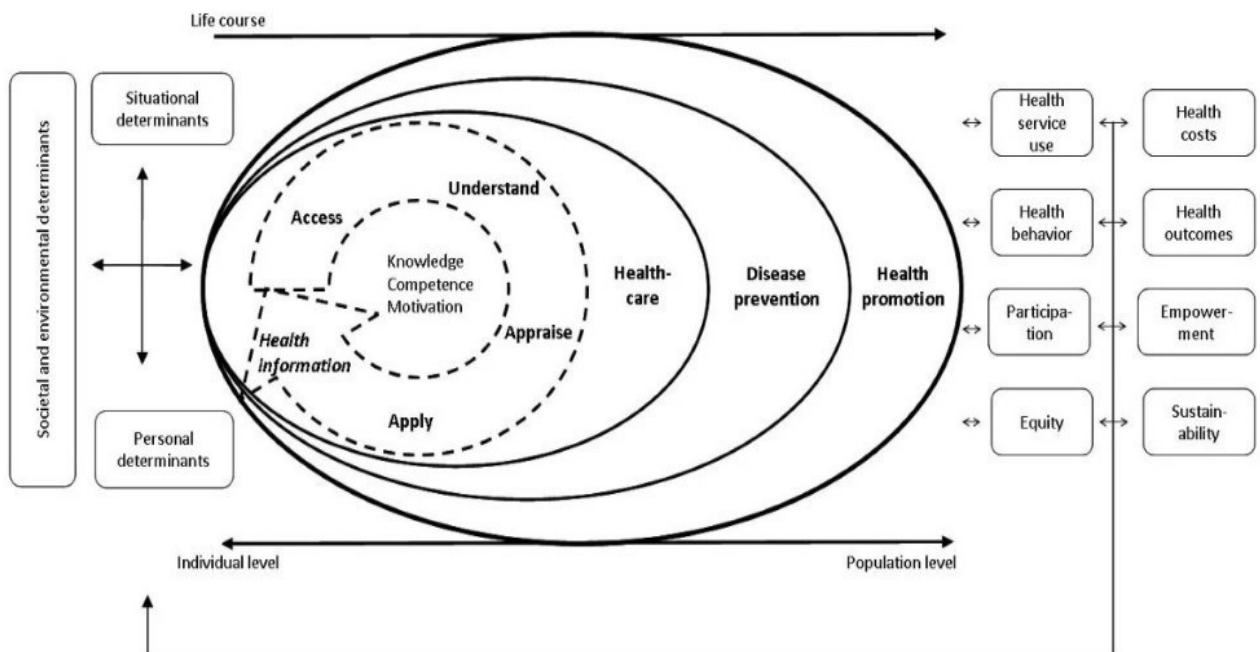


Figure 3. Modèle conceptuel de littératie en santé de Sørensen et al. (2012) (22)

Ce modèle met en évidence quatre types de compétences(3) faisant appel à des qualités cognitives spécifiques. Ces compétences sont :

- **Accéder** (*Access*) : la capacité de rechercher, de trouver et d'obtenir des informations de santé ;
- **Comprendre** (*Understand*) : la capacité de comprendre l'information de santé qui est accessible ;
- **Evaluer** (*Appraise*) : la capacité d'interpréter, de filtrer, de juger et d'évaluer l'information de santé qui a été consultée ;
- **Appliquer** (*Apply*) : la capacité à communiquer et à utiliser l'information pour prendre une décision pour maintenir et améliorer la santé.

Ces quatre types de compétences peuvent être reliés aux compétences fonctionnelles, interactives et critiques de la littératie en santé. Si on croise ces compétences avec les trois domaines de santé on obtient un tableau représentant les douze composantes essentielles de la littératie en santé :

Les dimensions de la littératie en santé

	Repérer les informations sur la santé	Comprendre les informations sur la santé	Evaluer les informations sur la santé	Utiliser les informations sur la santé
Soins de santé	Compétence de repérer des informations cliniques et médicales	Compétence de comprendre les informations cliniques et médicales	Compétence d'interpréter et d'évaluer les informations médicales	Compétence de prendre des décisions médicales sur base d'informations
Prévention des maladies	Compétence de repérer des informations sur les facteurs de risque pour la santé	Compétence de comprendre des informations sur les facteurs de risque pour la santé	Compétence d'interpréter et d'évaluer des informations sur les facteurs de risque pour la santé	Compétence de prendre des décisions informées sur les facteurs de risque pour la santé
Promotion de la santé	Compétence de repérer des informations sur les déterminants de la santé dans l'environnement social et physique	Compétence de comprendre des informations sur les déterminants de la santé dans l'environnement social et physique	Compétence d'interpréter et d'évaluer des informations sur les déterminants de la santé dans l'environnement social et physique	Compétence de prendre des décisions sur les déterminants de la santé dans l'environnement social et physique

Tableau 4 : Matrice avec les dimensions de la littératie en santé appliquées aux trois domaines de la santé cfr cours WFSP 2241 comportements et compétences cours sur la littératie en santé de Pr S. Van den Broucke

Avancer au sein de ces trois dimensions de la santé, tout en évoluant au travers de ces quatre compétences de la littératie, donne aux personnes le moyen de contrôler leur santé et leur permet de prendre part à des actions de promotions à la santé. A la lecture de ce tableau, l'accent est mis sur les compétences en santé individuelles afin que les individus puissent trouver de manière proactive les informations sur leurs santés dans le but de devenir autonome dans la gestion de leurs soins.

3.4 Mesurer la littératie en santé : quoi, pourquoi et comment ?

Le domaine de la littératie en santé semble constamment aux prises avec des problèmes de mesure et, par extension, de définition.

La définition doit être la base de la mesure, mais bien sûr, la mesure doit continuellement informer la définition(23).

Tout comme nous avons pu observer une diversité de définitions sur la littératie en santé, il en va de même avec les questionnaires élaborés pour mesurer celle-ci, variant dans leurs approches de base et leurs objets d'études. Il existe énormément d'outils d'évaluations. Dans le tableau ci-dessous, nous retrouvons la liste des outils de mesures les plus fréquemment cités sur Pubmed(24) : A noter que ce tableau date de 2017 et que des modifications ont pu avoir lieu depuis.

Health literacy measurement tool	Year range of PubMed mentions or citations	Total number of mentions or citations	Average mentions or citations per year
TOFHLA	1995-2017	185	8.4
REALM	1991-2017	167	6.4
NVS	2005-17	86	7.2
Chew or BHLS or SILS	2004-17	53	4.1
eHEALS	2006-17	45	4.1
HLS-EU	2012-17	39	7.8
HLQ	2013-17	22	5.5

Others: SAHLSA (Short Assessment of Health Literacy for Spanish-speaking Adults) – 6; HALS (Health Activities Literacy Scale) – 3; NUMi (Numeracy Understanding in Medicine Instrument) – 3; HLSI (Health Literacy Skills Instrument) – 2.

Tableau 5 : Les outils de mesure de la littératie en santé les plus mentionnés ou cités (classés par total) sur Pubmed(24)

Comme le montre le tableau, les mesures les plus utilisées varient considérablement quant à leur taille et à la définition de la littératie en santé sur laquelle elles sont fondées. L'utilisation de ces différents outils dépend du contexte dans lequel celui-ci va être utilisé que ce soit dans le cadre des soins de santé ou dans la population en générale(24).

La quasi-majorité de ces outils sont basés sur des auto-évaluations, tandis que les trois outils - TOFHLA, REALM et NVS - tentent une approche plus objective de la mesure :

- le TOFHLA(25) (Test of Functionnal Health Literacy in Adult) évalue les connaissances en santé et certaines compétences en calcul. Il est composé de deux parties. La première partie présente aux participants des informations médicales ou des instructions à propos de divers scénarios, tels que des instructions sur l'étiquette de prescription ou des instructions de préparation pour une procédure de diagnostic. Les participants examinent les scénarios, puis répondent aux questions qui testent leur compréhension des informations des scénarios. Dans la deuxième partie, les participants reçoivent des passages de textes sur des sujets médicaux dont certains mots ont été supprimés et remplacés par des espaces vides. Les participants doivent remplir les espaces en utilisant des mots qu'ils choisissent dans une liste d'options à choix multiples, en identifiant les mots les plus appropriés au contexte du passage.
- REALM(26) (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medecine) évalue la capacité de prononcer correctement un mot écrit à haute voix ; les patients sont face à une liste de 66 mots médicaux, en commençant par des mots simples (par exemple, graisse, fièvre, pilule) et progressivement de plus en plus difficiles (par exemple, ostéoporose, impétigo, potassium). Les patients sont priés de lire attentivement la liste et de prononcer chaque mot à voix haute. L'examineur note le patient en fonction du nombre de mots prononcés correctement. Dans ce cas-ci, on ne s'intéresse pas à la compréhension du mot mais uniquement à la prononciation.
- et NVS(27) (Newest Vital Sign) est basé sur une étiquette nutritionnelle pour la crème glacée. Les patients ont reçu des informations sur la santé, qu'ils ont lues et ensuite ils ont démontré leur capacité à utiliser ces informations en répondant aux questions sur les scénarios. Les questions ont été évaluées comme étant bonnes ou mauvaises selon une clé de notation fournie aux intervieweurs.

Les mesures d'auto-évaluation, telles que HLS-EU (European Health Literacy Survey) et HLQ (Health Literacy questionnaire)(28), peuvent se prêter à de meilleurs tests et réduire également le risque de stigmatisation.

La seule validation initiale avec un échantillon aléatoire de la population adulte d'intérêt a été réalisée avec le HLS-EU(28).

Health literacy measurement tool	No of Items	Health literacy definition cited as basis in original article	If relevant, do items reflect every attribute of the definition?
TOFHLA	36-67	None	N/A
REALM	7-66	None	N/A
NVS	6	Institute of Medicine et al (2004)	No
eHEALS	8	eHealth literacy is comprised of six core skills or literacies: traditional literacy; health literacy; information literacy; scientific literacy; media literacy; and computer literacy. The foundations of the eHealth literacy concept are based in part on social cognitive theory and self-efficacy theory, which promote competencies and confidence as precursors to behaviour change and skill development, and are described in detail elsewhere	No
HLS-EU	47	As an outcome of health education and communication activities, health literacy represents the cognitive and social skills that determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways that promote and maintain good health	Yes
Chew or BHLS	1-3	Health literacy is the ability to perform basic reading and numerical tasks required to function in the healthcare environment (American Medical Association, 1999)	No; for example, no assessment or self-report of numeracy skills
HLQ	44 in 9 scales	The World Health Organization (WHO) describes health literacy as 'the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health' (quoted in Nutbeam, 1998, p 10)	Developed own construct map of health literacy as part of the measure development process

Tableau 6: outils utilisés en fonction de leur taille et de leur définition(24)

3.5 Le HLS-EU-Q, European Health Literacy Survey Questionnaire

Dans ce cadre de ce mémoire nous allons nous concentrer sur le HLS-EU-Q. Au départ celui-ci comporte 47 items(29), mesurant les trois domaines globaux de la santé et les quatre compétences cognitives de traitement de l'information. Par conséquent, cette matrice 3×4 représente le concept de littératie en santé globale par les 12 composantes différentes, chacune combinant l'un des trois domaines de la santé, de la prévention des maladies et de la promotion de la santé avec l'une des quatre étapes de la gestion de l'information, c'est-à-dire trouver, comprendre, évaluer et utiliser les informations. Pour chacun des 12 sous-domaines, des questions concrètes pertinentes ont été identifiées mesurant leur difficulté relative à gérer en utilisant une échelle de Likert à 4 choix (1 = pas du tout facile à 4 = très facile). Ces scores sont additionnés (pour la totalité des questions ou par sous-dimension) et transformés en un score sur 50, ce qui permet de distinguer les catégories de littératie en santé insuffisante, limitée, suffisante et excellente

	Access/ find/obtain information relevant to health (13 items)	Understand information relevant to health (11 items)	Appraise/ judge/evaluate information relevant to health (12 items)	Apply/use information relevant to health (11 items)
(47 items) Healthcare (16 items)	Ability to access information on medical and clinical issues (4 items)	Ability to understand medical information and derive meaning (4 items)	Ability to interpret and evaluate medical information (4 items)	Ability to make informed decisions on medical issues (4 items)
Disease prevention (15 items)	Ability to access information on risk factors for health (4 items)	Ability to understand information on risk factors and derive meaning (3 items)	Ability to interpret and evaluate information on risk factors for health (5 items)	Ability to make informed decisions on risk factors for health (3 items)
Health promotion (16 items)	Ability to update oneself on determinants of health in the social and physical environment (5 items)	Ability to understand information on determinants of health in the social and physical environment and derive meaning (4 items)	Ability to interpret and evaluate information on health determinants in the social and physical environment (3 items)	Ability to make informed decisions on health determinants in the social and physical environment (4 items)

Note: Number of items in the HLS-EU-Q47 for each cell was added into the original table of Sørensen et al (2012) for this publication.

Source: Sørensen et al (2012)

Tableau 7 : Les 12 composantes de la littératie en santé(29)

Le HLS-EU-Q offre une base de diagnostic solide pour mesurer le niveau de littératie en santé, et a été utilisé dans un grand nombre de pays la politique de santé afin de planifier des interventions concrètes pour améliorer des aspects spécifiques de la littératie en santé pour ces populations(30).

Cependant le principal obstacle à l'utilisation de ce questionnaire est sa longueur qui entraînerait un biais de mesure potentiel(31). Le questionnaire à 47 items est souvent utilisé pour mesure la littératie en santé seule, si on associe celui-ci à d'autres questions, on aura tendance à diminuer le questionnaire pour le rendre moins long. C'est ainsi que les versions courtes et simplifiées ont été élaborées.

Nous avons, de nos jours, à notre connaissance, le HLS-EU-Q à 22 items, à 16 items, à 12 items et à 6 items. Les items de ces versions abrégées ont été sélectionnés parmi les 47 items du HLS-EU-Q respectant ainsi les propriétés psychométriques pour représenter les douze domaines de la littératie en santé(32).

Dans notre mémoire, nous avons décidé de travailler avec le HLS-EU-Q à 12 items car il est le questionnaire le plus approprié(33). Le HLS-Q12 a montré un ajustement acceptable au modèle Rasch unidimensionnel(34), qui permet l'étude de la qualité psychométrique des items d'un test et a obtenu des indices de qualité d'ajustement acceptables. De plus, il est considéré comme un instrument de dépistage qui est cliniquement réalisable et qui ne nécessite pas de méthodes psychométriques avancées sur place. De ce fait, nous gagnons du temps et pouvons éviter aux individus de décrocher du questionnaire à 47 items et éviter ainsi les biais.

La version originale du questionnaire place les répondants sur un continuum allant d'un « niveau inadéquat de littératie en santé » à un « niveau excellent de littératie en santé » à partir de leur score sur une échelle de type Likert à quatre niveaux : « très facile », « très difficile », « assez facile » et « assez difficile ».

3.6 Le niveau de littératie en santé d'un individu

Aux vues de la définition de la littératie en santé, nous savons qu'un individu qui présente un bon niveau de littératie en santé aura plus de facilités à accéder, comprendre, évaluer et appliquer des informations pour la santé. Ainsi, cet individu aura plus de chance de participer aux diverses activités de prévention tels que le dépistage, adopter des comportements plus favorables à sa santé, pouvoir appliquer un traitement médical correctement, diminuer ses dépenses en soins de santé, promouvoir des activités favorisant la santé auprès de son entourage, connaître les enjeux de la santé dans la société, ...

L'état de santé d'un individu est influencé par le niveau de littératie en santé mais également par d'autres facteurs qui construisent eux aussi le niveau de littératie en santé.

Ce niveau est influencé par différents facteurs, ceux liés aux systèmes et acteurs à l'intérieur de ces systèmes(35) et à des facteurs liés à l'individu et son environnement direct.

Tout d'abord les facteurs liés aux systèmes et à leurs acteurs(35) :

➤ Les systèmes et moyens d'information :

Il s'agit de la disponibilité et de l'accessibilité de l'information, de la qualité de la communication avec l'informateur qui peut-être, par exemple, le personnel soignant ou l'agent en promotion de la santé, ou du caractère adapté des informations. La difficulté réside dans le fait de la quantité d'informations disponibles et qui peuvent entrer en contradiction les unes avec les autres.

➤ Les systèmes de santé et de protection sociale :

Ceux-ci sont de plus en plus complexes et de moins en moins lisibles pour l'individu. Ils nécessitent de mobiliser de nombreuses compétences pour pouvoir y recourir (ex. : formulaires à remplir, connaissance des droits sociaux, déplacement au sein d'un hôpital).

➤ Autres systèmes :

L'accès aux autres systèmes exerce une influence sur la littératie en santé : aide sociale (CPAS), système judiciaire, système politique et de participation à la vie citoyenne.

Ensuite, nous avons les facteurs liés à l'individu et à son environnement direct :

- Les capacités cognitives et la maîtrise de la langue : ce sont les processus mentaux liés à la connaissance tels que la mémoire, le langage, le raisonnement, la résolution de problèmes, la prise de décision, l'attention.

Les capacités cognitives d'une personne affectent sa capacité à traiter l'information pour sa santé. Cette catégorie comprend les compétences en écriture, en calcul et en lecture. En ce qui concerne cette dernière, des études ont montré que la lecture quotidienne (de la presse, des sites Web, des livres, etc.), avant même le niveau d'éducation, a le plus grand impact sur le niveau de littératie en santé(36). Une personne qui n'a pas comme langue maternelle le français aura de plus grandes difficultés à trouver et à comprendre des informations dans un pays francophone.

- Le réseau social

L'OMS définit le réseau social comme étant "Relations et liens d'ordre social entre les individus qui permettent d'obtenir un soutien social favorable à la santé."(37) et, dans ce cas-ci, favorable à la littératie en santé.

L'entourage, qui fait partie du réseau social, est la source d'information la plus proche de l'individu, face à un problème de santé. L'entourage va partager une expérience, conseiller, orienter vers des acteurs ou des ressources. L'entourage peut également se mobiliser dans certaines situations pour compenser des difficultés d'accès et de compréhension. Outre l'environnement proche, le réseau social désignera également les personnes avec lesquelles on entre en contact dans la vie quotidienne, tels que les membres d'une association fréquentée, les relations professionnelles, les relations forgées lors des loisirs...

- Les ressources psychosociales

L'OMS définit les compétences psychosociales comme étant : « *la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. [...]* »(38)

Ces ressources sont de nature émotionnelle et relationnelle :

La nature émotionnelle se réfère au : savoir gérer le stress, avoir un sentiment d'efficacité personnelle dans ses propres actions, prendre du recul sur ses propres sentiments. Cela comprend toutes les ressources liées à la relation de soi à soi lorsque l'on est le sujet et l'objet de sa réflexion. La nature relationnelle se réfère au : savoir faire preuve d'empathie, écouter activement, prendre en compte les opinions des autres, coopérer et négocier, exprimer les difficultés. Cela comprend toutes les ressources spécifiques de l'individu qui font partie de la relation avec d'autres personnes.

Ces ressources influencent la manière dont l'individu demande, reçoit et interprète les informations.

Entre en compte également l'état de la personne, ce qu'elle pense et espère d'elle-même lorsqu'elle tente d'activer ces ressources : sa motivation et son état émotionnel et physique déterminent sa disponibilité et sa capacité à mettre en œuvre la solution qu'elle a identifiée.

➤ Registre culturel

Chaque individu porte des croyances, des échelles de valeurs et des représentations sociales qui influencent la façon dont il perçoit et interprète le monde et contrôle ainsi son comportement.

Le registre culturel est basé sur les expériences personnelles et professionnelles, sur ce qui nous est transmis, des connaissances scientifiques ou mondaines, du bon sens, ... Certains aspects sont partagés par les membres d'un même groupe et sont liés à l'appartenance sociale.

La santé s'imprime dans ce registre culturel : les représentations de la santé ou du corps varient d'une personne à l'autre, d'un groupe à l'autre et influencent le comportement et la manière dont sont prises en compte les informations reçues.

Il arrive que le registre culturel interfère avec l'application d'une recommandation scientifiquement validée ou socialement appréciée mais qui ne correspond pas aux valeurs de la personne. Cela dépend également de la confiance accordée à la source d'informations. Il faut savoir que si l'individu a son propre registre culturel, le professionnel de la santé a aussi son propre registre, et celui-ci va déterminer sa manière de communiquer avec les individus.

➤ Les conditions de vie

Les facteurs sociaux qui déterminent la santé comme le niveau de revenu, l'éducation, le parcours de vie, vont influencer également le niveau de littératie en santé d'une personne.

Parmi ces éléments, nous nous concentrons sur l'éducation et le système éducatif. Ce dernier est important car il développe partiellement les compétences de base de chacun. Cependant, l'école est encore un système inégal aujourd'hui. En fonction du niveau d'éducation, les individus peuvent ne pas avoir les mêmes outils et ressources pour naviguer dans des systèmes complexes.

La naissance à l'étranger est un autre facteur important de la littératie en santé. Il peut être associé à une série de faiblesses : difficultés dans le domaine de la langue, changement d'environnement culturel, isolement, état psychologique plus fragile et situation administrative et sociale précaire.

➤ Les caractéristiques individuelles

Certaines caractéristiques inhérentes à la personne peuvent affecter son niveau de littératie en santé. Elles ne peuvent pas être modifiées, mais elles doivent être prises en compte pour agir en faveur de la littératie en santé. L'âge est l'une de ces caractéristiques : le vieillissement peut être associé à une diminution de certaines capacités cérébrales, à une augmentation du risque de maladie et, par conséquent, à une augmentation des informations à traiter et à un plus grand degré d'isolement.

La présence d'une déficience visuelle ou auditive en est une autre. Par exemple : la difficulté des personnes âgées à lire la notice d'un médicament.

Ce schéma résume les différents facteurs qui influencent la littératie en santé d'un individu. Nous constatons que la littératie en santé n'est qu'un facteur qui influence la santé de l'individu et que nous devons tenir compte des autres facteurs.

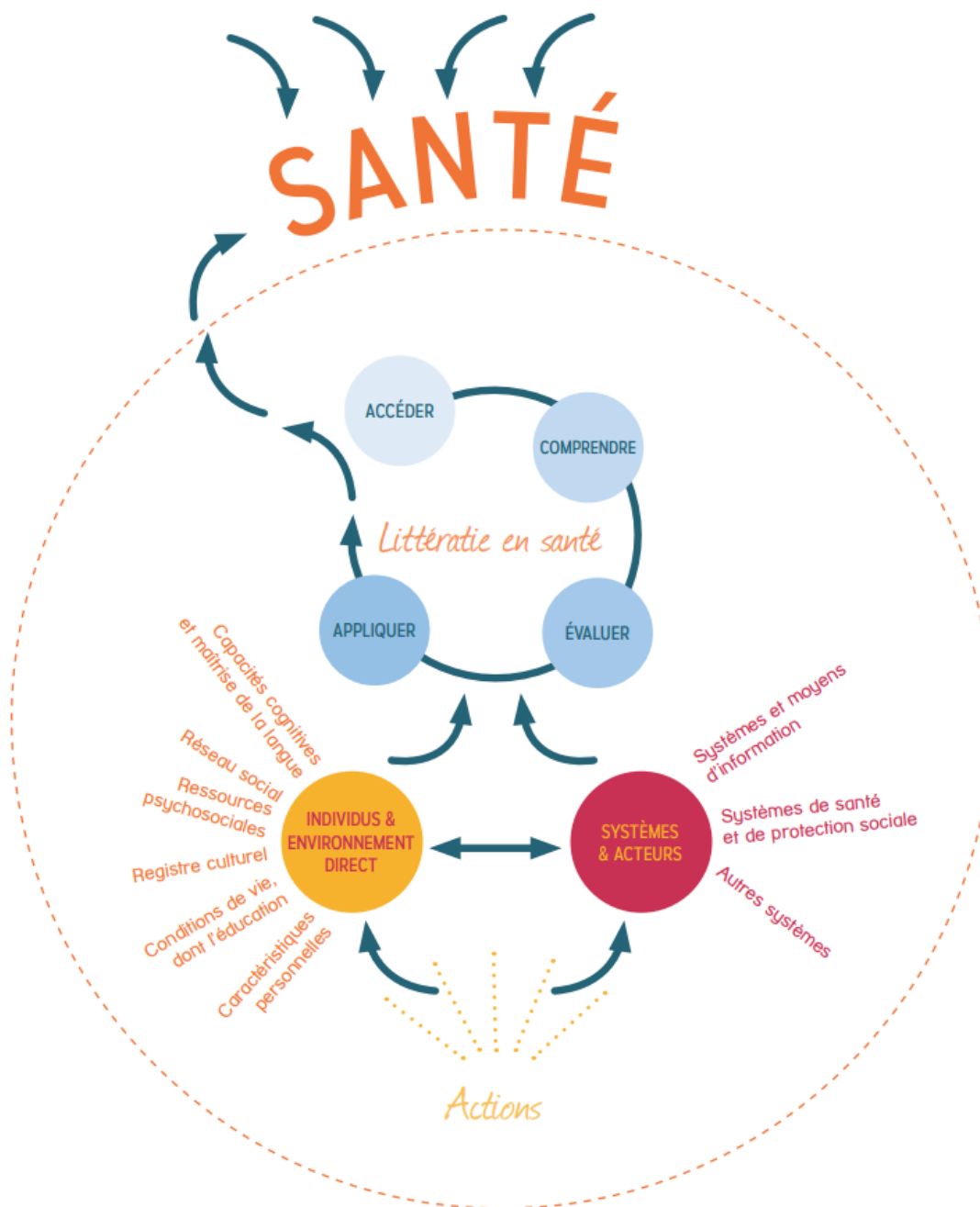


Figure 4 Culture et santé ASBL, « LA LITTÉRATIE EN SANTÉ Cultures Santé D'un concept à la pratique. Guide animation
 »(35)

Dans la littérature, il est mis en avant qu'un niveau faible en littératie en santé entraîne des comportements à risque et un diagnostic plus tardif. Sorensen et al.(39) ont démontré que de faibles niveaux de littératie en santé sont associés à des séjours plus longs à l'hôpital, à une moindre observance du traitement, à une mauvaise santé perçue, à une mortalité plus élevée ainsi qu'à une mauvaise utilisation des services de santé et à des coûts de santé élevés. C'est dans ces situations qu'un malentendu sur les informations et les systèmes de santé peut apparaître, ce qui coïncide avec des facteurs tels que le faible niveau d'éducation, les barrières

culturelles et le faible niveau socio-économique, et rend parfois difficile l'adaptation à un système de santé déjà complexe. Ils ont aussi mis en évidence les avantages d'un niveau de littératie élevé à savoir une bonne adhésion, davantage de comportements de promotion de la santé et de prévention des maladies, une moindre utilisation des services de santé et des attitudes plus positives. Cependant, les personnes ayant un bon niveau de littératie en santé peuvent être incompetentes dans un aspect de la santé.(40)

Il est également mis en évidence qu'une amélioration de la littératie en santé pourrait contribuer à réduire les inégalités de santé, faciliter les diverses interventions en santé et d'améliorer la gestion de la santé des individus et de la société.(41) De plus, le rôle de la littératie en santé par rapport aux inégalités sociales de santé, montre que celle-ci est un facteur médiateur partiel pour certains comportements de santé, dont l'alimentation saine, l'activité physique et la consommation de médicaments. Cependant, ce rôle médiateur n'est pas observé pour la consommation d'alcool et de tabac, ce qui pourrait s'expliquer par le fait que l'impact négatif de ces comportements sur la santé est généralement bien connu, et ne nécessite pas de capacités d'accès, de comprendre et d'appliquer l'information supplémentaire.

3.7 Le niveau de littératie en santé en Belgique

En 2014, une étude(42) menée par la Mutualité chrétienne et l'UCL était la première à mesurer le niveau de littératie en santé dans la population belge, montrant que 4 belges sur 10 n'avaient pas un niveau de compétence suffisant en matière de santé. Bien que ces résultats étaient très semblables à ceux d'autres pays européens, ils méritaient une confirmation. C'est pourquoi, en 2016(39), la MC et l'UCL ont organisé une nouvelle enquête. Ils ont utilisé la version courte du HLS-EU-Q47 à savoir le HLS-EU-Q16 pour sa simplicité de passation au niveau temporel et pour sa validité. Elle comprend toujours des items évaluant les trois domaines de la littératie en santé, à savoir les soins de santé, la prévention et la promotion de la santé, ainsi que les quatre dimensions qui sont l'acquisition et l'obtention d'information cohérente en relation avec la santé, la compréhension de l'information, l'évaluation et le jugement de l'information ainsi que l'application et l'utilisation concrète de cette information.

A travers le questionnaire mis en ligne, l'étude a obtenu un échantillon composé de 5.711 répondants de 18 ans et plus. Du fait que les jeunes adultes étaient insuffisamment représentés parmi les répondants, on a procédé à une repondération sur l'âge, le sexe et la

région. Après cette repondération, les 5.711 répondants donnent une image représentative de la population belge, ce qui garantit la robustesse des résultats.(39)

Globalement, 57% des répondants disposent d'un niveau de compétence suffisant en matière de santé. Le niveau de littératie en santé est limité pour 28% des belges et il est même insuffisant pour 15% de belges. Donc, au total, près quatre belges sur dix en savent trop peu en matière de santé. Ce résultat confirme celui qui a été obtenu lors de la première étude menée en 2014. Il place la Belgique au même niveau que d'autres pays européens, comme le montre l'European Health Literacy Survey (HLS-EU)(43), qui a mesuré, en 2011, le niveau de littératie en santé dans 8 pays européens (l'Autriche, la Bulgarie, l'Allemagne, la Grèce, l'Irlande, les Pays-Bas, la Pologne et l'Espagne).

Dans cette étude, nous remarquons que le niveau de formation a une grande influence sur le niveau de compétence en santé(39). De fait, 45% de ceux qui n'ont qu'un diplôme d'école primaire ont une littératie en santé suffisant contre 62% de ceux qui ont une formation universitaire.

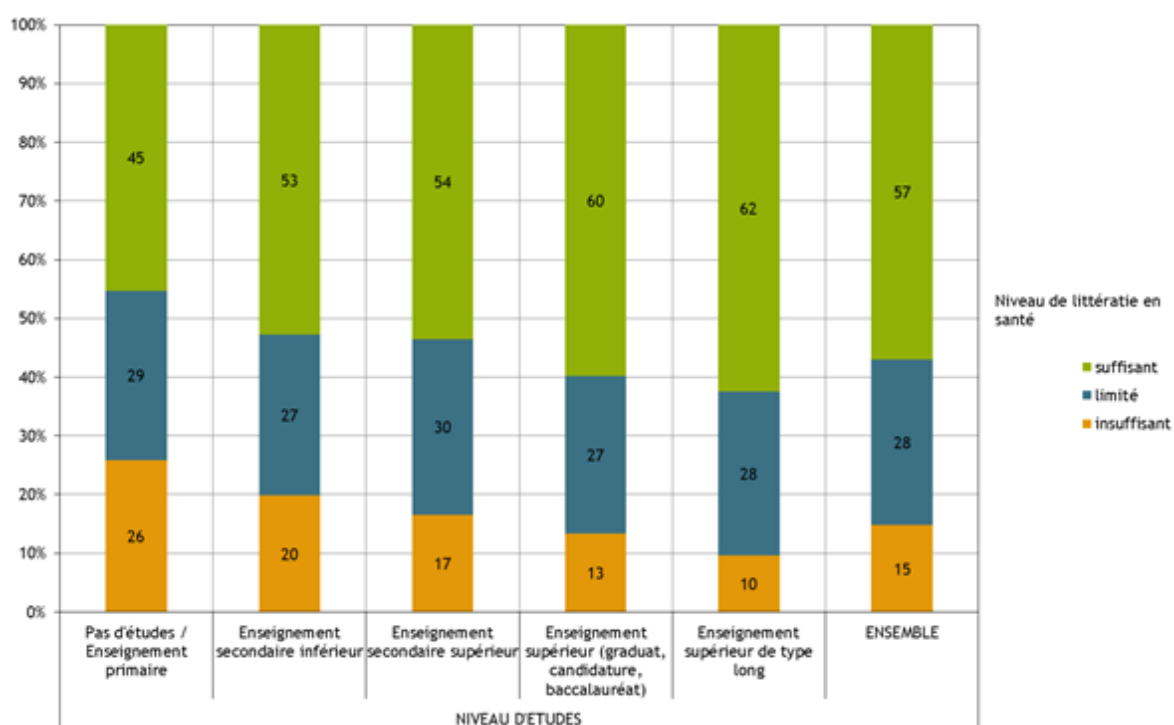


Figure 5 : Niveau de littératie en santé selon le niveau d'études (en %)(39)

Nous observons aussi des différences entre les régions. Les répondants résidant en Région flamande et à Bruxelles ont un meilleur niveau de littératie en santé que ceux qui résident en Wallonie(42). Pour les Wallons, le pourcentage de répondants ayant un niveau suffisant est de 47%, bien inférieur à celui observé en Flandre 62% et à Bruxelles 62%.

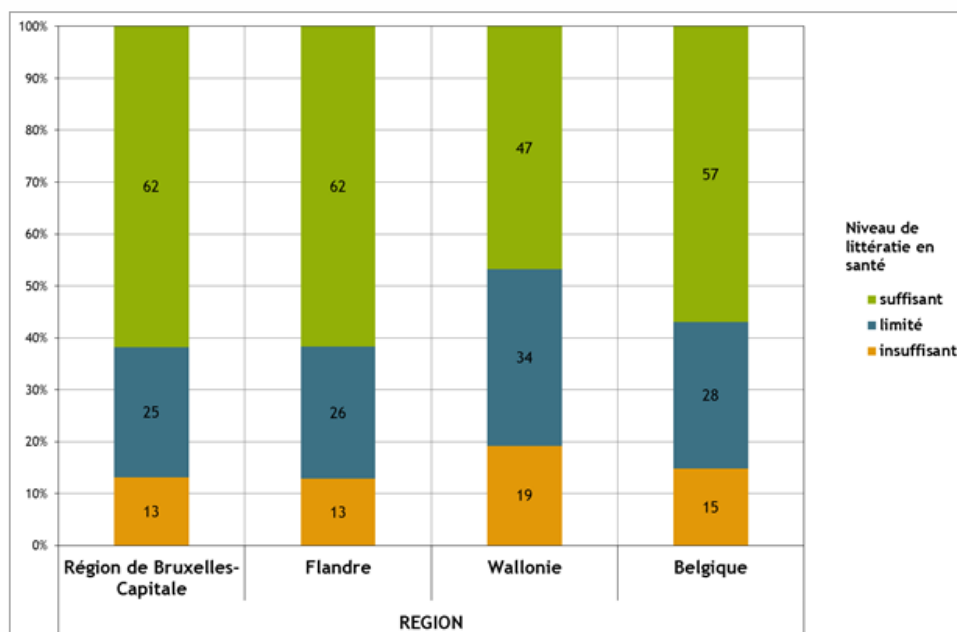


Figure 6 : Niveau de littératie en santé selon la région (en %) (39)

Il n'y a pas de différence significative selon le sexe, cependant nous observons un effet dû à l'âge(42). Dans les groupes d'âge de 18 à 74 ans, le pourcentage de répondants ayant un niveau suffisant de compétences en santé oscille entre 55 et 61%. En revanche, pour les 75 ans et plus, ce pourcentage est nettement inférieur : 46%.

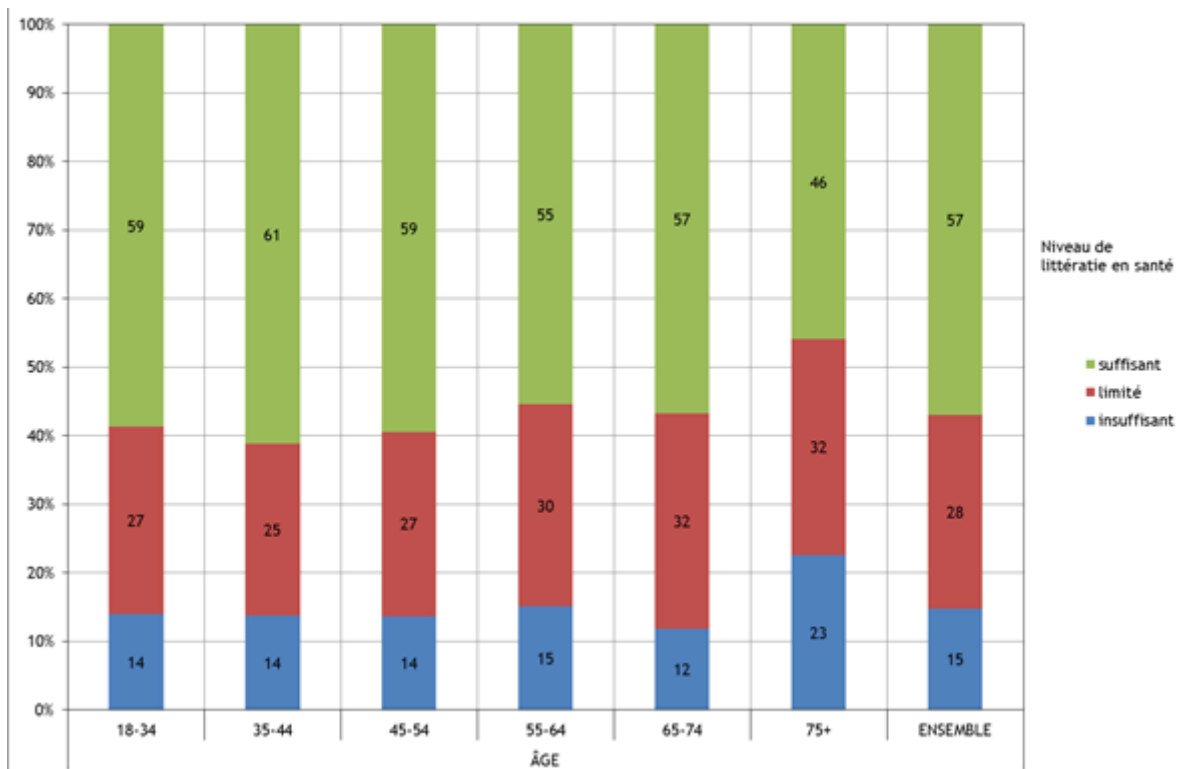


Figure 7 Niveau de littératie en santé selon l'âge (en %)(39) : Avalosse et al., « Littératie en santé (Health literacy) et sources d'information ».

En 2018, une mesure de la littératie en santé a été incluse dans l'Enquête de Santé effectuée par l'Institut Scientifique de Santé Publique(44), impliquant pour la première fois un échantillon représentatif au niveau national. L'échantillon est composé de répondants de 15 ans et plus(44).

Nous observons que par rapport aux deux enquêtes précédentes, le niveau de littératie en santé de cet échantillon représentatif Belge est plus élevé(44). En effet, l'enquête de santé montre que 66,6 % de la population âgée de 15 ans et plus avait un niveau suffisant de littératie en santé, 27,8 % un niveau limité et 5,6 % un niveau insuffisant. (Contre 15% de niveau insuffisant en 2016)

Au niveau spécifique régionale, nous observons que chez les hommes, la prévalence d'une faible littératie en santé était plus élevée à Bruxelles (37,7 %) et en Wallonie (36 %) qu'en Flandre (28,8 %).

Et chez les femmes, la différence entre les régions était plus faible, mais la Wallonie présentait toujours une prévalence plus élevée d'une faible littératie en santé(44).

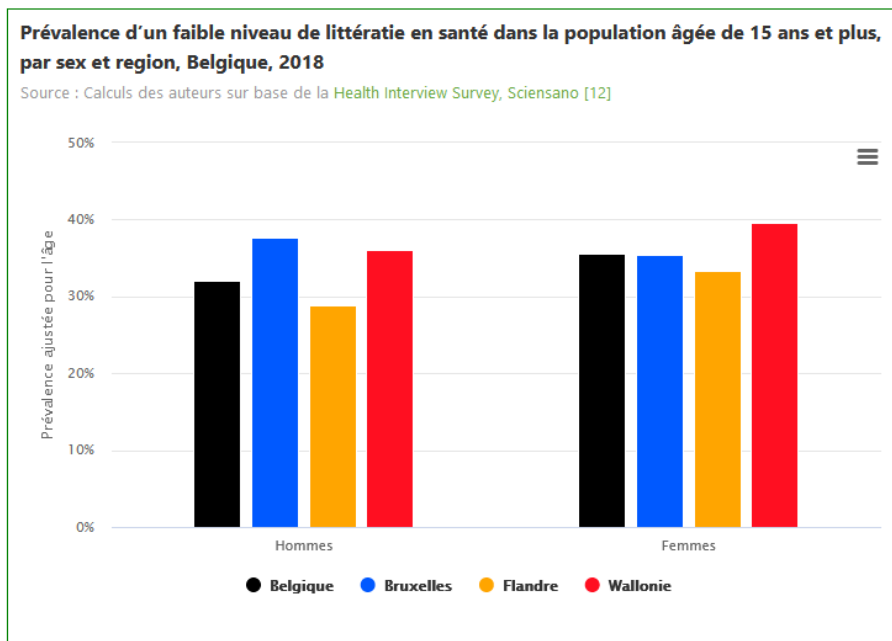


Figure 8 Prévalence d'un faible niveau de littératie en santé dans la population âgée de 15ans et plus, par sex et région, Belgique, 2018 (44): Sciensano, « Littératie en santé », Vers une Belgique en bonne santé, 28 mai 2018, <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/determinants-de-sante/litteratie-en-sante>.

3.8 Qu'en est-il au niveau européen ?

En Europe, l'intérêt pour la littératie en santé a été fortement stimulé avec le " European Health Literacy Survey" (HLS-EU) en 2011. Cette enquête concerne une étude par questionnaire qui mesure le niveau littératie en santé de la population dans 8 pays européens (Autriche, Bulgarie, Allemagne, Grèce, Irlande, Pays-Bas, Pologne et Espagne).

Selon les principaux résultats de cette étude, il apparaît qu'environ 12% des répondants de l'échantillon général ont des connaissances en santé insuffisantes et que plus d'un tiers (35,2%) ont des problèmes de littératie.

En outre, la prévalence de la littératie en santé problématique varie considérablement d'un pays à l'autre (entre 2% de mauvaises connaissances en santé aux Pays-Bas et 27% en Bulgarie), ainsi qu'entre les groupes au sein des populations. L'étude a également révélé que l'âge est un bon prédicteur du niveau de littératie en santé et que les personnes âgées ont tendance à avoir des niveaux de littératie inférieurs. L'éducation a également un impact : plus les gens sont éduqués, plus leur niveau de littératie est élevé.

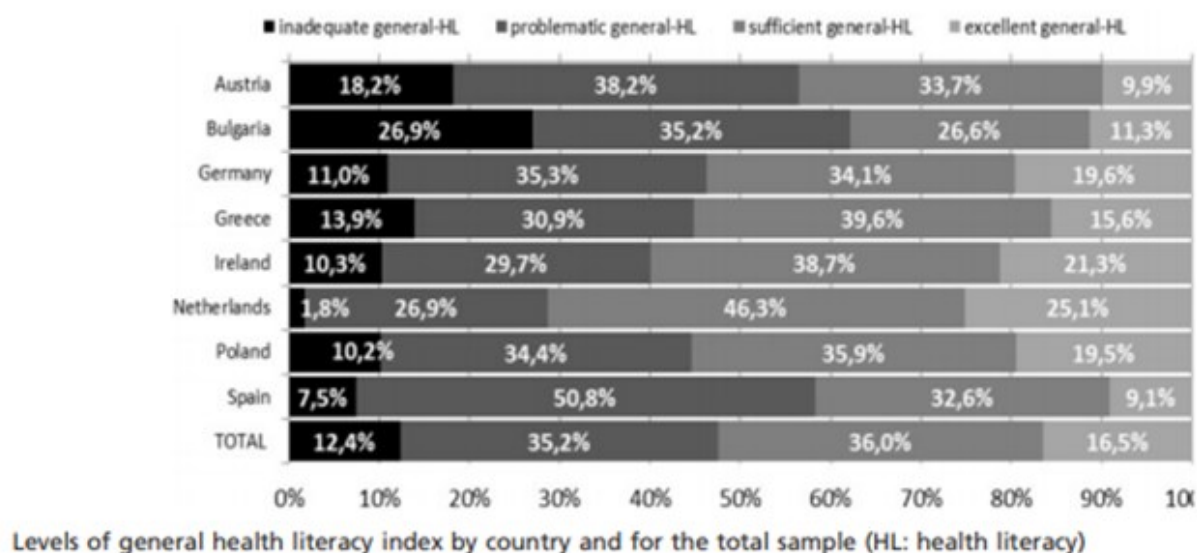


Figure 9 Niveau de littératie en santé générale par pays(43) : Sørensen et al., « Health Literacy in Europe: Comparative Results of the European Health Literacy Survey (HLS-EU) ».

De plus, cette étude a identifié les facteurs prédisposant à une faible littératie en santé(45). En général, les personnes ayant une forte utilisation des services de santé, un faible niveau d'instruction, un faible statut socio-économique, des maladies chroniques ou des personnes âgées ont probablement un faible niveau de littératie en santé(43).

3.9 Conclusion

La littératie en santé est un déterminant important de la santé. Elle comprend deux composantes qui incluent les compétences et les dimensions. Ces compétences permettent à l'individu de naviguer facilement dans ces trois dimensions, mais nécessitent des compétences cognitives spécifiques. Nous avons pu constater également que le niveau de littératie est influencé par divers facteurs et que ceux-ci doivent également être pris en compte.

Le HLS-EU-Q47 a permis d'évaluer le niveau de littératie en santé de la population européenne. Cependant ce questionnaire étant chronophage plusieurs autres questionnaires ont vu le jour, notamment le HLS-EU-Q12, qui comprend 12 questions et qui a une bonne validité.

En ce qui concerne le niveau de littératie en santé, la population belge, a un niveau suffisant (57%) de littératie en santé. De plus, ces résultats ont permis d'identifier les groupes à risque, dont l'accent doit être mis sur l'élaboration de plans d'action.

4 Méthodologie et questions de recherche

4.1 Introduction

Dans ce chapitre, nous allons aborder les questions de recherche qui ont servi d'appui pour nos analyses. Puis, nous aborderons la méthode de travail en présentant les questionnaires utilisés : le HLS-EU-Q12 et les mesures socio-démographiques.

Ensuite, nous exposerons la méthode de collecte de données qui s'est faite sur le terrain avec la distribution des questionnaires. Enfin, nous présenterons l'échantillon de notre recherche. Le lieu de collecte des données est le CHU Brugmann, celui-ci est composé de deux sites, le site principal appelée le site Horta et le site périphérique à savoir le site Brien. Faisant partie de l'équipe de la médecine critique qui regroupe les urgences, les soins intensifs et le quartier opératoire, il m'a semblé opportun de choisir cet hôpital pour ma recherche.

4.2 Questions de recherche

Dans la partie théorique, nous avons abordé le problème de la surconsommation et l'utilisation inappropriée des soins d'urgences. Nous avons aussi abordé le concept de la littératie en santé et évoqué le fait qu'un faible niveau de littératie en santé entraîne des difficultés au niveau de l'utilisation des soins de santé, de la promotion à la santé et de la prévention des maladies. Jusqu'à maintenant, les études sur la littératie en santé se sont penchées sur la population en générale ou en soins de santé mais aucune étude n'a encore été faite liant la littératie en santé avec l'utilisation du service des urgences à ce jour.

L'objectif de ce mémoire est de combler cette lacune et d'investiguer si la littératie en santé a un impact sur la consommation et l'utilisation des soins d'urgences. Pour ce faire, nous avons élaboré plusieurs questions de recherche :

- Quel est le niveau de littératie en santé des patients se présentant au service des urgences de l'hôpital CHU Brugmann site Horta et site Brien ?
- Le niveau d'étude influence-t-il le niveau de littératie en santé ?

- Le niveau de littératie en santé influence-t-il l'utilisation appropriée du service des urgences en nous basant sur l'échelle de triage de Manchester ?
- Quelles différences existent-ils entre les deux sites ?
- De quelle manière le niveau de littératie en santé des patients influence-t-il l'utilisation du service des urgences ?

4.3 Questionnaires

4.3.1 Mesures socio-démographiques

Les questions relatives aux informations socio-démographiques (*voir documents 3 et 5 en annexe*) ont été présentées en début de questionnaire. Nous avons abordé les thèmes suivants : le sexe, l'âge, la nationalité, la langue maternelle, le statut matrimonial, la situation familiale, le niveau d'études, le régime de travail actuel, la profession, s'il y a un médecin traitant, l'état de santé perçu, maladie chronique et suivi, leur utilisation du service des urgences et le site, la formation dans un domaine de la santé, la recherche d'informations auprès d'une source quelconque et quelles informations recherchées.

4.3.2 Le questionnaire sur la littératie en santé : le HLS-EU-Q12

Dans le cadre de cette étude, nous avons utilisé le HLS-EU-Q12 pour mesurer le niveau de littératie en santé chez les patients adultes se présentant au service des urgences de l'hôpital CHU Brugmann site Horta et site Brien. (*Voir documents 6 et 7 en annexe*)

Ce questionnaire mesure la littératie en santé des participant(e)s à l'aide de 12 items évoquant la difficulté d'une tâche (« Dans quelle mesure est-il facile ou difficile pour vous de ... ? »), à évaluer par les répondants sur une échelle de Likert allant de « très facile » à « très difficile ». Pour calculer un score évaluant le niveau de littératie en santé, nous avons appliqué et adapté les calculs tels que décrits par Pelikan & Ganahl,(46). En ce qui concerne l'encodage des données les réponses ont été chiffrées respectivement « 1 » pour les réponses « très difficile », « 2 » pour « difficile », « 3 » pour « facile » et finalement « 4 » pour « très facile ».

Le score moyen a été obtenu en divisant par le nombre de questions à savoir 12.

Pour obtenir un score final normalisé entre 0 et 50, nous appliquons la formule suivante :

$$\text{indice} = (\text{moyenne} - 1) \times (50/3)$$

Quatre niveaux de la littératie en santé ont été définies : littératie en santé insuffisante (0-25 pts ou 50%), littératie en santé limitée (> 25-33 pts ou 66%), littératie en santé suffisante (> 33-42 pts ou 80%) et une excellente littératie en santé (> 42 à 50 pts ou les 20% supérieurs).

Niveaux de littératie	Score normalisé
« Insuffisant »	pour un score entre 0-25
« Limité »	pour un score compris entre 25-33
« Suffisant »	pour un score de 33-42
« Excellent »	pour un score allant de 42-50

Tableau 8 Niveau de littératie et score normalisé: (29) Pelikan et Ganahl, « Measuring Health Literacy in Europe: Introducing the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q) ».

Ces différents niveaux ont été établie en comparaison avec plusieurs publications(46).

L'indice des sous-échelles à savoir les compétences et dimensions en littératie en santé, a été normalisé entre 0 et 5 en appliquant la formule $\text{indice} = (\text{moyenne} - 1) \times (5/3)$.

4.3.3 Echelle de Manchester

Le degré d'urgence d'un patient était évalué moyennant l'échelle de Manchester. Comme expliqué dans le chapitre 2.4, cette échelle est utilisée pour le triage aux services des urgences de l'hôpital CHU Brugmann site Horta et Brien. Elle comporte 5 niveaux et est répartie comme suit(15) :

Niveau	Prise en charge	Délais recommandés
1	Immédiat	0 minute
2	Très Urgent	10 minutes
3	Urgent	60 minutes
4	Standard	120 minutes
5	Non Urgent	240 minutes

Tableau 9 : Echelle de Manchester

Pour notre étude, le triage était fait par l'infirmier en charge de ce secteur en cochant le niveau d'urgence de la prise en charge du patient.

4.4 Méthode de collecte des données

4.4.1 Population

Notre population d'étude est constituée de tous les patients se présentant au service des urgences du CHU Brugmann. Celui-ci se compose de deux sites : le site HORTA et le site BRIEN exception faite des patients mineurs et des personnes inconscientes ou incapables de donner leur consentement libre et éclairé.

4.4.2 Méthode de distribution et de recrutement

Au moment de l'inscription, le formulaire de consentement éclairé ainsi que le questionnaire étaient remis au patient avec ses étiquettes par le personnel de l'accueil. Le patient pourrait compléter le questionnaire dans la salle d'attente avant d'être vu par l'infirmier du triage. Lorsque le patient était vu par l'infirmier du triage, il a remis son questionnaire pour que l'infirmier puisse indiquer le code couleur selon l'échelle de Manchester.

Le questionnaire était gardé au triage si celui-ci a été complété par le patient. Si le patient n'avait pas eu le temps de compléter son questionnaire, il pouvait le conserver et le compléter par la suite. Le questionnaire était alors remis à l'infirmier en charge du secteur dans lequel se trouve le patient. Le temps consacré aux réponses du questionnaire (un prétest avait été effectué pour estimer celui-ci) n'excédait pas plus de 10 minutes.

En ce qui concerne les patients non ambulants c'est à dire les patients étant amenés aux urgences par ambulances ou SMUR, la distribution des questionnaires aux patients non ambulants s'est faite par l'infirmier en charge du secteur en fonction de la gravité de la situation du patient et de jugement de l'état de santé de celui-ci par l'infirmier. Dans notre étude les patients ambulants et non ambulants n'ont pas été différenciés, il est donc impossible d'estimer la proportion de chacun dans l'échantillon.

L'enquête a duré 2 mois à savoir de début février 2021 à fin mars 2021 et nous avons obtenu au total 106 questionnaires valides pour les deux sites confondus.

4.4.3 Participants

Nous avons obtenu au total 110 répondants au questionnaire sur les deux sites, dont 106 ont été complétés correctement. Les 4 autres ont donné lieu à un refus de signer le consentement éclairé. Sur les 106 questionnaires, 71 ont été recueillis aux urgences du CHU Brugmann site BRIEN et 35 aux urgences du CHU Brugmann site HORTA (*voir graphique 2 en annexe*). Notons également que sur les 106 questionnaires complétés, 103 étaient en français et 3 en néerlandais.

Notre échantillon compte 106 participant(e)s, il est composé de 38,7% d'hommes (n=41) et 61,3% de femmes (n=65) âgés en moyenne de 38,71 ans avec un écart-type de 15,59. Pour rappel, les participants de moins de 18 ans n'ont pas reçu le questionnaire. Les classes d'âge les plus représentées sont les 21-30 ans (23,6%) au même pourcentage que les 31-40 ans (23,6%) ensuite viennent les 41-50 ans (18,9%), la classe d'âge la moins représentée est celle des 81-90 ans avec moins de 1% (0,9%).

La majorité de notre échantillon est de nationalité Belge (85,8%), pour le reste de l'échantillon, il est composé de nationalité marocaine (2,8%), grecque et roumaine (1,9%) et de moins de 1% pour les autres nationalités. La majorité de notre échantillon a comme langue maternelle le Français (77,4%). Les autres langues majoritaires sont le Turc (5,7%) et l'Arabe (4,7%). D'autres langues maternelles ont été citées mais elles représentent toutes moins de 2%.

En ce qui concerne la situation conjugale, la majorité de notre échantillon est célibataire (35,8%), ensuite les personnes mariées ou en cohabitation légale (31,1%), les personnes en couple (17,9%), les personnes séparées (11,3%) et pour finir les personnes veuves représentent 3,8% de notre échantillon.

Malgré un taux de célibataires à 35,8%, la majeure partie de notre échantillon dit vivre en famille (40,6%), puis les personnes qui vivent en couple (25,5%), et les personnes vivants seules représentent 23,6%. Le reste de l'échantillon (4,7%) dit être colocataire ou est hébergé par de la famille. Aux vues de ces statistiques on constate que la majeure partie de l'échantillon vit avec une autre personne que celle-ci soit de la famille ou non.

Intéressons-nous maintenant aux études et à la profession de notre échantillon. Pour les études, 33% ont fini leur cycle de secondaire, 29,2% ont suivi des études en haute école et

17% des études universitaires. Pour le reste 15,1% ont fini le cycle inférieur (et obtenu leur CESI) et 5,7% ont obtenu juste leur CEB (certificat d'étude de base).

Dans notre échantillon, 50% sont des employés, 27,4% se déclarent comme inactives ou étudiants, 16% comme ouvriers, le reste de l'échantillon est constitué de 4,7% de profession libérale et moins de 1% sont agriculteur ou ont une profession intermédiaire.

En ce qui concerne les sous-échantillons, sur le site Horta nous avons obtenu 35 participant(e)s et 71 sur le site Brien. Les données socio-démographiques de ces deux sous-échantillons sont reprises dans le tableau 10.

Tableau des données socio-démographiques

	CHU Brugmann Site Brien (n=71)	CHU Brugmann Site Horta (n=35)	CHU Brugmann (n=106)
Genre	40,8% Homme 59,2% Femme	34,3% Homme 65,7% Femme	38,7% Homme 61,3% Femme
Age	37,24 ans moyenne 14,96 écart-type	41,69 ans moyenne 16,613 écart-type	38,71 ans moyenne 15,59 écart-type
Nationalité	Belge 85,9%	Belge 85,7%	Belge 85,8%
Langue maternelle	Français 76,1%	Français 80%	Français 77,4%
Situation conjugale	Célibataire 43,7% Marié ou cohabitant légal 28,2% Couple 14,1%	Marié ou cohabitant légal 37,1% Couple 25,7% Célibataire 25,7%	Célibataire 35,8% Marié ou cohabitant légal 31,1% Couple 17,9%
Situation familiale	Vive en famille 40,8% Seul(e) 26,8% Vive en couple 21,1%	Vive en famille 40% Vive en couple 34,3%	Vive en famille 40,6% Vive en couple 25,5% Seul(e) 23,6%
Etudes	Cycle secondaire complet 42,3% Haute école 22,5% Université 14,1% Cycle secondaire inférieur 11,9%	Haute école 42,9% Université 22,9% Cycle secondaire complet 14,3% Cycle secondaire inférieur 11,4%	Cycle secondaire complet 33% Haute école 29,2% Université 17% Cycle secondaire inférieur 15,1%
Profession	Employé 46,5% Etudiant ou inactif 29,6% Ouvrier 19,7%	Employé 57,1% Etudiant ou inactif 22,9% Ouvrier ou profession libérale 8,6%	Employé 50% Etudiant ou inactif 27,4% Ouvrier 16%

Tableau 10 : Données socio-démographiques

Nous avons comparé les échantillons du site Horta et du site Brien et réalisé un test de khi-carré ; celui-ci a montré qu'il y avait peu de différence significative entre les deux sous échantillons. Nous pouvons noter une différence entre les deux sites au niveau des études avec un khi-carré significatif ($\chi^2 = 11,174$ et une p-valeur à 0,025). Etant donnée que c'est la seule différence entre les deux sous-échantillons, nous avons décidé d'utiliser l'échantillon complet pour nos analyses.

4.4.4 Comité éthique

Le CHU Brugmann possédant son propre comité éthique, nous avons soumis notre étude. Celle-ci a été acceptée sous la référence CE 2020/221, le protocole de recherche se trouve dans les annexes. (*Document 1 en annexe*)

Une clause avec la confidentialité des données du patient a été introduite dans le consentement libre et éclairé (*voir documents 2 et 4 dans les annexes*). Les réponses aux questionnaires sont libres et anonymes.

4.5 Validation du questionnaire

Pour la validation de notre questionnaire HLS-EU-Q12 nous avons utilisé le coefficient Alpha de Cronbach. L'Alpha de Cronbach est la statistique la plus couramment utilisée pour déterminer la cohérence interne des mesures d'un questionnaire et l'homogénéité des items de celui-ci.

Il ressort que la cohérence interne du questionnaire est fiable, avec un Alpha de Cronbach à 0,865.

Nous avons également évalué la fiabilité des sous-échelles mesurant les différentes compétences et dimensions de la littératie en santé, et ont pu constater que pour les dimensions de littératie le résultat de Alpha Cronbach est tout à fait correct.

Pour les échelles mesurant les compétences l'Alpha Cronbach est moins élevé mais acceptable (proche de 0,6). Ce score plus faible est expliqué par une échelle courte. En effet, les compétences en santé ne comportent que 3 questions par compétences.

Tableau de validation du questionnaire HLS-EU-Q12 et de ses sous échelles

	Sous échelles	Nombre items	α -Cronbach
HLS-EU-Q12	Score générale	12	0,86
	Compétences littératie en santé		
	Accéder aux informations de santé	3	0,58
	Comprendre les informations de santé	3	0,53
	Utiliser les informations de santé	3	0,66
	Evaluer les informations de santé	3	0,58
	Dimensions littératie en santé		
	Soins de santé	4	0,75
	Prévention des maladies	4	0,68
	Promotion de la santé	4	0,74

Tableau 11 : Tableau validation avec score Alpha Cronbach

5 Présentation des résultats

5.1 Introduction

Ce chapitre est consacré aux différents résultats. Dans une première étape nous allons présenter les analyses du niveau de littératie en santé des patients en fonction de sexe, groupes d'âge, niveau d'études, profession, formation en santé, et la présence d'une maladie chronique, ainsi que l'utilisation des urgences et l'échelle de Manchester. Ensuite, nous allons examiner les prédicteurs de l'utilisation des urgences en nous basant sur les variables socio-démographique, le niveau de santé perçu, le niveau de littératie en santé et l'échelle de Manchester.

Pour effectuer l'analyse et le traitement des résultats, nous avons utilisé le logiciel Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 27. Pour plus de faciliter statistique, certaines données ont été catégorisées.

5.2 Résultats descriptifs

Tout d'abord, nous avons réalisé des statistiques descriptives pour évaluer le niveau de littératie en santé des patients se présentant aux urgences en fonction des variables démographiques ainsi que sur le triage des patients selon l'échelle de Manchester. Pour comparer les pourcentages de ces variables, nous avons réalisé des tableaux de fréquences ainsi que des analyses d'indépendance de Khi2.

5.2.1 Niveau de littératie en santé

Notre première observation sur le niveau de littératie est que la moyenne de notre échantillon (n=106) est de 34,30 avec un écart-type de 8,25. Nous constatons qu'il y a une forte différence entre le score minimal qui est de 1,39 et le score maximal qui est de 50. Nous observons que 45,3% (n=48) des patients ont un niveau "suffisant" de littératie en santé, 28,3% (n=30) ont un niveau "limité" et que les patients ayant un niveau "insuffisant" représente 11,3% (n=12) tandis que les patients ayant un niveau "excellent" de littératie en santé représentent 15,1% (n=16) de notre échantillon. Il est important de souligner que plus de 60% (60,4%) de notre échantillon a au minimum un niveau de littératie en santé "suffisant".

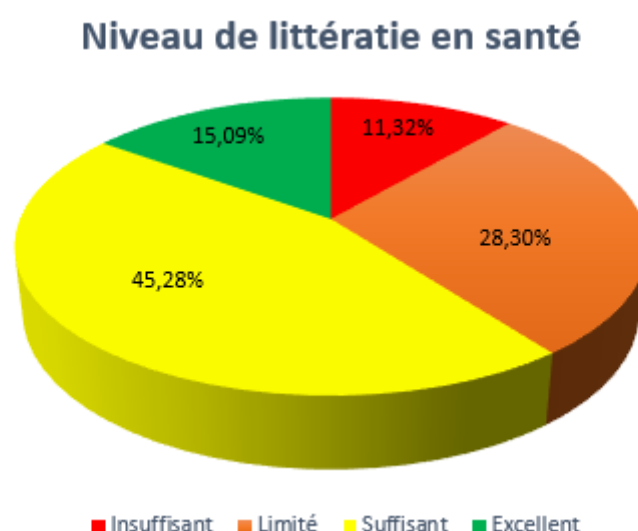


Figure 10 Pourcentage dans les différentes catégories de niveau de littératie en santé

Nous constatons que le niveau de littératie en santé de notre échantillon se rapproche du niveau obtenu lors de l'étude menée par Sciensano en 2018(47). Cela nous réconforte au niveau de la qualité de réponse de notre échantillon.

En annexe vous trouverez le niveau de littératie en santé sous forme de figure (figures 1 et 2) pour les sous échantillons. Etant donné qu'il n'y a pas de différence entre les deux sites comme expliqué plus haut, je ne vais pas le détailler dans le travail.

5.2.2 Niveau de littératie selon les catégories socio-démographiques

Les niveaux de littératie en santé obtenus par des groupes basés sur le sexe, l'âge, le niveau d'études, les maladies chroniques, le suivi des maladies chroniques par un professionnel de la santé et la formation en santé sont donnés dans le tableau 12.

On observe que les femmes obtiennent généralement des scores plus élevés : plus de femmes (18,5%) que d'hommes (9,8%) ont obtenu un score "excellent" de littératie en santé, et un plus grand pourcentage de femmes (47,7%) que d'hommes (41,5%) ont obtenu un score "suffisant". Or, cette différence n'est pas statistiquement significative.

Par rapport à l'âge, la catégorie 41-50ans ont majoritairement (47,5%) une littératie en santé "Excellente" et que la catégorie 71-80ans et 81-90ans ont respectivement un niveau "Insuffisant" à 80% et "limité" à 100%, cependant, ces deux catégories ne représentent que 2,8% de notre échantillon. Nous constatons également dans la catégorie 21-30ans que la majorité n'a pas un niveau de littératie "suffisant", seul 28,5% de cette catégorie obtient un niveau de littératie "suffisant" contre 45,6% pour un niveau "limité". Le reste de cette catégorie est composé de 15,5% de patient ayant un "excellent" niveau et 10,4% d'un niveau "insuffisant". D'autre part la catégorie 61-70ans (7,5% de l'échantillon) montre clairement un niveau "insuffisant" (61,2%) de littératie en santé. Cette différence est bien significative avec un p-valeur de 0,016.

En ce qui concerne le niveau d'études, il ressort que les catégories école supérieure et université obtiennent de meilleur niveau de littératie en santé. Plus de 70% ont au minimum un niveau "suffisant" et respectivement 41,7% pour l'école supérieur et 41,4% de l'université ont des niveaux "excellent" de littératie. Au contraire la catégorie fin école primaire a

majoritairement (54,8%) un niveau “insuffisant” de littératie. Cette variable est également significative avec une p-valeur de 0,043.

Chez 33,6% des patients ayant une maladie chronique, le niveau de littératie en santé est “insuffisant” contre 19,9% pour les patients qui n’en ont pas. De plus 29,4% des patients atteints de maladie chronique ont un “excellent” niveau de littératie. Or cette différence n’est pas significative statistiquement.

Il ressort que 59% des patients étant suivi par les professionnels de santé ont un niveau de littératie au minimum “suffisant” contre 11% pour les patients n’étant pas suivi. Cependant, cette différenciation n’est pas significative.

Nous constatons que 43,4% des patients ayant reçu une formation en santé ont un excellent niveau de littératie contre 16,2% dans l’autre catégorie. A l’opposé 33,9% de la catégorie n’ayant pas reçu de formation ont un niveau “insuffisant” de littératie. Cette variable est statistiquement significative.

Tableau de comparaison entre le niveau de littératie en santé et les variables socio-démographiques

Variables socio-démographiques	Niveau de littératie en santé (%)				Khi carré	P-valeur
	Insuffisant	Limité	Suffisant	Excellent		
Genre					$\chi^2 = 2,933$	p-valeur = 0,402
Homme	14,6%	34,1%	41,5%	9,8%		
Femme	9,2%	24,6%	47,7%	18,5%		
Catégorie d’âge					$\chi^2 = 37,297$	p-valeur = 0,016
18 – 20 ans	16,1%	51,6%	28,5%	24,2%		
21 – 30 ans	10,4%	45,6%	28,5%	15,5%		
31 – 40 ans	10,8%	21,6%	43,2%	24,3%		
41 – 50 ans	27,1%	7,2%	18,1%	47,5%		
51 – 60 ans	37,7%	15,1%	33%	14,2%		
61 – 70 ans	61,2%	8,2%	15,3%	15,3%		
71 – 80 ans	80%	-	20%	-		
81 – 90 ans	-	100%	-	-		

Niveau d'études					χ^2	p-valeur =
Fin école primaire	54,8%	11%	13,7%	20,5%	=21,502	0,043
Fin 3ème secondaire	37,7%	40,3%	12,6%	9,4%		
Fin école secondaire	36,3%	29%	21,1%	13,6%		
Ecole supérieur	7,9%	12,7%	37,7%	41,7%		
Universitaire	-	27,6%	31%	41,4%		
Maladies chroniques					χ^2 =4,756	p-valeur=
Patients atteints d'une maladie chronique	33,6%	20,2%	16,8%	29,4%		0,191
Patients sans maladie chronique	19,9%	27,9%	29,9%	22,4%		
Suivi des maladies chroniques par un professionnel de santé					χ^2 =4,756	p-valeur=
Oui	20,5%	20,5%	28,2%	30,8%		0,191
Non	44,4%	44,4%	11,1%	-		
Formation en santé					χ^2 =	p-valeur =
Oui	6,4%	18%	32,2%	43,4%	9,671	0,022
Non	33,9%	28,4%	21,6%	16,2%		

Tableau 12 Comparaison entre le niveau de littératie et les variables socio-démographiques

Les différents graphes se trouvent dans les annexes.

Aux vues de ces analyses, nous constatons que la catégorie d'âge, le niveau d'étude et la formation en santé ont un lien significatif avec le niveau de littératie en santé.

5.2.3 Niveau de littératie et le niveau de santé perçu

En ce qui concerne l'état de santé perçu des répondants, la majeure partie de l'échantillon considère son état de santé comme "Bon" (34,9%). 26,4% représentent les états de santé "Très Bon" et "Moyen". 8,5% déclarent leur santé "Excellente" et seulement 2,8% se déclarent en "Mauvaise" santé. (Une personne n'a pas su évaluer son état de santé perçu).

Nous pouvons donc dire qu'environ 70% (69,8%) de notre échantillon se considèrent au minimum en “Bonne ”santé, tout en sachant que 32,1% de notre échantillon souffre de maladie chronique. La majeure partie de notre échantillon n’a pas reçu de formation (67%) dans le domaine de la santé.

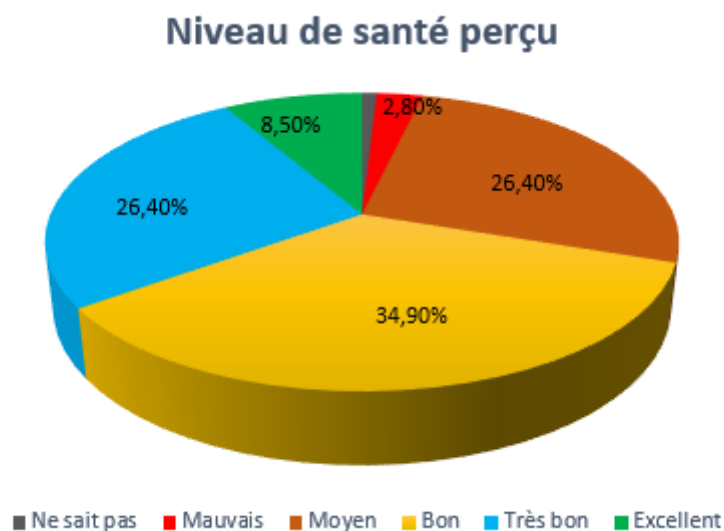


Figure 11 Pourcentage pour chaque niveau de santé perçu

Lorsque l’on met en relation le niveau de littératie et de la santé perçu, nous constatons que les patients ayant un niveau de santé perçu moyen ont un niveau de littératie insuffisant pour 56,4% d’entre eux. Ce qui est relativement élevé aux vues des autres catégories. Pour les patients qui considèrent que leur niveau de santé perçu est excellent, plus de 60% de ceux-ci ont au minimum un niveau de littératie en santé suffisant.

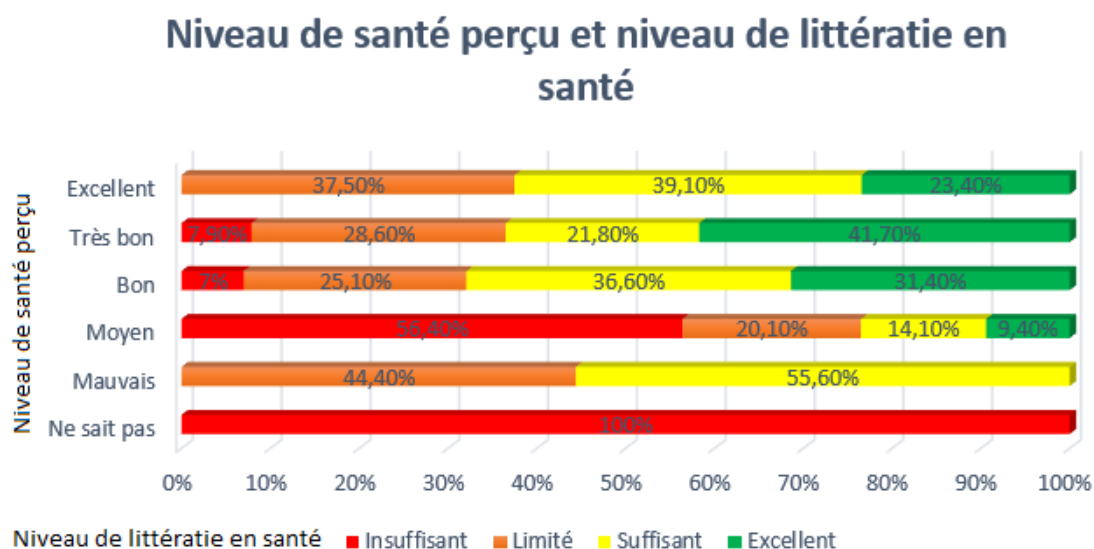


Figure 12 Niveau de santé perçu et niveau de littératie en santé

Le test de Khi² ($\chi^2=30,738$ avec p-valeur= 0,01) est significatif, nous pouvons donc dire qu'il existe un lien entre le niveau de littératie en santé et la santé perçue des patients.

5.2.4 Triage des patients selon l'échelle de Manchester

Notre observons que la majorité des patients (66%) de notre échantillon (n=106) ont été triés, selon échelle de Manchester(15), en Vert. Ce qui correspond à une prise en charge standard avec un délai d'attente de 120 minutes.

26,4% ont été triés en Jaune, 4,7% en Bleu, 1,9% en Orange et 0,9% en Rouge.

Il est important de souligner que plus de 70,7% de notre échantillon a été trié pour une prise en charge non-urgente ou standard. Le délai des différentes prises en charges a été exposé dans le chapitre 2.4.

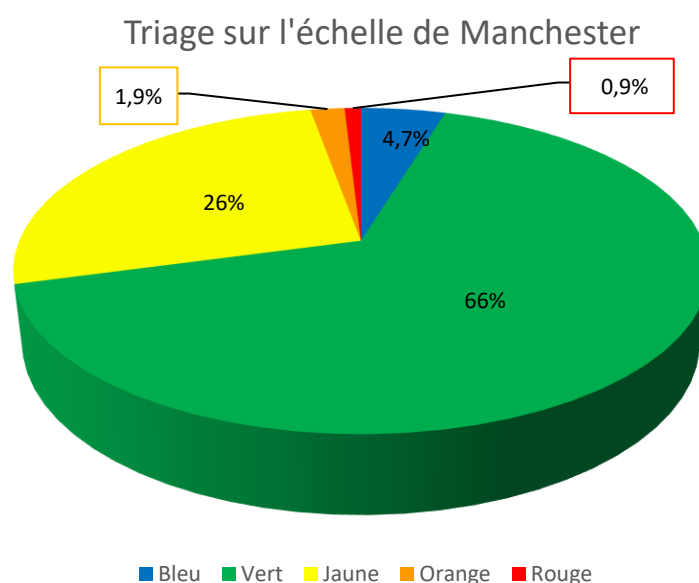


Figure 13 : Triage des patients sur l'échelle de Manchester

5.2.5 L'échelle de Manchester et les variables socio-démographiques

Tableau de comparaison entre l'échelle de Manchester et les variables socio-démographiques

Variables socio-démographiques	L'échelle de Manchester					Khi carré	P-valeur
	Bleu	Vert	Jaune	Orange	Rouge		
Genre	Pourcentage dans la catégorie					χ^2	p-valeur=
Homme	4,9%	61%	31,7%	-	2,4%	=3,819	0,431
Femme	4,6%	69,2%	23,1%	3,1%	-		
Catégorie d'âge						χ^2	p-valeur
18 – 20 ans	7,7%	76,9%	7,7%	-	7,7%	=26,701	= 0,535
21 – 30 ans	-	60%	36%	4%	-		
31 – 40 ans	4%	68%	24%	4%	-		
41 – 50 ans	5%	70%	25%	-	-		
51 – 60 ans	-	66,7%	33,3%	-	-		
61 – 70 ans	12,5%	62,5%	25%	-	-		
71 – 80 ans	50%	-	50%	-	-		
81 – 90 ans	-	100%	-	-	-		
Niveau d'études						χ^2	p-valeur
Fin école primaire	16,7%	66,7%	-	-	16,7%	=39,912	= 0,001
Fin 3ème secondaire	6,3%	62,5%	31,3%	-	-		
Fin école secondaire	2,9%	80%	17,1%	-	-		
Ecole supérieure	6,5%	48,4%	45,2%	-	-		
Universitaire	-	72,2%	16,7%	11,1%	-		
Formation en santé						$\chi^2 =$	p-valeur
Oui	5,7%	68,6%	22,9%	2,9%	-	1,165	= 0,884
Non	4,2%	64,8%	28,2%	1,4%	1,4%		

Tableau 13 L'échelle de triage et les variables socio-démographiques

On observe que 30% des hommes ont généralement obtenu un niveau de triage élevé, avec des prises en charges urgentes et immédiates contre environ 25% pour les femmes (*graphique 9 dans les annexes*). A noter que cette différence n'est pas statistiquement significative.

En ce qui concerne le niveau d'études (*graphique 11 dans les annexes*), il ressort que cette variable est significative. En effet, nous constatons des différences plus marquées entre les niveaux d'études.

Il n'y a également pas de grande différence à signaler entre différentes catégories par rapport à l'âge (*graphique 10 dans les annexes*) et à la formation en santé. Ces variables ne sont pas statistiquement significatives.

Il ressort de cette analyse que seule la variable « niveau d'études » influence le niveau de triage obtenu par le patient.

5.3 Littératie en santé et utilisation des soins d'urgences

5.3.1 Niveau de littératie en santé et le recours au service des urgences endéans les 6 mois

Nous avons exclu les patients qui ne se souvenaient pas avoir consulté les urgences endéans les six mois (3 exclus). Ensuite, nous avons fait deux catégories ; les patients ayant eu recours aux urgences endéans les 6 mois et ceux qui n'y ont pas eu recours.

Nous constatons qu'il n'y a pas vraiment de différence majeure de niveau de littératie entre les patients qui ont consulté un service d'urgences endéans les six mois et les autres.

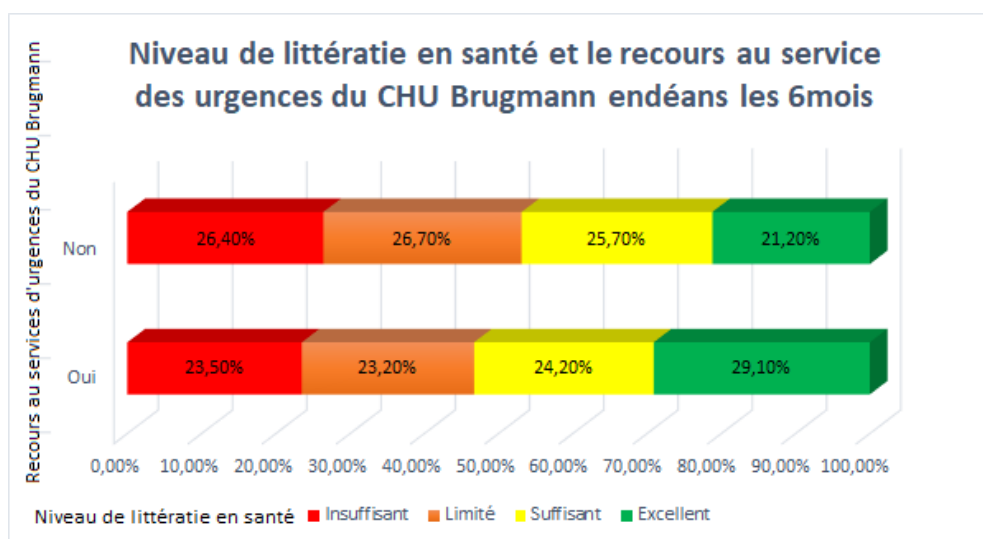


Figure 14 Niveau de littératie en santé et le recours au service des urgences endéans les 6 mois

Le Khi2 étant de 0,601 et la p-valeur = 0,896, nous ne pouvons pas mettre en évidence un lien significatif entre le niveau de littératie en santé et la consultation au service des urgences endéans les 6 mois.

5.3.2 Niveau de littératie en santé et l'échelle de triage Manchester

Nous avons créé 2 catégories au départ des 5 catégories que comporte l'échelle de Manchester à savoir : les soins non urgents qui reprend les catégories Bleu et Vert et soins d'urgences modérées ou absolues avec les catégories Jaune, Orange et Rouge.

Dans la catégorie « soins non urgents », nous avons 75 patients et dans l'autre catégorie à savoir « soins d'urgences modérées ou absolues » nous avons 31 patients.

Nous constatons que dans la catégorie soins non urgent 31,3% ont un niveau de littératie insuffisant contre 7,8% dans l'autre catégorie.

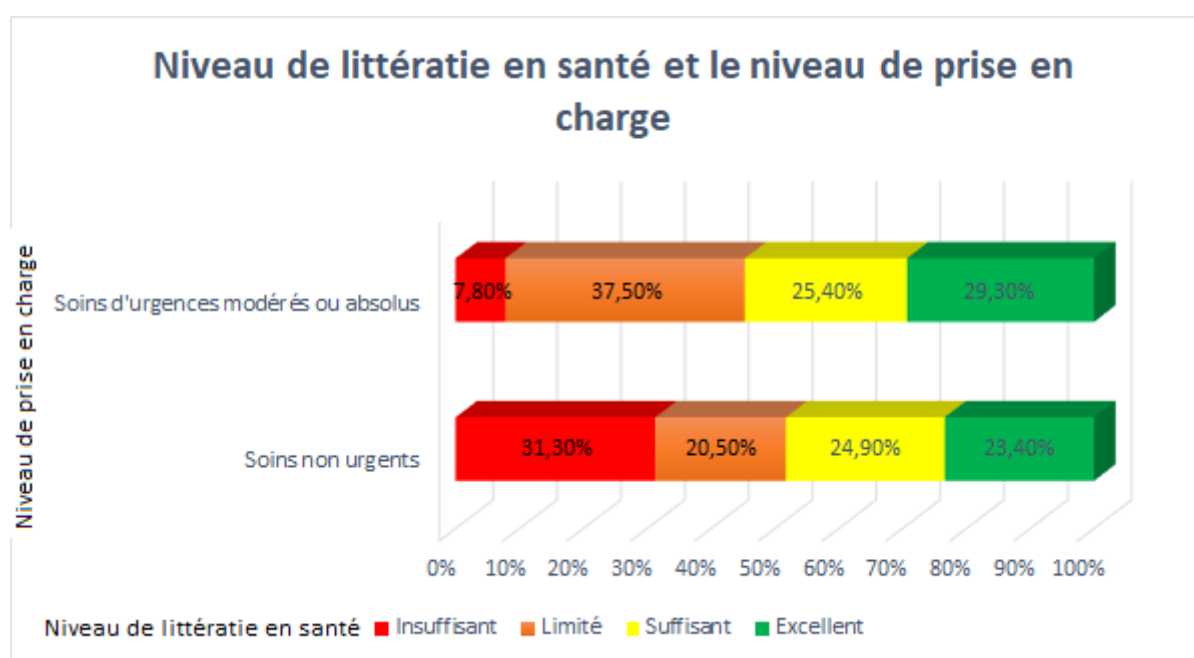


Figure 15 Niveau de littératie en santé et le niveau de prise en charge

Le test de Khi2 étant de 4,352 avec une p-valeur de 0,226, ne nous permet pas de mettre en évidence un lien significatif entre le niveau de littératie en santé des patients et le degré d'urgence des soins. Cependant il est important de souligner que dans la catégorie « soins non urgents », nous obtenons 31,3% de patients avec un niveau de littératie en santé insuffisant.

5.3.3 Analyses prédictives

Afin de prédire quelles variables influencent la consommation de soins de santé aux urgences, nous avons réalisé une série d'analyses de régression logistique en étapes.

Tout d'abord, nous avons inclus dans notre modèle les variables socio-démographiques, à savoir : le sexe, les catégories d'âges en années, les études, la profession et le suivi d'une formation sur la santé afin de savoir si ces variables influencent le score du patient sur l'échelle de Manchester. Pour ces différentes variables, nous avons réduit le nombre de catégories

La variable « catégories d'âge en année » a été réduite à 3 catégories à savoir les 18 - 40 ans, 41 – 60 ans et les 61 – 90 ans. La variable « études » a été recodée en 3 catégories, études primaire, études secondaires et études supérieures. Et enfin, la variable « profession » a été modifiée en 3 catégories également, les métiers plutôt « manuels » qui reprend les agriculteurs, les commerçants, les ouvriers ainsi que la catégorie « autres », les employés et les métiers « à responsabilités » à savoir les cadres, professions libérales et intermédiaires.

A la suite de cette étape 1, avec l'inclusion des variables socio-démographiques, nous constatons que ces différentes variables ne sont pas prédictives de la prise en charge du patient.

Tests composites des coefficients du modèle à l'étape 1

		Khi-carré	ddl	Sig.
Etape 1	Etape	6,192	7	,517
	Bloc	6,192	7	,517

Tableau 13 : Test composite des coefficients du modèle à l'étape 1 sur SPSS

Comme nous le montre les tests composites, la p-valeur est de 0,517, nous pouvons dire que le modèle avec ces variables ne prédit pas significativement la prise en charge de soins d'urgences modérés ou absolus. Le R-deux de Nagelkerke se situe à 0,081 et indique que seulement 8 % de la variation dans la probabilité pour un patient d'être inclus dans les prises en charge modérées ou absolues pourrait être expliquée par l'ensemble des variables significatives.

Variables de l'équation

								Intervalle de confiance 95% pour EXP (B)	
Etape 1		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp (B)	Inférieur	Supérieur
	Sexe (Homme)	,484	,474	1,040	1	,308	1,622	,640	4,111
	Catégorie âge			,236	2	,889			
	Catégorie études			4,861	2	,088			
	Catégorie études (école primaire)	-1,4	1,196	1,37	1	,242	,247	,024	2,571
	Catégorie études (école secondaire)	-1,061	,505	4,420	1	,036	,346	,129	,931
	Catégorie profession			,429	2	,807			

Tableau 14 Variables de l'équation sur SPSS

Dans ce tableau, ci-dessus nous constatons que la variable catégorie d'études « école secondaire » est significative, de plus nous constatons que la variable catégorie d'études dans son ensemble est significative mais avec une erreur de 10% (si p-valeur 0,1). La variable catégories d'études semble être une variable prédictive si on considère une erreur de 10%.

Dans cette étape nous constatons également que pour le sexe, le fait d'être un homme multiplie le risque par 1,6 ($\text{Exp}(B) = 1,622$) d'avoir une prise en charge en soins d'urgences dans la catégorie urgences modérées ou absolues qu'une femme.

A l'étape 2, nous introduisons la variable catégorie de santé perçue. Nous constatons que l'ajout de cette variable n'apporte rien au modèle prédictif au vue de sa p-valeur 0,168.

		Khi-carré	ddl	Sig.
Etape 2	Etape	1,899	1	,168
	Bloc	1,899	1	,168

Tableau 15 : Coefficient du modèle à l'étape 2 sur SPSS

Cependant nous constatons que l'ajout de cette variable à augmenter le taux de prédiction du modèle qui est passé de 69,8% après la 1^{ère} étape à 72,6% à la 2^{ème} étape.

Le R-deux de Nagelkerke se situe à 0,140 et indique que seulement 14 % de la variation dans la probabilité pour un patient d'être inclus dans les prises en charge modérées ou absolues pourrait être expliquée par l'ensemble des variables significatives.

								Intervalle de confiance 95% pour EXP (B)	
Etape 2		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp (B)	Inférieur	Supérieur
	Catégorie santé perçue (minimum une bonne santé perçue)	-,789	,576	1,876	1	,171	,454	,147	1,405

Tableau 16 : Inclusion de la variable santé perçue sur SPSS

Dans une deuxième étape, l'ajout de la santé perçue comme variable de prédiction n'augmente pas la prédiction de manière significative.

Dans l'étape 3, l'ajout du niveau de littératie en santé ne permet pas de prédire significativement le score du patient sur l'échelle de Manchester.

		Khi-carré	ddl	Sig.
Etape 3	Etape	5,665	3	,128
	Bloc	5,665	3	,128

Tableau 17 : Coefficient du modèle à l'étape 3 sur SPSS

Le R-deux de Nagelkerke se situe à 0,205 et indique que seulement 20,5 % de la variation dans la probabilité pour un patient d'être inclus dans les prises en charge modérées ou absolues pourrait être expliquée par l'ensemble des variables significatives ce qui est relativement faible.

Intervalle de confiance 95% pour EXP (B)									
Etape 3		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp (B)	Inférieur	Supérieur
	Niveau de littératie en santé			4,686	3	,196			

Tableau 18 : Inclusion de la variable littératie en santé sur SPSS

Le récapitulatif des 3 étapes se situe dans les annexes (tableau 1).

A la suite de ces analyses de prédictions, nous ne pouvons pas mettre en évidence que le niveau de littératie en santé de même que le niveau de santé perçu et les variables socio-démographiques vont influencer la consommation de soins d'urgences.

Nous notons tout de même que la variable « études » semble être celle qui est la plus prédictive sur la consommation de soins d'urgences.

Suite à ces analyses de régression logistique et aux vues des résultats, il m'a paru pertinent de réaliser une analyse discriminante. Cependant, celle-ci ne donne pas de résultats différents des analyses de régression logistiques effectués.

6 Discussion

6.1 Introduction

Le but de cette étude était de voir s'il y avait un lien entre le niveau de littératie et la surconsommation des soins de santé aux urgences. Nous allons dans ce chapitre mettre en comparaison les résultats que nous avons obtenus avec la littérature et par la suite, nous présenterons les limites de notre étude ainsi que les pistes pour les futures recherches et les pistes d'intervention.

6.2 Discussion des résultats obtenus

Dans l'ensemble, notre échantillon (n=106) a, au minimum, un niveau de littératie en santé suffisant (60,4%) ; cela correspond relativement au niveau de la population Belge âgée de 18 ans et plus (57%). Il est important de souligner la qualité de notre échantillon en effet aux regards des scores obtenus sur le niveau de littératie en santé, nous constatons que ceux-ci sont assez similaire au niveau obtenu lors de l'étude de Sciensano(44).

Plusieurs variables socio-démographiques ont été évaluées en rapport avec le niveau de littératie en santé notamment le genre, les catégories d'âge, le niveau d'étude, les maladies chroniques, le suivi d'un professionnel de santé pour ces maladies chroniques et la formation en santé. Les résultats obtenus montrent que les catégories d'âges, le niveau d'études et la formation en santé ont un lien significatif avec le niveau de littératie en santé.

Dans l'étude réalisée par Avalosse et al.(39) , nous remarquons également que le niveau de formation a une grande influence sur le niveau de littératie en santé. Dans notre étude, plus de 72,4% des patients ayant fait des études universitaires, ont un niveau de littératie en santé suffisant. Si nous comparons, nos résultats à ceux de l'étude d'Avalosse et al., nous constatons que ceux-ci sont assez similaires en effet 62% de ceux qui ont une formation universitaire avait un niveau de littératie en santé suffisant dans l'étude réalisée par Avalosse et al..

Cependant, en ce qui concerne le lien entre la consommation des soins d'urgences et les différentes variables, les variables socio-démographiques, le niveau de santé perçu et le niveau de littératie en santé, nous n'avons pas pu mettre en évidence un lien significatif.

Il n'y a pas de travaux qui semblent s'être intéressés au lien entre le niveau de littératie en santé et la consommation de soins d'urgences. Les analyses inférentielles réalisées montrent que ce serait le niveau d'étude qui prédit le mieux la consommation de soins d'urgences. Il est important de souligner que nous savons qu'il existe un lien entre le niveau de littératie en santé et le niveau d'étude, cela a déjà été référencé dans plusieurs études. Le lien entre le niveau de littératie en santé et la consommation de soins d'urgences n'est donc pas à exclure, d'autres travaux pourraient être réalisés dans ce sens.

6.3 Les limites

Plusieurs limites ont été identifiées lors de cette étude. Celles-ci portent principalement sur le questionnaire, la méthode de distribution et l'échantillon.

Effectivement, nous avons constaté dans notre échantillon une faible fréquence des scores de Manchester orange et rouge, ce qui peut être expliqué par le fait que les patients triés dans ce code couleur nécessitent une prise en charge immédiate avec un temps d'attente de 10 minutes maximum. Il est évident que ces patients n'ont pas eu le temps de remplir le questionnaire aux vues du degré d'urgence et l'appréciation de la capacité à répondre à celui-ci, en fonction de la gravité et de l'état de santé du patient, a été laissé à l'infirmier responsable de ce secteur.

Les patients amenés par les ambulances et les SMUR, n'ont pas systématiquement rempli les questionnaires. Ceux-ci ne passent pas par le trajet habituel, le personnel de l'accueil ne pouvait leur fournir un questionnaire et c'est l'infirmier en charge du secteur qui en avait la tâche cependant comme expliqué plus haut cela dépend de l'état du patient. En général, les patients ramenés par un SMUR sont également triés en Orange ou Rouge sur l'échelle de Manchester.

Il est également ressorti, après discussion sur le déroulement de distribution des questionnaires avec le personnel de l'accueil, que ceux-ci ne distribuaient pas les questionnaires aux personnes ne parlant pas du tout français ni néerlandais. Ils ont soulevé le

problème de la barrière linguistique dans plusieurs cas. En ce qui concerne le questionnaire en lui-même, le retour obtenu a été la difficulté de compréhension du questionnaire de la littératie en santé le HLS-EU-Q12. Certains patients ont demandé de l'aide aux infirmiers pour compléter cette partie, de ce fait les réponses ont pu être influencées.

Une difficulté rencontrée durant cette étude est due à la pandémie COVID 19, et dès lors, aux conditions de restrictions d'accompagnement des patients aux urgences. En effet, ceux-ci n'étaient pas accompagnés et n'ont pas pu être aidé par un membre de leur famille pour le remplissage du questionnaire lorsque ceux-ci avaient une difficulté de compréhension.

6.4 Piste de recherche et d'interventions pour le futur

Aucune étude n'a été réalisée sur la littératie en santé et la surconsommation des soins de santé aux services des urgences. Pourtant, les services d'urgences connaissent une hausse de consommation de soins et ce depuis plusieurs années.

La littératie en santé est un concept en plein développement et, de plus en plus, les pouvoirs politiques en matière de santé s'y intéressent.

Aux vues du manque de littérature sur ce sujet, il serait intéressant de faire une étude avec un échantillon plus important pour obtenir des données probantes et peut-être mettre en lumière un lien entre la littératie en santé et la consommation des soins d'urgences, ce que notre étude n'a malheureusement pas pu établir.

6.5 Conclusion

Il était question de s'interroger sur les résultats obtenus avec ceux de la littérature. Au niveau de la littératie en santé, les résultats semblent corrélés avec les études réalisées.

Cependant dans la littérature, nous ne possédons pas d'informations sur le lien entre le niveau de littératie en santé la consommation de soins d'urgences puisqu'aucune étude n'a encore été menée dans ce sens.

7 Conclusion générale

En Belgique, la notion de littératie est un concept émergeant. Dans la littérature, il a été démontré qu'un faible niveau de littératie en santé aura un impact sur la consommation de soins de santé ainsi que sur la mauvaise utilisation des services de santé.

Le personnel des urgences est confronté à une surcharge de leur service et à une consommation importante des soins d'urgences. Nous avons pu constater que la mise en place d'un système de triage ne peut à lui seul diminuer cette surcharge. C'est pourquoi, il est important d'améliorer son niveau de littératie en santé du patient notamment éduquant celui-ci comme le souligne P-G Claret « *Afin de changer certains comportements abusifs, il est nécessaire d'informer, d'expliquer et de communiquer sur les alternatives aux services d'urgences...* »(11).

Ce mémoire a été élaboré avec comme objectif d'explorer le niveau de littératie des patients se présentant aux services d'urgences du CHU Brugmann et de mettre en relation celui-ci avec l'utilisation et la consommation des soins d'urgences. Malheureusement, cette étude n'a pas mis en évidence un lien significatif entre le niveau de littératie en santé et la consommation de soins d'urgences.

Ces résultats s'inscrivent dans le cadre d'une première étude sur le lien entre la consommation des soins d'urgences et le niveau de littératie en santé sur un territoire restreint en Belgique. Elle nécessite d'être approfondie, améliorée et étendue pour offrir des éléments nouveaux afin d'améliorer la prise en charge des patients aux urgences ainsi que de limiter les conséquences d'une surconsommation de soins et une surcharge du service des urgences.

8 Bibliographie

1. Emergency Care Services: Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand [Internet]. 2015 août [cité 12 mai 2021]. (OECD Health Working Papers; vol. 83). Report No.: 83. Disponible sur: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/emergency-care-services_5jrts344crns-en
2. Drieskens S. Contacts avec le service des urgences. Institut Scientifique de Santé Publique: Enquête de santé par interview, Belgique. 2008;54.
3. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. déc 2012;12(1):80.
4. Van den Broucke S. La littératie en santé : un concept critique pour la santé publique. juin 2017;(440):11-3.
5. Vandenbosch J, Van den Broucke S, Vancorenland S, Avalosse H, Verniest R, Callens M. Health literacy and the use of healthcare services in Belgium. J Epidemiol Community Health. oct 2016;70(10):1032-8.
6. LOIS, DECRETS, ORDONNANCES ET REGLEMENTS Arrêté royal fixant les normes auxquelles une fonction " soins urgents spécialisés " doit répondre pour être agréée. [Internet]. juin 19, 1998. Disponible sur: http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1998042740&table_name=loi
7. SPF Intérieur - Direction 112. Comprendre les bases de l'aide médicale urgente | Civiele Veiligheid [Internet]. 2016 [cité 8 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.civieleveiligheid.be/fr/formation/comprendre-les-bases-de-l-aide-medicale-urgente>
8. MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE L'ENVIRONNEMENT. Arrêté royal fixant les normes auxquelles une fonction « soins urgents spécialisés » doit répondre pour être agréée [Internet]. avr 27, 1998. Disponible sur: <http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/1998/04/27/1998022353/moniteur>
9. Vassy C. L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire. Mouvements. 2004;32(2):67.
10. FELE D. Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. Le recours aux urgences hospitalières par les Bruxellois (2008-2016) : Focus sur la population de moins de 15 ans et de 65 ans et plus. Commission communautaire commune, Bruxelles, 2019. Observatoire de la santé du social Bruxelles, Commission Communautaire Commune, éditeurs. janv 2019 [cité 12 avr 2021]; Disponible sur: <https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/publications/dossier-20191-le-recours-aux-urgences-hospitalieres-par-les-bruxellois-2008>

11. Claret P-G, Bobbia X, Richard P, Poher F, de La Coussaye J-E. Surcharge du service des urgences : causes, conséquences et ébauches de solutions. *Ann Fr Med Urgence*. mars 2014;4(2):96-105.
12. Morley C, Unwin M, Peterson GM, Stankovich J, Kinsman L. Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions. Bellolio F, éditeur. *PLoS ONE*. 30 août 2018;13(8):e0203316.
13. Société Française de Médecine d'Urgence. Le triage en structure des urgences Recommandations formalisées d'experts. SFMU; 2013.
14. Beveridge R, John S, Clarke B, John S, Janes L, John S, et al. ÉTG L'échelle canadienne de triage & de gravité pour les départements d'urgence. :20.
15. Zachariasse JM, Seiger N, Rood PPM, Alves CF, Freitas P, Smit FJ, et al. Validity of the Manchester Triage System in emergency care: A prospective observational study. Abe T, éditeur. *PLoS ONE*. 2 févr 2017;12(2):e0170811.
16. Petersen P, Kwan S. The 7th WHO Global Conference on Health Promotion - towards integration of oral health (Nairobi, Kenya 2009). *Community Dental Health*. 1 juin 2010;(27):129-36.
17. Simonds SK. Health Education as Social Policy. *Health Education Monographs*. mars 1974;2(1_suppl):1-10.
18. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD, World Health Organization, éditeurs. Health literacy: the solid facts. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2013. 73 p. (The solid facts).
19. Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association. *JAMA*. 10 févr 1999;281(6):552-7.
20. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. :10.
21. Batterham RW, Hawkins M, Collins PA, Buchbinder R, Osborne RH. Health literacy: applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. *Public Health*. mars 2016;132:3-12.
22. Mancuso JM. Health literacy: A concept/dimensional analysis. *Nursing & Health Sciences*. sept 2008;10(3):248-55.
23. Pleasant A. Advancing Health Literacy Measurement: A Pathway to Better Health and Health System Performance. *Journal of Health Communication*. 2 déc 2014;19(12):1481-96.
24. Okan O, Bauer U, Levin-Zamir D, Pinheiro P, Sorensen K. *International Handbook of Health Literacy*. :766.

25. Parker RM, Baker DW, Williams MV, Nurss JR. The test of functional health literacy in adults: A new instrument for measuring patients' literacy skills. *J Gen Intern Med.* oct 1995;10(10):537-41.
26. Davis TC, Long SW, Jackson RH, Mayeaux EJ, George RB, Murphy PW, et al. Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Fam Med.* juin 1993;25(6):391-5.
27. Weiss BD. Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign. *The Annals of Family Medicine.* 1 nov 2005;3(6):514-22.
28. (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European et al. - 2012 - Health literacy and public health A systematic re.pdf.
29. Pelikan JM, Ganahl K. Measuring health literacy in Europe: Introducing the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). :24.
30. Sørensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, Fullam J, Doyle G, Slonska Z, et al. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health.* déc 2013;13(1):948.
31. Duong TV, Aringazina A, Kayupova G, Pham TV, Pham KM, Truong TQ, et al. Development and Validation of a New Short-Form Health Literacy Instrument (HLS-SF12) for the General Public in Six Asian Countries. 2019;3(2):14.
32. Rouquette A. Validity and measurement invariance across sex, age, and education level of the French short versions of the European Health Literacy Survey Questionnaire. :15.
33. Finbråten HS. Establishing the HLS-Q12 short version of the European Health Literacy Survey Questionnaire: latent trait analyses applying Rasch modelling and confirmatory factor analysis. 2018;17.
34. Boade G. Robustesse du modèle de Rasch unidimensionnel à la violation de l'hypothèse d'unidimensionnalité. 2 août 2013 [cité 14 avr 2021]; Disponible sur: <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/9942>
35. Culture et santé ASBL. LA LITTÉRATIE EN SANTÉ Cultures Santé D'un concept à la pratique. Guide animation [Internet]. Mannaerts D, éditeur. Culture et Santé; 2016 [cité 4 févr 2021]. Disponible sur: <http://www.cultures-sante.be/>
36. Littératie en santé au Canada : Une question de bien-être. :41.
37. Organisme Mondial de la Santé 1999 O. Glossaire de la promotion de la santé. Organisation mondiale de la santé 1999;
38. The World Health Organization's, Elrington J. Skills for Health - Skills-based health education including life skills: An important component of a Child-Friendly/Health-Promoting School. 22 avr 2003;138.
39. Avalosse H, Verniest R, Vancorenland S, Cock SD, Cornerotte S. Littératie en santé (Health literacy) et sources d'information. :16.

40. Guigné F, Duke P, Rourke L. Regarder au-delà de la littératie. *Can Fam Physician*. juin 2013;59(6):e254-6.
41. Van den Broucke S, Renwart A. LA LITTÉRATIE EN SANTE EN BELGIQUE : UN MEDiateur DES INEGALITES SOCIALES ET DES COMPORTEMENTS DE SANTE. [Louvain-la-Neuve]: Université Catholique de Louvain; 2014.
42. Cock SD, Cornerotte S, Van den Broucke S, Gerard F, Vancorenland S, Verniest R, et al. Littératie en santé (Health literacy) et sources d'information - Éducation Santé [Internet]. <https://educationsante.be>. 2017 [cité 12 avr 2021]. Disponible sur: <https://educationsante.be/litteratie-en-sante-health-literacy-et-sources-dinformation>
43. Sørensen K, Doyle G, Fullam J, Kondilis B, Agrafiotis D, Uiters E, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). :6.
44. Sciensano. Littératie en santé [Internet]. Vers une Belgique en bonne santé. 2018 [cité 12 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/determinants-de-sante/litteratie-en-sante>
45. Rondia K, Adriaenssens J, Van den Broucke S, Kohn L, Centre fédérale d'expertise des soins de santé, KCE. Littératie en santé : quels enseignements tirer des expériences d'autres pays? -Synthèse. 2019 p. 30. Report No.: KCE Report 322Bs.
46. Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Brand H, Sorensen K. COMPARATIVE REPORT ON HEALTH LITERACY IN EIGHT EU MEMBER STATES. :92.
47. Charafeddine R, Demarest S, Berete F. Enquête de santé 2018 : Littératie en santé . Bruxelles, Belgique : Sciensano. Numéro de rapport : D/2019/14.440.72. Disponible en ligne : www.enquetesante.be [Internet]. [cité 12 mai 2021]. Disponible sur: https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/HL_FR_2018.pdf
48. European Commission. Consumers, Health and Food Executive Agency., NIVEL., RIVM., EPHA. Study on sound evidence for a better understanding of health literacy in the European Union: final report. [Internet]. LU: Publications Office; 2014 [cité 12 avr 2021]. Disponible sur: <https://data.europa.eu/doi/10.2818/150402>
49. Van den Broucke S, Discart M. Séminaires sur les inégalités sociales de santé Synthèse du 11 octobre 2016. 11 oct 2016;22.
50. Ravel DG. Validation française du REALM-R, un outil pour l'évaluation de littératie en santé. 24 oct 2016;57.
51. OCDE, European Observatory on Health Systems and Policies (2019). Belgique: Profils de santé par pays 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies. Brussels; 2019.
52. Organisation for Economic Co-operation and Development, European Observatory on Health Systems and Policies. Belgique: profils de santé par pays 2019. 2019.
53. Rowlands G, Trezona A, Russell S, Lopatina M, Pelikan J, Paasche-Orlow M, et al. Rapport de synthèse n° 65 du Réseau des bases factuelles en santé. :94.

54. Pour Une Approche Systematique Du Renforcement Des Systemes De Sante. World Health Organization; 2010.
55. Savopol H, Bischoff T. Littératie en santé : élaboration d'un outil de dépistage pour les médecins de famille. :35.
56. Ousseine Y, Mancini J, Bouhnik A-D, Préau M, Rousseau S. Recherche d'informations et littératie en santé. In 2018. p. 246-61.
57. Auwers T, Horta PV. Données Phares dans les soins de santé, Hopitaux généraux. 2019;38.
58. Li S, Cui G, Kaminga AC, Cheng S, Xu H. Associations between Health Literacy, eHealth Literacy, and COVID-19-related health behaviors among Chinese College Students: A Cross-Sectional Study. J Med Internet Res. 3 avr 2021;
59. Brouns SHA. Performance of the Manchester triage system in older emergency department patients: a retrospective cohort study. 2019;11.
60. Claret P-G. Le circuit patient en structure des urgences: comment lutter contre la surcharge? :201.
61. Carricano M, Poujol F, Bertrandias L. Analyse de données avec SPSS. Paris: Pearson Education France; 2008.
62. Charafeddine R. Littératie en santé. Enquête de santé 2018 [Internet]. SCIENSANO; 2019 déc [cité 12 avr 2021]. Disponible sur: <http://www.pratiquesensante.org/2019-12-16-03/>
63. Duong TV, Chang PW, Yang S-H, Chen M-C, Chao W-T, Chen T, et al. A New Comprehensive Short-form Health Literacy Survey Tool for Patients in General. Asian Nursing Research. 2017;6.
64. Devos C. Performance du système de santé belge – Rapport 2019. 2019;124.
65. Rondia K. Health literacy: what lessons can be learned from the experiences of other countries? 2019;74.
66. Galichon B. Le service des Urgences aujourd'hui. Laennec. 2014;62(1):25.
67. Kiblböeck D, Steinrueck K, Nitsche C, Lang W, Kellermair J, Blessberger H, et al. Evaluation of the Manchester triage system for patients with acute coronary syndrome. Wien Klin Wochenschr. juin 2020;132(11-12):277-82.
68. Berraho M, Boly A, Tachfouti N, Elmajjaoui A, Nejari C. Les consultations non appropriées aux services des urgences : étude dans un hôpital provincial au Maroc. Pratiques et Organisation des Soins. 2012;43(3):197.
69. Henrard G. La « littératie en santé », avatar creux ou concept dynamisant ? 2016;6.

70. Organisation de coopération et de développement économiques. Perspectives de l'OCDE sur les compétences 2013: Premiers résultats de l'Evaluation des compétences des adultes. Paris: OECD Publishing; 2013.
71. Debussche X, Balcou-Debussche M. Analyse des profils de littératie en sante chez des personnes diabetiques de type 2 : la recherche ERMIES-Ethnosocio. :13.
72. KCE Centre Fédérale d'Expertise des Soins de Santé, Van den heede K, Dubois C, Devriese S, Baier N, Camaly O, et al. ORGANISATION ET FINANCEMENT DES SERVICES D'URGENCE EN BELGIQUE: SITUATION ACTUELLE ET POSSIBILITÉS DE RÉFORME. KCE; Report No.: 263Bs.
73. Jobe J, Ghuysen A, D'Orio V. ELISA : ECHELLE LIÉGEOISE DE L'INDICE DE SÉVÉRITÉ À L'ADMISSION. Rev Med Liège. :6.
74. Balcou-Debussche M. De l'éducation thérapeutique du patient à la littératie en santé: Problématisation socio-anthropologique d'objets didactiques contextualisés. Archives contemporaines; 2016. 245 p.
75. Margat A. L'éducation thérapeutique du patient: une opportunité pour répondre aux besoins en littératie en santé des patients illettrés. Proposition d'un modèle d'intervention pédagogique. 2018;377.
76. Henrard G, Vanmeerbeek M, Belche J-L, Buret L, Giet D. En quoi la «littératie» en santé intéresse-t-elle le clinicien de terrain? Rev Med Liege. :5.
77. Boland L, Dawn S. La littératie en santé dans la pratique clinique et en recherche. 26:362-4.
78. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs AMA. Health Literacy Report of the Council on Scientific Affairs. JAMA. 10 févr 1999;281(6):552-7.
79. Boadé G. Directeur de recherche : Jean-Guy BLAIS. :115.
80. Desbois D. Une introduction à l'analyse discriminante avec SPSS pour Windows. 1 janv 2001;
81. Georges-Tarragano C, Pierru F, de Celeyran FT, Mechali D, Rochefort J. Surcharge et engorgement des urgences : la réponse durable du modèle des Pass. Les Tribunes de la santé. 2013;39(2):87-95.
82. Van den Broucke S. WFSP2241 Comportements et compétence Littératie en Santé [Internet]. 2020 Année académique -2021 [cité 30 avr 2021]. Disponible sur: https://moodleucl.uclouvain.be/pluginfile.php/2161267/mod_resource/content/1/Litt%C3%A9ratie%20en%20Sant%C3%A9%20WFSP2241_2020.pdf
83. F. Duprat: Conseils pour Faire une Bonne Présentation Orale. [Internet]. [cité 5 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.ipmc.cnrs.fr/~duprat/techcom/oral.htm>

84. Margat A, Gagnayre R, Lombrail P, Andrade V de, Azogui-Levy S. Interventions en littératie en santé et éducation thérapeutique : une revue de la littérature. *Sante Publique*. 2017;Vol. 29(6):811-20.
85. Moniteur Belge - Belgisch Staatsblad [Internet]. [cité 8 mai 2021]. Disponible sur: https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article_body.pl?language=fr&caller=summary&pub_date=98-06-19&numac=1998022353
86. Shah LC, West P, Bremmeyr K, Savoy-Moore RT. Health Literacy Instrument in Family Medicine: The « Newest Vital Sign » Ease of Use and Correlates. *The Journal of the American Board of Family Medicine*. 1 mars 2010;23(2):195-203.
87. Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU), Groupe de travail national sur l'ÉTQ (GTN). ÉCHELLE CANADIENNE DE TRIAGE ET DE GRAVITÉ - Programme d'éducation combiné : adultes/pédiatrie- Ressources de formation en matière de triage [Internet]. 2011 [cité 9 mai 2021]. Disponible sur: http://ctas-phctas.ca/wp-content/uploads/2018/05/participant_manual_v2.4.pdf
88. Carrasco B. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale. 2003;8.
89. Survey results: National health data infrastructure and governance [Internet]. 2021 avr [cité 12 mai 2021]. (OECD Health Working Papers; vol. 127). Report No.: 127. Disponible sur: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/survey-results-national-health-data-infrastructure-and-governance_55d24b5d-en
90. de Broucker G. Explorer l'émergence d'un problème social par sa teneur dramatique, sa nouveauté et son adéquation avec la culture dominante. :118.
91. Hersh L, Salzman B, Snyderman D. Health Literacy in Primary Care Practice. *Am Fam Physician*. 15 juill 2015;92(2):118-24.
92. Dion C. Littératie en santé et bibliothèques publiquesbribes et déploiement. Montréal, Québec. 2019 [cité 12 mai 2021]; Disponible sur: <https://fmdoc.org/wp-content/uploads/2021/03/Litteratie-en-sante-Caroline-Dion.pdf>
93. Bragard I, Coucke PA, Pétré B. LA «HEALTH LITERACY», UN MOYEN POUR RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ. *Rev Med Liege*. :6.
94. Pleasant A, McKinney J, Rikard RV. Health Literacy Measurement: A Proposed Research Agenda. *Journal of Health Communication*. 30 sept 2011;16(sup3):11-21.

