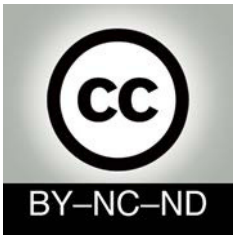
http://portaildoc.univ-lyon1.fr

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE

Faculté de Médecine et de Maïeutique
Lyon Sud - Charles Mérieux

ANNÉE 2023 **N°358**

Evaluation du niveau de littératie en santé des patients aux urgences de l'hôpital Lyon sud

Assessment of health literacy in a French emergency department

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le ***14 Novembre 2023***

En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine Par

MARIE Pauline

Née le 07/01/1996 à Vénissieux

Sous la direction de

Docteur POTINET Véronique

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE



UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

Président de l'Université	Frédéric FLEURY
Président du Conseil Académique et de la Commission Recherche	Hamda BEN HADID
Vice-Président du Conseil d'Administration	Didier REVEL
Vice-Présidente de la Commission Formation	Céline BROCHIER
Vice-Président Relations Hospitalo-Universitaires	Jean François MORNEX
Directeur général des services	Pierre ROLLAND

SECTEUR SANTE

Doyen de l'UFR de Médecine Lyon-Est	Gilles RODE
Doyen de l'UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud - Charles Mérieux	Philippe PAPAREL
Doyen de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques (ISPB)	Claude DUSSART
Doyen de l'UFR d'Odontologie	Jean-Christophe MAURIN
Directeur de l'Institut des Sciences & Techniques de Réadaptation (ISTR)	Jacques LUAUTÉ
Présidente du Comité de Coordination des Études Médicales	Carole BURILLON

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

Directrice de l'UFR Biosciences	Kathrin GIESELER
Directeur de l'UFR Faculté des Sciences	Bruno ANDRIOLETTI
Directeur de l'UFR Sciences & Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Guillaume BODET

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE

Directeur de Polytech Lyon	Emmanuel PERRIN
Directeur de l'Institut Universitaire de Technologie Lyon 1 (IUT)	Michel MASSENZIO
Directeur de l'Institut des Science Financière & Assurances (ISFA)	Nicolas LEBOISNE
Directeur de l'Observatoire de Lyon	Bruno GUIDERDONI
Directeur de l'Institut National Supérieur du Professorat & de l'Éducation (INSPÉ)	Pierre CHAREYRON
Directrice du Département-composante Génie Électrique & des Procédés (GEP)	Rosaria FERRIGNO
Directrice du Département-composante Informatique	Saida BOUAZAK BRONDEL
Directeur du Département-composante Mécanique	Marc BUFFAT

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE



PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle 2ème classe)

ADHAM Mustapha	Chirurgie Digestive,
FOUQUE Denis	Néphrologie,
GOLFIER François	Gynécologie Obstétrique ; gynécologie médicale,
LAFRASSE RODRIGUEZ- Claire	Biochimie et Biologie moléculaire,
LINA Gérard	Bactériologie,
PIRIOU Vincent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale,
SALLES Gilles	Hématologie ; Transfusion,
THIVOLET Charles	Endocrinologie et Maladies métaboliques,
THOMAS Luc	Dermato –Vénérologie,

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle 1ère classe)

ALLAOUCHICHE Bernard	Anesthésie-Réanimation Urgence,
BONNEFOY- CUDRAZ Eric	Cardiologie,
BOULETREAU Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie,
BURILLON Carole	Ophtalmologie,
CERUSE Philippe	O.R.L,
CHAPET Olivier	Cancérologie, radiothérapie,
FESSY Michel-Henri	Anatomie – Chirurgie Ortho,

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE

FREYER Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie,
GEORGIEFF Nicolas	Pédopsychiatrie,
GLEHEN Olivier	Chirurgie Générale,
LONG Anne	Médecine vasculaire,
MION François	Physiologie,
PICAUD Jean-Charles	Pédiatrie,
RUFFION Alain	Urologie,
SALLE Bruno	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction,
SANLAVILLE Damien	Génétique,
SAURIN Jean-Christophe	Hépato gastroentérologie,
SEVE Pascal	Médecine Interne, Gériatrique,
TAZAROURTE Karim	Médecine Urgence,
TRONC François	Chirurgie thoracique et cardio,

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

BARREY Cédric	Neurochirurgie,
BERARD Frédéric	Immunologie,
CHOTEL Franck	Chirurgie Infantile,
COTTE Eddy	Chirurgie générale,
DES PORTES DE LA FOSSE Vincent	Pédiatrie,
DEVOUASSOUX Gilles	Pneumologie
DISSE Emmanuel	Endocrinologie diabète et maladies métaboliques,
DORET Muriel	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale,
FEUGIER Patrick	Chirurgie Vasculaire,
FRANCK Nicolas	Psychiatrie Adultes,

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE

FRANCO Patricia	Physiologie – Pédiatrie,

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

GILLET Pierre-Germain	Biologie Cellulaire,
JOUANNEAU Emmanuel	Neurochirurgie,
KASSAI KOUPAI Behrouz	Pharmacologie Fondamentale, Clinique,
LANTELME Pierre	Cardiologie,
LEBECQUE Serge	Biologie Cellulaire,
LEGER FALANDRY Claire	Médecine interne, gériatrie,
LIFANTE Jean-Christophe	Chirurgie Générale,
LUAUTE Jacques	Médecine physique et Réadaptation,
LUSTIG Sébastien	Chirurgie. Orthopédique,
MOJALLAL Alain-Ali	Chirurgie. Plastique,
NANCEY Stéphane	Gastro Entérologie,
PAPAREL Philippe	Urologie,
PIALAT Jean-Baptiste	Radiol. Imag. Méd.,
REIX Philippe	Pédiatrie,
RIOUFOL Gilles	Cardiologie,
SERVIEN Elvire	Chirurgie Orthopédique,
THAI-VAN Hung	Physiologies – ORL,
THOBOIS Stéphane	Neurologie,
TRAVERSE-GLEHEN Alexandra	Anatomie et cytologies pathologiques,
TRINGALI Stéphane	O.R.L.
WALLON Martine	Parasitologie mycologie,
WALTER Thomas	Gastroentérologie – Hépatologie,

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

BACHY Emmanuel	Hématologie,
BELOT Alexandre	Pédiatrie,
BLET Alice	Anesthésie Réa.Méd,
BOHE Julien	Réanimation urgence,
BOLZE Pierre-Adrien	Gynécologie Obstétrique,
BOSCHETTI Gilles	Gastro-entérologie Hépat.
CHO Tae-hee	Neurologie,
COURAND Pierre-Yves	Cardiologie,
COURAUD Sébastien	Pneumologie,
DALLE Stéphane	Dermatologie,
DEMILY Caroline	Psy-Adultes,
DESESTRET Virginie	Histo.Embryo.Cytogénétique,
DUPUIS Olivier	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale,
FASSIER Jean-Baptiste	Méd. Santé au travail,
FRIGGERI Arnaud	Anesthésie Réa.Méd.,
GHESQUIERES Hervé	Hématologie,
HAUMONT Thierry	Chirurgie Infantile,
KOPPE Laetitia	Néphrologie,
LASSET Christine	Epidémiologie., éco. Santé,
LEGA Jean-Christophe	Thérapeutique – Médecine Interne,
LOPEZ Jonathan	Biochimie Biologie Moléculaire,
MARIGNIER Romain	Neurologie,
MAUCORT BOULCH Delphine	Biostat. Inf. Méd.
MILOT Laurent	Radiologie Imagerie Médicale,

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE

PASSOT Guillaume	Chirurgie Générale,

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

PERON Julien	Cancérologie ; radiothérapie,
PETER DEREX Laure	Physiologie,
PINKELE CAUSSY Cyrielle	Nutrition,
PONCET Delphine	Biochimie, Biologie cellulaire,
RASIGADE J. Philippe	Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière
ROLLAND Benjamin	Addictologie,
ROSSIGNOL Audrey	Immunologie,
ROUSSET Pascal	Radiologie imagerie médicale,
SUJOBERT Pierre	Hématologie – Transfusion,
VALOUR Florent	Maladie Infect.,
VIEL Sébastien	Immunologie,
VISTE Anthony	Anatomie,
VOLA Marco	Chirurgie thoracique cardiologie vasculaire,
VUILLEROT Carole	Médecine Physique Réadaptation,
YOU Benoît	Cancérologie,

PROFESSEUR ASSOCIE – Autre Discipline

Pr PERCEAU-CHAMBARD,

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - MEDECINE GENERALE (1ère Classe)

ERPELDINGER Sylvie,

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - MEDECINE GENERALE (2ème Classe)

BOUSSAGEON Rémy,

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)

CALLET-BAUCHU Evelyne	Hématologie ; Transfusion,
DECAUSSIN PETRUCCI	Anatomie et cytologie pathologiques,
DIJOUD Frédérique	Anatomie et Cytologie pathologiques,
DUMISTRESCU BORNE Oana	Bactériologie Virologie,
GISCARD D'ESTAING Sandrine	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction,
MILLAT Gilles	Biochimie et Biologie moléculaire,
RABODONIRINA Meja	Parasitologie et Mycologie,
VAN GANSE Eric	Pharmacologie Fondamentale, Clinique,

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

BRUNEL SCHOLTES Caroline	Bactériologie virologie ; Hygiène hospitalière,
COURY LUCAS Fabienne	Rhumatologie,
HAFLON DOMENECH Carine	Pédiatrie,
JAMILLOUX Yvan	Médecine Interne Gériatrie et Addictologie,
LE QUELLEC Sandra	Hémato. Transfusion,
MAUDUIT Claire	Cytologie – Histologie,
PERROT Xavier	Physiologie – Neurologie,
PUTOUX DETRE Audrey	Génétique,

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE

SKANJETI Andréa	Biophysique Médecine nucléaire,
SUBTIL Fabien	Bio statistiques,

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

AUFFRET Marine	Pharm.fond.pharm clinique,
CHATRON Nicolas	Génétique,
DANANCHE Cédric	Epidémiologie. Économie de la santé,
DARGENT Auguste	Méd. Intens.réanim.,
GILBERT Thomas	Méd. Int. gériatrie,
HEIBLIG Maël	Hémato-transfusion
KEPENEKIAN Vahan	Chirurgie Viscérale et Digestive,
LE BOSSE Fanny	Gastro-Hépatologie,
RAMIERE Christophe	Bactériologie-virologie,
REY Romain	Psychiat. d'adultes,
TAUBER Marie	Immunologie,
WOZNY Anne-Sophie	Biochimie biologie moléculaire,

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS STAGIAIRES (2ème Classe)

BENZERDJEB Nazim	Anat. Cytolo.path.,
BOCHATON Thomas	Physiologie,
DOUPLAT Marion	Méd. Urgence,

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE

BENEDINI Elise,

DEPLACE Sylvie,

HERSAT DE LA VILLEMARQUE Anne,

MAITRES DE CONFERENCES - MEDECINE GENERALE (2ème classe)

MAYNIE-FRANCOIS Christine

PROFESSEURS EMERITES

Les Professeurs émérites peuvent participer à des jurys de thèse ou d'habilitation. Ils ne peuvent pas être président du jury.

ANDRE Patrice	Bactériologie – Virologie,
BONNEFOY Marc	Médecine Interne, option Gériatrie
CHIDIAC Christian	Maladies infectieuses ; Tropicales,
ECOCHARD René	Biostatistiques,
FLANDROIS Jean-Pierre	Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière,
GILLY François-Noël	Chirurgie générale,
LAVILLE Martine	Nutrition – Endocrinologie,
LAVILLE Maurice	Thérapeutique – Néphrologie,
MATILLON Yves	Epidémiologie, Economie Santé et Prévention,
NICOLAS Jean-François	Immunologie,
MOURIQUAND Pierre	Chirurgie infantile,
SIMON Chantal	Nutrition
TEBIB Jacques	Rhumatologie,

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE

Remerciements

Tout d'abord aux membres du jury :

A Madame la professeure Anne-Marie SCHOTT-PETHELAZ, **présidente du jury**. Merci d'avoir accepté la présidence de ma thèse et pour l'intérêt que vous portez à mon travail sur ce sujet très riche qu'est la littératie en santé. C'est un honneur de pouvoir vous partager ma thèse, recevez ma profonde reconnaissance et gratitude.

A Messieurs les professeurs MICHEL Philippe et LAINE Xavier. Merci de me faire l'honneur de faire partie du jury et m'accorder du temps pour la soutenance de ma thèse, je vous en suis très reconnaissante.

Ensuite,

Un immense merci à Véronique POTINET qui a accepté de diriger ma thèse. Merci pour toute l'aide précieuse que tu m'as apportée, merci pour le temps que tu as passé à envoyer des mails, échanger avec moi, relire mes écrits, faire des recherches, trouver des clefs pour passer les étapes, et j'en passe. Et surtout, je te remercie de tout mon cœur pour ton immuable bienveillance au cours de ces mois**.**

Merci également à Marion DOUPLAT pour ton aide précieuse et tes connaissances en matière de rigueur scientifique. Vous avez été des piliers de mon travail qui, sans vous, n'aurait pas pu être accompli.

A mon parcours qui a été très riche de connaissances, de savoir, de bienveillance, de passion et parfois de lassitude :

A mes co-internes que j'ai pu croiser et avec qui j'ai passé de super mois de progression, de rigolade, de partage et de soutien.

A mes maitres de stage de premier semestre (Fabien, Emilie et Sophie) qui m'ont épaulée et ont été d'une bienveillance exemplaire lors de mes premiers pas en tant qu'interne.

A l'équipe des urgences de Lyon Sud qui m'a fait passer un super semestre dans la joie et la bonne humeur.

A Keren, Lilia et l'équipe des Charpennes qui m'ont fait aimer la gériatrie.

A l'équipe de la médecine interne pleine de dynamisme et de connaissances poussées. A nos petites sorties agréables et dans la détente et pour tout ce que vous m'avez appris.

Merci au service de biostatistiques de Lyon Sud, à kitmethodostat et à Nicolas Romain-Scelle sans qui il n'y aurait pas eu d'aussi jolis tableaux de mes résultats. Un grand merci pour ton professionnalisme et ta réactivité

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE

qui m'a permis d'avancer rapidement et sereinement. ***Merci à Shanez Haouari***, pour son implication dans la relecture de mon article en anglais. **Merci à *Objectif thèse et ses vidéos*** pour l'aide apportée dans la construction de ce travail.

Merci aux patients des urgences de Lyon sud qui ont répondu avec entrain à mon questionnaire et qui ont pu être très sympathiques et parfois touchant.

Merci à la Faculté de médecine Lyon sud de m'avoir vu vieillir et progresser pendant ces 10 années. Merci à *l'équipe de la BU* et son aide. Et enfin un grand merci à *Catherine RIMOUX*, notre précieuse secrétaire du 3eme cycle pour sa réactivité et son aide dans les nombreuses démarches administratives.

A mes proches,

A mes parents, Olive et Marie, qui ont toujours été là dans les ciels bleus comme dans les tempêtes.
Merci pour votre soutien, votre bonne humeur, votre bienveillance, vos bons soins, pour tous les bons plats que j'ai pu goûter pendant toutes ces périodes ou j'avais besoin de force et de courage. Merci pour tous les services que vous avez pu me rendre pour me faciliter la vie. J'ai une chance inestimable de vous avoir, je vous aime et vous suis très reconnaissante car sans vous, je n'en serai peut-être pas là.

A mon extraordinaire frère, Mada, avec qui je partage ma vie depuis les premières minutes, et même avant. Merci d'avoir supporté ces années, d'avoir fait preuve comme tu pouvais de calme pendant que je révisais dans les différentes pièces de la maison…. Merci aussi pour tous les fous rire, les gamelles, les chamailles, les blagues pourries, cette complicité depuis toujours. Merci d'être toi avec ton cœur sur la main, ton écoute et ta bonne humeur. Je suis ta première fan, je t'aime (et encore plus que les gâteaux au chocolat). Et j'en profite pour remercier cette extraordinaire **Audrey,** ta petite compatriote et ma belle-sœur adorée qui a piqué des rayons du soleil pour en mettre en elle et en partager aux autres. C'est tellement un bonheur de t'avoir rencontré ma petite Drey.

A ma Kanie, depuis le collège, on en a tellement vécu et vu toutes les couleurs que je ne saurais même pas quoi citer. Tu es pour moi l'exemple de la force de la vie et bien plus que ma meilleure amie. Je ne sais pas ce qu'aurait donné ma vie sans toi ! Tu étais avec moi pour les résultats de l'ECN sur la plage de Marseillan et tu m'as acheté ma bouée paillette de princesse après avoir bu un super cocktail pour fêter ça. Tu auras toujours ta place VIP dans mon cœur, et Julia aussi maintenant, qui fait de moi une marraine heureuse.

A Mamie, toi qui fais tout pour tes petits-enfants et qui nous montre ton amour au travers de la quantité de nourriture que tu nous prépares. Grâce à toi, nous savons lécher la cuillère et ne pas laisser de petits restes. Et surtout, tu es à l'origine de la famille unie et aimante que nous sommes. Merci à toi et Papi de m'avoir hébergée et traitée comme une princesse lors des vacances, de mon stage aux urgences de Desgenettes et à chaque fois que l'on vous rendait visite, ça a toujours été un immense plaisir.

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE

A Papi, toi qui es au ciel depuis maintenant quelques années mais toujours là pour nous, toi qui avais toujours le sourire et faisais le clown sans arrêt, toi qui avais la main et même tout le bras sur le cœur, toi qui nous as laissé des souvenirs inoubliables et magnifiques.

A Laurie et Geoffrey mes cousins d'amour avec qui j'ai des souvenirs inoubliables. Vous êtes tous les deux parents maintenant, que le temps passe vite ! Merci pour tous ces moments de rigolade, d'activités, les Noëls, les anniversaires, Sanary, Gruissan et j'en passe. Vous voir est toujours un bonheur et a été ma bouffée d'air frais pendant mes plus dures années de travail.

A tonton Roger, ton éternelle bonne humeur et ta générosité surdimensionnée. Merci pour les tonnes de fromage que tu as pu apporter aux repas de famille, merci pour tout ce que tu nous donnes et ton incroyable gentillesse et bonne humeur.

Au reste de la famille, Léo, Tiphaine, Juliette, la famille Marie, Chucky, Kiwi, Hari de faire ou d'avoir fait partie de ma vie et de contribuer à cet environnement bienveillant et très agréable.

A mes potes d'enfance, du groupe dont je tairai le nom (hein Lucas) ou peut-être devrais-je dire mes frères et sœur de cœur qui m'ont toujours soutenue, apporté du pep's et de la bonne humeur et avec qui on partage tant depuis toutes ces années. Merci pour votre imagination débordante, tous les fous rires et bons moments que vous apportez dans ma vie. Vous êtes un bonheur au quotidien, je vous aime, ne changez rien !

Spéciale dédicace à Sophie, ma coloc d'Oullins qui a partagé ma vie, mes humeurs, mes coups de gueule, le ménage, la salle de bain, la machine à café, la table de la cuisine, les poubelles, le canapé, mais aussi mes anniversaires dans notre 55m2 pendant 3 années qui sont passées si vite. Tu as été une super coloc et tu m'as apporté une grande joie, la bonne humeur et du soutien après mes longues journées de révisions et crois-moi, c'était royal ! Donc merci, merci d'être toi, t'es incroyable Madame Digo !

A toute la bande de Soucieu et à Gigi avec une spéciale dédicace à Margot et son talent de cuisinière XXL qui nous a régalé les papilles plus d'une fois.

Enfin, *MERCI à tous ceux* que j'ai pu croiser et que je n'ai pas cités qui ont pu me soutenir, me motiver, m'enseigner, m'apporter, et qui m'ont vu grandir, vieillir et m'affirmer pendant toutes ces années qui sont passées si vite.

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE

Abréviations

HLS-EU-Q16 : European health literacy survey questionnaire, 16 questions

HL: Health literacy

ED: Emergency department

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE

Table des matières

Introduction 18

I- Revue générale de littérature 20

Définitions 20

Niveau de littératie en santé et implications 22

Evaluation de la littératie en santé 22

Facteurs de risque de bas niveau de littératie en santé 23

Enjeux liés à la littératie en santé 24

II- Article scientifique 25

Abstract 25

Introduction 27

Material and methods 27

Results 29

Discussion 30

Conclusion 31

Bibliography 33

Tables 36

Figures 39

III- Discussion générale 40

Retour sur l'étude 40

Limitations 41

Le questionnaire HLS-EU-Q16 en pratique 41

A l'avenir 42

Conclusion 44

Annexe 47

Questionnaire 47

Bibliographie 50

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE

Introduction

L'information du patient est au cœur de l'exercice médical (1,2). Ceci va de pair avec le changement de dogme sur la fin du XXe siècle de la médecine paternaliste vers la médecine autonomiste (3–5). Dans ce modèle maintenant d'actualité, le patient est acteur dans ses décisions de santé, qu'il prend après avoir été informé par le médecin (6,7).

Seulement, qui dit responsabilisation, dit participation du patient et rôle à jouer pour sa santé. S'occuper de sa santé nécessite d'être en capacité d'adopter les comportements favorables, savoir utiliser le système de soin, prendre les rendez-vous, suivre les traitements, accéder aux dépistages, etc (8,9). Tout cela passe par une éducation en santé visant à comprendre le fonctionnement et les enjeux de la médecine (10).

De nos jours, la médecine de soin est accompagnée de la médecine préventive qui occupe une place majeure dans nos sociétés. Elle est au cœur de la santé publique qui englobe la santé individuelle et la santé collective (11). Cette notion est une préoccupation depuis plusieurs siècles puisque déjà au XVe siècle, on retrouve les prémices d'actions en santé collective avec la « variolisation » dans l'idée de prévenir les populations de la maladie de la variole. Plus tard, se développera la vaccination (12). Plusieurs scandales sanitaires et épidémies au cours du XXe siècle ont rendu la santé publique indispensable pour protéger les populations (13,14). Son intérêt est devenu mondial et en 1986 s'est tenue la première conférence internationale de promotion de la santé donnant lieu à la rédaction de la charte d'Ottawa (15). L'évolution des enjeux dans le domaine collectif et des politiques de santé associés aux progrès majeurs dans le domaine des technologies et du numérique a fait naître une nouvelle médecine, plus puissante et efficace, mais qui nécessite l'action et l'activité de la population pour son bon fonctionnement, et donc, des patients eux-mêmes.

Elle offre en conséquence de nombreuses sources d'information et d'outils accessibles à tous (16,17). Toutes sortes de supports et de contenus sont utilisables et ne cessent de se développer (applications, sites, forums, etc) (18,19) avec une accélération importante depuis la crise de la COVID 2019 (20).

Ces outils permettent également une aide dans le contexte de pénurie de médecins et de difficultés relatives à l'offre de soin (21). Actuellement, il existe des grosses disparités territoriales et une progression des déserts médicaux. On sait par des données chiffrées qu'*entre 2016 et 2019, l'accessibilité aux médecins généralistes s'est dégradée (-6%), surtout dans les communes qui en étaient faiblement dotées (-10%)* (22) et cela ne semble pas aller en s'arrangeant ces dernières années. En parallèle, ce sont les systèmes de soins d'urgence qui souffrent avec un taux de consultation croissant depuis plusieurs décennies et une tendance à la diminution du nombre de structures (23). L'optimisation de l'utilisation et de la compréhension du système de soin devient d'autant plus nécessaire dans ce contexte.

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE

Comme le patient est un acteur central et indispensable au bon fonctionnement du système, à l'échelle à la fois individuelle et collective, la question de la compréhension de l'information médicale se pose. Comment le patient peut-il recevoir de l'information adaptée à ses capacités de compréhension afin d'agir de manière efficace et éclairée pour sa santé ?

De cette interrogation, s'est développée une science de l'étude des compétences de compréhension de l'information, que l'on appelle littératie, et littératie en santé dans le domaine de la santé.

C'est un sujet encore peu connu en France. J'en ai fait le constat de moi-même lorsque l'on m'a demandé sur quoi portait ma thèse. Pourtant, ses premiers pas datent d'il y a une cinquantaine d'années sur le continent américain (24) et elle est bien présente dans les politiques de santé nationales et internationales sur ces dernières années (25).

Dans notre pays, peu d'études ont été conduites pour déterminer le niveau de littératie en santé des Français. Nous n'avons pas de chiffres sur la littératie en santé mais l'étude de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économique) de 2013 sur les compétences de littératie globale des populations a montré que les compétences des Français étaient parmi les plus basses par rapport aux 24 autres pays participants (26).

C'est dans ce contexte que j'ai voulu porter mon travail sur le niveau de littératie en santé des patients admis aux urgences de l'hôpital Lyon Sud.

Nous allons dans un premier temps reprendre les concepts théoriques et les enjeux de la littératie en santé par la revue générale de la littérature, puis s'intéresser aux patients des urgences de l'hôpital Lyon sud au travers de mon étude sous forme d'article scientifique, puis reprendre les points importants dans la discussion avant de conclure.

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE

I- Revue générale de littérature

Définitions

La littératie et la littératie en santé

Le terme « littératie » désigne les compétences des individus dans les domaines de la lecture, l'écriture, de la parole et du calcul qui permettent aux personnes d'être fonctionnelles en société et d'y participer (27,28). Cela va au-delà de l'illettrisme ou analphabétisme, car même si l'individu sait lire et écrire, il se rajoute une notion de compréhension et d'application dans la vie quotidienne.

Dans le domaine de la santé, on parle de littératie en santé. L'intérêt y est porté depuis les années 1970 au Canada avec Scott K. Simonds qui commençait à s'intéresser à l'éducation en santé pour favoriser la santé de l'individu et de tous (24).

De nos jours, 3 définitions sont les plus utilisées dans le monde pour la recherche. La première définition date de 1998, par la « World Health Organisation » (WHO) (29). Ensuite, sont utilisées les définitions proposées par Nutbeam et al dans les années 2000 et 2009 (30,31). La définition la plus récente et complète date de 2012, rédigée par un consensus européen et proposée par Sorensen et al. Il s'agit de « la connaissance, les compétences, la motivation et la capacité d'un individu à repérer, comprendre, évaluer et utiliser des informations sur la santé lors de la prise de décisions dans les contextes des soins de santé, de prévention des maladies et de la promotion de la santé pour maintenir ou améliorer la qualité de vie au cours de la vie » (32,33). Autrement dit, c'est la possibilité selon les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de prendre des décisions concernant leur santé. Ceci expose le fait que l'individu est au cœur de sa santé et de la santé en général et prend part activement à tout cela avec ses décisions, qu'il prend au mieux, après avoir été informé d'une manière claire et accessible pour lui.

Modèle conceptuel

Conformément à sa définition complexe, la littératie en santé intègre plusieurs composantes de la santé et reste difficile à conceptualiser clairement. Plusieurs modèles avec des niveaux et des dimensions ont émergé en intégrant d'une part l'approche dite « clinique » et l'approche de « santé publique ».(32)

Nutbeam et al a d'abord proposé un modèle à trois dimensions (31) :

- **La littératie en santé « fondamentale ou fonctionnelle »** : compréhension basique d'informations factuelles sur la santé.

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE

- **La littératie en santé « communicative ou interactive »** : Articulation des compétences cognitives en littératie en santé avec des compétences sociales pour améliorer l'aptitude d'une personne à la communication interactive.
- **La littératie en santé « critique »** : Capacité de réaliser une analyse critique de l'information et de l'appliquer de façon à accroître son pouvoir d'agir.

Sorensen et al dans son analyse de 2012 a décrit un modèle intégré à trois domaines : **soin** *(Healthcare),* **prévention** *(Disease prevention),* et **promotion de la santé** *(Health promotion).* Pour chacun des trois domaines, 4 processus sont liés : **accès** (accès à l'information de santé), **compréhension** (de l'information sur la santé et lui donner un sens), **évaluation** (capacité d'interpréter et évaluer l'information sur la santé), et **application**. Ceci revenant à une prise en compte de 12 dimensions (3x4) dans ce modèle conceptuel, qui sert toujours de modèle et de référence à la construction d'outils d'évaluation (32,34).

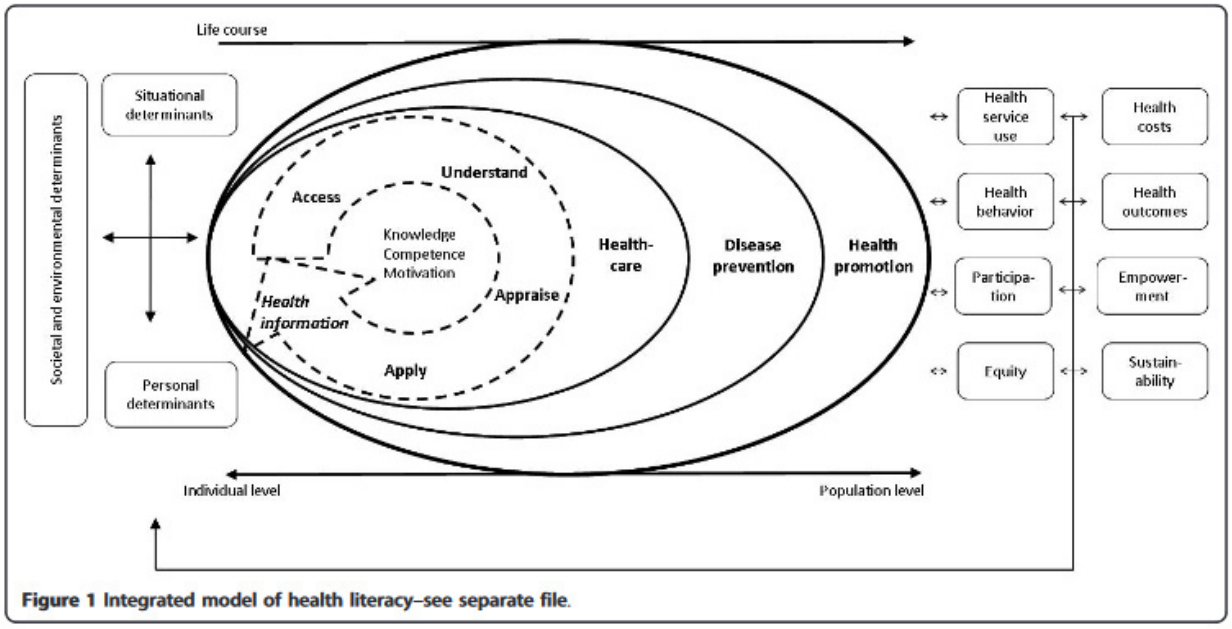


Figure 1 Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 25 janv 2012;12:80.

Mais, tout n'est pas encore parfaitement au point. Dans une étude de 2022 qui reprend l'analyse des définitions et mesures dans les recherches sur le sujet, il est montré qu'un consensus n'est pas encore réellement d'actualité ni sur la définition, ni sur les instruments de mesure. L'analyse a révélé l'utilisation et le développement dans le monde de plus de 150 instruments et que les définitions variables, complexes et soumises à interprétation rendent difficile le développement d'instruments valides et fiables (35). Nguyen et al décrivent ce constat comme un « *obstacle conceptuel* » qu'il faudrait résoudre pour acquérir un réel progrès (36).

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE

Niveau de littératie en santé et implications

Il a été clairement établi depuis son avènement que la littératie en santé à une importance non négligeable dans le soin et la santé dans sa globalité (8,34). Les études semblent unanimes sur le fait qu'avoir un faible niveau de littératie en santé a des conséquences néfastes sur l'état de santé en général (34,37,38). Ceci passe par des comportements moins favorables à la santé, une participation moindre aux programmes de dépistage (39), une moins bonne prise des traitements, un suivi et utilisation du système de santé moins efficace, en particulier chez les patients atteints de maladies chroniques. Il est aussi constaté une moins bonne santé mentale avec plus de consultations en psychiatrie chez les patients avec un faible niveau de littératie en santé (40). Dans une étude américaine de 1998, il était décrit une forte association entre les patients de faible niveau de littératie en santé et les consultations aux urgences, mais ce lien ne semble pas constant selon des études plus récentes (40,41).

En conséquence, avoir un faible niveau de littératie en santé est associé à un risque de mortalité accru (42,43) et des hospitalisations plus fréquentes avec une durée de séjour plus longue (41,44).

Compte tenu de ses enjeux multiples, ce sujet est rapidement devenu préoccupant à la suite des premiers chiffres obtenus à partir des populations dans le monde et en Europe. En effet, le constat est que globalement, une partie non négligeable des populations à un faible niveau de littératie en santé. Il a été montré dans l'étude européenne de 2015, portant sur 8 pays européens (hors France), que, en moyenne, 12% de la population avait un niveau de littératie en santé inadéquat, 36% problématique et adéquat pour le reste. 47% des patients avaient donc des difficultés (45). Une étude belge précédemment réalisée avait retrouvé des données similaires avec 43% des patients présentant un niveau inadéquat ou problématique en littératie en santé (46). Quasiment tous les continents ont réalisé des études sur les niveaux de littératie en santé de leur population qui sont plus ou moins récentes mais avec le même constat (47,48). En ce qui concerne la France, il n'y a pas encore de données en population générale, bien que certains projets soient en cours comme le projet Européen HLS19 auquel la France participe.

Evaluation de la littératie en santé

Plusieurs questionnaires et outils d'évaluation ont été développés et validés dans le monde et en Europe pour harmoniser les études et recherches à ce sujet (49,50). Ils peuvent être simples ou complexes et couvrir un (unidimensionnel) ou plusieurs domaines de la littératie (multidimensionnels) :

- Questionnaires unidimensionnels : **TOFHLA** (Test of Functional Health Literacy) et **S-TOFHLA**, version courte (51), **SILS** (Single Item Literacy Screener), **NVS** (Newest Vital sign), **REALM** (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine), etc.

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE

- Questionnaires « plus larges » ou « broader tools » : **FCCHL** (Functional Communicative Critical Health Literacy) (52), **HLQ** (Health Literacy Questionnaire) (53,54), etc.
- Questionnaires multidimensionnels : **HLS-EU** (European Health Literacy Survey Questionnaire) (55) : questionnaires d'abord à 86, puis 47 ou 16 questions, développés par un consortium de 8 pays européens dès 2013 basé sur une revue de 170 publications, traduit dans plusieurs langues et prenant en compte le modèle conceptuel de Sorensen (32,56). Les questionnaires prennent en compte les 12 dimensions du modèle de Sorensen, sauf pour le HLS-EU-Q16 qui ne comprend pas l'application de la promotion de la santé, et donc couvre seulement 11 dimensions. Ce questionnaire a déjà été utilisé dans plusieurs langues pour différentes études. La version française du questionnaire HLS-EU-Q16 a été validée en 2018 (57).

Facteurs de risque de bas niveau de littératie en santé

Les facteurs de risque qui ont été identifiés au cours des études sont en lien étroit avec les critères sociodémographiques des populations. Ils englobent des compétences cognitives, psychosociales, d'éducation, de langue et sont en lien avec des paramètres économiques et de ressources. Ils comprennent donc des déterminants sociaux de santé avec l'existence d'un gradient social et de groupes plus vulnérables (37). Ceci implique une augmentation des inégalités de santé en lien avec les niveaux de littératie de santé les plus bas (58). Le concept de littératie en santé se place alors comme un problème de santé publique.

Les principaux facteurs de risque de faible littératie en santé retrouvés dans la littérature sont :

- **Faible niveau d'éducation ou de scolarité** (45,48): par exemple 45% de bon niveau pour ceux avec un diplôme primaire contre 62% pour ceux avec une formation universitaire selon l'étude d'Avalosse et al en Belgique (59).
- **Situation socio-économique et statut social défavorisé** : les populations les plus en difficulté sociale et économique ont plus de difficultés (45,60).
- **Mauvais état de santé perçu** : très corrélé, avec une association positive entre bonne santé perçue et bon niveau de littératie en santé (61), et à l'inverse, mauvais état de santé perçu et bas niveau (60,62). Dans l'étude européenne de 2015, il a été retrouvé une association marquante entre les patients qui se percevaient en mauvais ou en très mauvais état de santé et un niveau de littératie insuffisant puisqu'il l'était pour quasiment 80% des patients de ces groupes (45).

  « *35% de ceux et celles qui déclarent leur santé mauvaise ou très mauvaise ont un niveau suffisant de littératie en santé, alors que pour une bonne ou une très bonne santé perçue, le pourcentage passe autour de 65%* » selon l'étude belge d'Avalosse et al.(59)
- **Age** : facteur aussi constamment relié au niveau de littératie en santé avec une association négative entre niveau de littératie en santé et vieillissement.

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE

Dans l'étude anglaise de Protheroe et al, les patients de plus de 65 ans avaient significativement plus de chance d'avoir un niveau de littératie en santé limité que les adultes ayant entre 18 et 34 ans, avec un odds ratio de 2.48. (58)

- **Utilisation d'internet** avec une association semblant positive entre utilisation d'internet et littératie en santé adéquate (58,61).

Enjeux liés à la littératie en santé

Compte tenu de son poids dans la santé en globalité et ses enjeux, les systèmes politiques ont commencé à s'y intéresser de près et à réfléchir à des actions à mener en vue de son amélioration. C'est un enjeu à la fois individuel et collectif qui ne peut fonctionner sans prendre en compte les deux aspects.

Son importance croissante se reflète dans l'essor des publications et des citations à ce sujet, avec l'application de la littératie en santé dans tous les champs de la santé (63).

La littératie en santé s'intègre à présent dans les politiques locales, nationales et internationales en lien avec la santé publique. Elle est un des déterminants de santé et intégrée dans la stratégie nationale gouvernementale de santé 2018-2022. Parmi ses objectifs, se trouvent ceux de construire des stratégies d'actions adaptées aux populations et accessibles à tous, de mieux informer le public et d'intégrer la littératie en santé dans tous les programmes d'enseignement (25).

Au niveau mondial, elle a été intégrée en grande partie dans la conférence globale de promotion de la santé en 2016 (64). Elle prévoit six « healthy people objectives » pour 2030 dont augmenter le niveau de littératie en santé de la population et rendre l'information médicale plus accessible via le médecin et les informations disponibles sur les différentes sources.

Nous avons vu qu'un faible niveau de littératie en santé implique plusieurs types de difficultés en lien avec le soin et touche de manière plus marquée les populations vulnérables et défavorisées. L'améliorer pourrait permettre des progrès sur l'efficience du système de soin avec une efficacité accrue de la prévention, de la prise en charge des maladies chroniques, de l'implication des patients dans leur suivi médical et tout cela en réduisant les inégalités sociales de santé. Elle pourrait être un axe intéressant dans le contexte de surcharge des services d'urgence afin de limiter leur recours inadéquat, le nombre d'évènements liés à la iatrogénie ou aux décompensations de maladies chroniques et le nombre de consultations qui pourraient relever d'une autre structure de soin comme les maisons médicales.

L'idée est alors d'aller vers une utilisation optimale du système de soin pour tous et une meilleure santé globale.

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE

II- Article scientifique

Assessment of health literacy in a French emergency department

Abstract

Background and importance

Health literacy (HL) is increasingly recognized as a concept of critical importance in public health and is linked with health outcomes and care efficiency. It has been shown that patients with low HL are more likely to have difficulties to use the care system. This become a topic of importance in the context of global healthcare crisis, particularly in emergencies care. Previous European studies showed that a non-negligible part of the population had low HL levels.

Objective

The study aimed to assess the HL level of patients in a French emergency department.

Design, settings and participants

We conducted a transversal, observational, single center study on patients of the emergency department of the Hôpital Lyon Sud (Lyon, France).

Outcome measure and analysis

The primary outcome was the level of HL evaluated using the validated French version of the HLS-EU-Q16 questionnaire. Concerning secondary outcomes, the influence of socio-demographic and economic factors on health literacy was analyzed using bivariate and multivariate analysis.

Main Results

A total of 189 patients were included in the study. An inadequate HL level was found in 10% (95%CI [3-17%]) of patients, a problematic HL in 38% (95%CI [31-45%]), and an adequate HL in 53% (95%CI [46-61%]). Multivariate analysis showed that age was an independent factor on HL level with OR 0.82 (95% CI [0.69 to 0.97]) as well as the perceived health status with OR 1.84 (CI 95% [1.22 to 2.82]). The internet access had a statistically significant influence in bivariate analysis but not in multivariate analysis. All other socio-demographic and economic factors were not statistically significant.

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE

Conclusions

This study found similar results on HL as previous European studies. Age and perceived health status were independent factors on HL levels. Improving the HL seem important to enhance efficacy and efficiency of medical care system and reduce inadequate emergency care use. More studies assessing the HL level of the overall French population should be perform to give comparison.

Keywords: Health literacy, Emergencies, Public health, Health status

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE

Introduction

Health literacy (HL) has become since three decades a subject of major interest in public health worldwide, as several studies were published on this topic (1). According to Sorensen *et al* (2012), HL is described as « people's knowledge, motivation, and competencies to access, understand, appraise, and apply health information to make judgments and take decisions in everyday life concerning healthcare, disease prevention, and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course » (2). Thus, HL is a concept of importance in all healthcare fields including prevention and promotion of health. HL is known to be linked to self-efficacy in care use and to global health status (3). Moreover, negative health outcome, higher morbidity of chronic diseases, and a lower use of preventive care were proved to be linked with low HL level (4). As a consequence, this induces higher medical costs, hospitalizations and length of stay, and even higher mortality rates (5–8). Furthermore, having a low HL level is associated with social disparities, with a more marked impact in lower social status group (6,9,10).

Studies worldwide that assessed the HL level of populations showed non-negligible low or inadequate levels in the Asian, American and European populations (11–13). In 2015, a study conducted in 8 European countries showed an inadequate HL level in 12% of the population and a problematic level in 35% of the population, thus, 47% of the population was considered to have a limited HL (14).

In France during the past 20 years, the number of consultations doubled in emergency departments (ED), to reach 22 million in 2019 (15,16). This impacts the healthcare quality due to overwork and organizational difficulties, in a field that is already known to be experiencing a crisis (17). HL can be seen as a potential axis, among others, to limit the inadequate use of emergency structures; since it is linked to good healthcare use, health education and prevention (8,18). All issues inherent to this concept conducted us in assessing the HL level in France and in an emergency structure.

Material and methods

Study Design

We conducted a transversal observational, single center study in the ED of the Hôpital Lyon Sud (Hospices civils de Lyon, Lyon, France) between February 20th, 2022 to March 3rd, 2022. The inclusion criteria were: patients aged of at least 18 years old and considered clinically stable by the admission nurse. A patients is considered clinically stable when he is classified from 3A to 5 according to the FRENCH classification (19). The exclusion criteria were: patients with severe dementia, confusion or neurological failure, psychiatric decompensation, and patients who do not understand French.

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE

The primary endpoint of this study was the HL level of the patients, obtained using the score of HLS-EU-Q16. The secondary endpoint was the identification of socio-demographic factors associated with the HL level.

The study was approved by the Research Ethics committee of the Family medicine department of the Lyon 1 university, on December 6th 2022 and follows the STROBE statement (20).

Data collection

The data collection was performed right after the inclusion of the patients. The questionnaire was filled out and the sociodemographic variables were collected in consultation boxes or in waiting rooms when it was possible (between 9am and 4pm) or filled in autonomy after information and consent. An anonymization was performed and all questionnaires and consent were disposed in a secure server.

Sociodemographic characteristics

Sociodemographic variables collected were age, sex (male or female), country of birth, native language, study level (without diploma, first degree graduate, second degree graduate, post second degree graduate), profession, health perception status (very good, good, bad, very bad), internet access (yes or no), living environment (rural or urban), isolation (yes or no) and whether they saw or had contact with a doctor, or called the emergency number for medical help, before going to the emergencies (yes or no).

Questionnaire

The level of HL was assessed using the French version of the HLS-EU-Q16 Questionnaire, validated in 2018 (21). It contains 16 questions with 4 answers possibility: very difficult, difficult, easy, or very easy. It gives a quote ranging from 0 to 16; a HL level can be classified as inadequate or level 1 (from 0 to 8), problematic or level 2 (from 9 to 12), and adequate or level 3 (from 13 to 16).This multidimensional questionnaire was developed from the HLS-EU-Q47 questionnaire to a shorter form considering the content and face validity criteria of each item and Rasch modeling, and uniting 11 of the 12 dimensions of the Sorensen conceptualization model (2).

Statistical Analysis

Distributional comparisons were conducted using the Kruskal-Wallis rank sum test for continuous variables, and the Fisher's Exact Test or Pearson's Chi-squared test for categorical covariates. All analyses were performed using Excel (version 15.0.5545.1000) and R (4.2.3) with package ordinal.

The exploration of the association in a multivariate model was conducted using a proportional odds model using the level of literacy as the response variable, and independent covariates as predictors, which were: age, (Continuous), sex (Male or Female), perceived health status treated as a numeric variable (Ordered scale {1, 2, 3, 4}, 1 being the worst), study level with sequential effects (without diploma, first degree graduate, second degree graduate, post second degree graduate), living environment (Rural, Urban), internet access (No, Yes), and isolation (No, Yes).The magnitude of association is given as odds ratio (OR) and their 95% confidence

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE

interval (95% CI) for each predictor studied. The OR measures the association between the HL level and each independent predictor; for OR<1, the increase of the predictor leads to the proportional decrease of the HL level, while for OR>1, the increase of the predictor leads to the proportional increase of the HL level.

An alpha risk was set at 0.05 to declare significance, without control for multiple testing. No imputation was conducted to address missing data; for modelling purposes, only the subjects for whom the HL level and covariates were available were included in the model.

Results

Patients characteristics

Among the 275 patients who met the inclusion criteria, 74 were excluded based on the exclusion criteria and 12 patients were also excluded due to missing data. Thus, 189 patients were included for analysis (Figure 1). The mean (± standard deviation) age of the patients was 60 (± 21). A total of 150 (80%) patients were born in France and French was the native language of 161 (86%) patients. Regarding the study level, the majority of the patients were graduated (first, secondary or post-secondary degree). Concerning their professional activities, there were most manual workers or artisans (106, 57%) followed by office employees or intermediate professions (42, 23%). Regarding their health, it was reported to be good in 92 (49%) patients, bad in 60 (32%) patients, and 121 (64%) patients were referred by a doctor, after medical consultation or after a call to the emergency number. Most of the patients were not living isolated (165, 88%) and the majority of them had an access to the internet (152, 82%). The characteristics of the included patients are presented in Table 1.

HL level

Overall, 10% (95% CI [3; 17%]) of the patients had an inadequate HL level, 38% (95% CI [31; 45%]) had a problematic HL level, and 53% (95% CI [46; 61%] had an adequate HL level. A total of 144 (76%) patients had a score between 11 and 16 (Figure 2).

Bivariate analysis on socio-demographic factors

The statistical analysis exploring each socio-demographic factor is shown in Table 1. In bivariate analysis, three factors influenced the HL level, reaching statistical significance; the age ($p<0.001$), a bad perceived health status ($p<0.007$), and an internet access ($p<0.003$).

Multivariate analysis

In multivariate analysis, age and health status remained independent predictors of the HL level with OR =0.82 (95% CI [0.69 to 0.97]; p=0.026) for a 10 years increase, and OR =1.84 (95% CI [1.22 to 2.82; p=0.004]) respectively. The internet access was not statistically significant (Table 2).

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE

Discussion

The present study found that nearly half of the patients had an inadequate or problematic HL level, which highlighted their difficulties to understand and use the health field. This proportion of patients with low HL level was similar to the European evaluation of 2015 that used the same type of questionnaire (14). The 2016 evaluation performed in Belgium showed 15% of low and 28% of problematic HL levels among the Belgian population (22). A national Danish study conducted in 2020 using HLS-EU-Q16 questionnaire on a population of 9,000 individuals reported 18% inadequate and 31% problematic HL levels (23). In France, as there is no data available regarding the overall population, we cannot compare the HL level of the population of this study with the level of the overall population.

Several socio-demographic factors that were described as linked to HL levels in previous studies were assessed herein (5,14,22,24,25). It has been shown that the elderly, individuals with disabilities, those with lower socio-economic (SE) status, ethnic minorities, and individuals with limited education were those with lower HL levels (26). In the present study, only age and perceived health status remained statistically significant, as independent predictors influencing the HL level (after considering potential confounding factors). Younger individuals were more likely to have a good HL level, while those with bad health status were more likely to have lower HL level. Regarding the age, the present findings were consistent with previous studies (14,22–24,27), the influence of age on HL is the most constant finding in the literature. Almost all studies showed a higher risk of having a low HL level in the elderly. The health status was also frequently associated with the HL level, in studies showing that the better it is, the better the HL level is (5,13,25). The elderly and individuals with bad perceived health status are those who use the most the healthcare system, thus, it shows the importance of considering their HL level and find how to improve it (3).

Sudor and Schillinger worked in the different ways to improve the care of patients with low HL and proposed several tools, focused particularly around oral communication, and using supports like videos, flyers, etc (28). In France (Grenoble), Dr Melanie Sustersic and her team worked on giving information to the patients, by writing clear information sheets on frequent medical subjects and chronic diseases. This could be a way to develop easy information that can be read several times and at home (29).

The internet access was significant in the bivariate analysis but not an independent predictor of HL using the multivariate analysis; the internet access and its influence is not often studied but seem to be linked with good HL. Protheroe *et al*. showed a significant association with HL in England (24) and the recent German meta-analysis of modifiable predictors of HL in working-age-adults found a trend regarding the internet access as a protective factor (25).

In this study, an influence of the education level or the socioeconomic position was not found, although it is one of the most consistent finding in the literature that showed significant influence (12,14,24).This is probably due to the overestimation of the educational level in the classification with the level “secondary”, which was very heterogeneous and did not distinguish general or professional way. Professional way cannot be really classified

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE

as secondary level of education, but between primary and secondary. Moreover, there was no influence of the sex in this study, which is inconsistent with several studies that found a better HL level in females (6,7,12,14). However, other studies did not find any influence of the sex (22,24). The isolation and living in rural or urban environments were also not predictive factors, which is not surprising because they were not found as major influence predictors in the majority of studies (12).

The present study reported that the majority of patients had a medical advice before going to the ED, but around 1 patient out of 3 did not. Although, there was no link with HL levels in this study, it could be interesting to make further studies to specify this. We can imagine that increasing the HL level of the population could have an impact on the patient flow in ED, by reducing non-urgent cases or those who could be treated in another structure. For now, few studies assessed the link between HL and ED flows, but did not find any (6,30); additional data are needed to confirm this.

It can be hypothesize that improving HL may reduce the ED need, but this will require time to reduce chronic disease decompensation, increase prevention and better health, and avoid some iatrogenic incidents.

Limitations

This study has several limitations. The first is the lack of power due to the small size of the sample and the short assessment period. However, this study has not a lot of missing data.

The second limitation is the bias linked to the questionnaire response. This HLS-EU-Q16 leads to response bias as some questions can be ambiguous, complex, or mind-setting. Some questions seem easy for the patients, but others are very difficult to understand or deviate due to the past or representations of the patients. Some patients cannot choose some items between easy or not and as there is no other way to answer, that can lead sometimes to missing data. There is also the possibility of an influence created by the way the examiner read and ask the questions. Despite its limitations (21), the HLS-EU-Q16 is a validated and functional psychometric questionnaire.

The imperfect classification of education level can also be discussed, which possibly led to overestimation of secondary levels of education.

Conclusion

The HL level of the patients in this ED was similar to the European trend and was influenced by the age and the perceived health status, which are both linked with care needs. Improving HL in population and carry out actions can lead to a better use of the healthcare system, especially in ED; this require more studies focusing on the overall French population to give comparison and assess the efficacy of the actions that can be perform.

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE

DECLARATIONS

Ethics approval and consent to participate: All experiments were performed in accordance with relevant guidelines and with the Declaration of Helsinski. The project was approved by the Research Ethics committee of the Family medicine department of the Lyon 1 university, on December 6th 2022.

Consent for publication: The participants were informed using a written information and gave their consent.

Availability of data and material: The datasets used and/or analyzed in the present study are available upon reasonable request to the corresponding author. Data transfer must be approved by the French data protection agency (Commission nationale de l'informatique et des libertés, CNIL).

Competing interests: The authors declare that they have no competing interests

Funding: Not applicable

Authors' contributions: PM, VP conceived the study, designed the trial. PM and VP supervised the conduct of the trial and data collection. PM, VP and MD drafted the manuscript, and all authors contributed substantially to its revision. PM takes responsibility for the paper as a whole. All authors read and approved the final manuscript.

Acknowledgements: We thank Shanez Haouari (DRS, HCL) for the English proofreading of the manuscript. We also thank all the partner patients for their participation.

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE

Bibliography

1. Selva-Pareja L, Ramos-Pla A, Mercadé-Melé P, Espart A. Evolution of Scientific Production on Health Literacy and Health Education—A Bibliometric Analysis. Int J Environ Res Public Health. 5 avr 2022;19(7):4356.

2. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 25 janv 2012;12:80.

3. Chen JZ, Hsu HC, Tung HJ, Pan LY. Effects of health literacy to self-efficacy and preventive care utilization among older adults: Healthy literacy, self-efficacy and prevention. Geriatrics & Gerontology International. janv 2013;13(1):70-6.

4. Durand MA, Lamouroux A, Redmond NM, Rotily M, Bourmaud A, Schott AM, et al. Impact of a health literacy intervention combining general practitioner training and a consumer facing intervention to improve colorectal cancer screening in underserved areas: protocol for a multicentric cluster randomized controlled trial. BMC Public Health. 16 sept 2021;21:1684.

5. Fan Z ya, Yang Y, Zhang F. Association between health literacy and mortality: a systematic review and meta-analysis. Archives of Public Health. 1 juill 2021;79(1):119.

6. Vandenbosch J, Van den Broucke S, Vancorenland S, Avalosse H, Verniest R, Callens M. Health literacy and the use of healthcare services in Belgium. Journal of Epidemiology and Community Health (1979-). 2016;70(10):1032-8.

7. Baker DW, Parker RM, Williams MV, Clark WS. Health Literacy and the Risk of Hospital Admission. J Gen Intern Med. déc 1998;13(12):791-8.

8. Rasu RS, Bawa WA, Suminski R, Snella K, Warady B. Health Literacy Impact on National Healthcare Utilization and Expenditure. Int J Health Policy Manag. 17 août 2015;4(11):747-55.

9. Bennett IM, Chen J, Soroui JS, White S. The Contribution of Health Literacy to Disparities in Self-Rated Health Status and Preventive Health Behaviors in Older Adults. Ann Fam Med. mai 2009;7(3):204-11.

10. Gibney S, Bruton L, Ryan C, Doyle G, Rowlands G. Increasing Health Literacy May Reduce Health Inequalities: Evidence from a National Population Survey in Ireland. Int J Environ Res Public Health. août 2020;17(16):5891.

11. Pleasant,A. Health literacy around the world: Part 1. Health literacy efforts outside of the United States. 2013;Health literacy(Vol 1):97-203.

12. Li Z, Tian Y, Gong Z, Qian L. Health Literacy and Regional Heterogeneities in China: A Population-Based Study. Front Public Health. 11 mai 2021;9:603325.

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE

13. Baccolini V, Rosso A, Di Paolo C, Isonne C, Salerno C, Migliara G, et al. What is the Prevalence of Low Health Literacy in European Union Member States? A Systematic Review and Meta-analysis. J Gen Intern Med. mars 2021;36(3):753-61.

14. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). Eur J Public Health. déc 2015;25(6):1053-8.

15. Actualités de l'Urgence - APM / Société Française de Médecine d'Urgence - SFMU [Internet]. 2020 [cité 3 sept 2023]. Disponible sur: https://www.sfmu.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/la-hausse-des-passages-aux-urgences-a-ralenti-en-2019-analyse-apmnews-/new_id/66734

16. Braun F. Rapport du Dr Braun - MISSION FLASH SUR LES URGENCES ET SOINS NON PROGRAMMÉS. 2022 juin.

17. Cohen L, Génission C, Savary RP. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé [Internet]. 2017 juill [cité 3 sept 2023]. Report No.: 685. Disponible sur: https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685.html

18. Sentell TL, Halpin HA. Importance of Adult Literacy in Understanding Health Disparities. J Gen Intern Med. août 2006;21(8):862-6.

19. Taboulet P, Vincent-Cassy C, Squara PA, Resche-Rigon M. Validité de la FRENCH, l'échelle de tri des urgences hospitalières élaborée par la Société française de médecine d'urgence. Ann Fr Med Urgence. janv 2019;9(1):10-6.

20. von Elm E, Altmann DG, Egger M, Pocock SC, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP, et al. Das Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE-) Statement. Internist. 1 juin 2008;49(6):688-93.

21. Rouquette A, Nadot T, Labitrie P, Van den Broucke S, Mancini J, Rigal L, et al. Validity and measurement invariance across sex, age, and education level of the French short versions of the European Health Literacy Survey Questionnaire. PLoS One. 6 déc 2018;13(12):e0208091.

22. Avalosse H, Verniest R, Vancorenland S, Cock SD, Cornerotte S. Littératie en santé (Health literacy) et sources d'information. :16.

23. Svendsen MT, Bak CK, Sørensen K, Pelikan J, Riddersholm SJ, Skals RK, et al. Associations of health literacy with socioeconomic position, health risk behavior, and health status: a large national population-based survey among Danish adults. BMC Public Health. 28 avr 2020;20(1):565.

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE

24. Protheroe J, Whittle R, Bartlam B, Estacio EV, Clark L, Kurth J. Health literacy, associated lifestyle and demographic factors in adult population of an English city: a cross-sectional survey. Health Expect. févr 2017;20(1):112-9.

25. Singh H, Kolschen J, Samkange-Zeeb F, Brand T, Zeeb H, Schüz B. Modifiable predictors of health literacy in working-age adults - a rapid review and meta-analysis. BMC Public Health. 30 juill 2022;22:1450.

26. Schillinger D. Social Determinants, Health Literacy, and Disparities: Intersections and Controversies. Health Lit Res Pract. 5(3):e234-43.

27. Park JY, June KJ. Influencing Factors on Functional Health Literacy among the Rural Elderly. J Korean Acad Community Health Nurs. 4 avr 2014;22(1):75-85.

28. Sudore RL, Schillinger D. Interventions to Improve Care for Patients with Limited Health Literacy. J Clin Outcomes Manag. 1 janv 2009;16(1):20-9.

29. Sustersic M, Meneau A, Drémont R, Paris A, Laborde L, Bosson JL. Élaboration de fiches d'information pour les patients en médecine générale. LA REVUE DU PRATICIEN. 2008;58.

30. Martin C. L'impact du niveau de littératie en santé des patients sur l'utilisation des services d'urgences. 2021.

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE

Tables

Table 1: *Data description, by literacy level*

		Literacy level[T]				
Variable	**N**	**Overall**, N = **189**[1]	**1**, N = 18	**2**, N = 71	**3**, N = 100	**p-value**
Age, Mean (SD)	188	60 (21)	74 (21)	63 (22)	55 (20)	**<0.001**[2]
Unknown		1	0	1	0	
Age (cat.), n (%)	188					**<0.001**[3]
[18,40]		43 (23)	1 (5.6)	14 (20)	28 (28)	
[40,60]		51 (27)	4 (22)	19 (27)	28 (28)	
[60,80]		54 (29)	2 (11)	15 (21)	37 (37)	
[80+]		40 (21)	11 (61)	22 (31)	7 (7.0)	
Unknown		1	0	1	0	
Sex, n (%)	189					0.46[4]
Female		95 (50)	10 (56)	39 (55)	46 (46)	
Male		94 (50)	8 (44)	32 (45)	54 (54)	
Native country, n (%)	188					0.34[3]
France		150 (80)	15 (83)	61 (86)	74 (75)	
Maghreb		18 (9.6)	1 (5.6)	3 (4.2)	14 (14)	
Sub-Saharan Africa		8 (4.3)	0 (0)	3 (4.2)	5 (5.1)	
Other*		12 (6.4)	2 (11)	4 (5.6)	6 (6.1)	
Unknown		1	0	0	1	
Native language, n (%)	188					0.47[3]
French		161 (86)	16 (89)	62 (89)	83 (83)	
Other[#]		16 (8.5)	2 (11)	6 (8.6)	8 (8.0)	
Arab		11 (5.9)	0 (0)	2 (2.9)	9 (9.0)	
Unknown		1	0	1	0	
Study level, n (%)	189					0.24[3]
Without diploma		30 (16)	4 (22)	15 (21)	11 (11)	
First degree graduate[a]		37 (20)	6 (33)	13 (18)	18 (18)	
Second degree graduate[b]		53 (28)	5 (28)	22 (31)	26 (26)	
Post-second degree graduate		69 (36)	3 (17)	21 (30)	45 (45)	

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE

Professional activity, n (%)	185					0.70[3]
Manual worker, artisan		106 (57)	13 (72)	39 (57)	54 (55)	
Office employees, intermediate profession		42 (23)	5 (28)	15 (22)	22 (22)	
Superior		25 (14)	0 (0)	10 (14)	15 (15)	
Student		7 (3.8)	0 (0)	2 (2.9)	5 (5.1)	
Without		5 (2.7)	0 (0)	3 (4.3)	2 (2.0)	
Unknown		4	0	2	2	
Perceived health status, n (%)	189					**0.007[3]**
Very bad		6 (3.2)	0 (0)	5 (7.0)	1 (1.0)	
Bad		60 (32)	8 (44)	27 (38)	25 (25)	
Good		92 (49)	8 (44)	35 (49)	49 (49)	
Very good		31 (16)	2 (11)	4 (5.6)	25 (25)	
Living environment, n (%)	188					0.63[4]
Rural		61 (32)	5 (29)	26 (37)	30 (30)	
Urban		127 (68)	12 (71)	45 (63)	70 (70)	
Unknown		1	1	0	0	
Isolation, n (%)	188					0.77[3]
No		165 (88)	15 (83)	62 (89)	88 (88)	
Yes		23 (12)	3 (17)	8 (11)	12 (12)	
Unknown		1	0	1	0	
Internet access n (%)	186					**0.003[3]**
No		34 (18)	6 (33)	19 (28)	9 (9.1)	
Yes		152 (82)	12 (67)	50 (72)	90 (91)	
Unknown		3	0	2	1	
Referred by a doctor, n (%)	188					0.070[4]
No		67 (36)	8 (44)	18 (25)	41 (41)	
Yes		121 (64)	10 (56)	53 (75)	58 (59)	
Unknown		1	0	0	1	

[1]Mean (standard deviation, SD); n (%)

[2]Kruskal-Wallis rank sum test

[3]Fisher's Exact Test for Count Data with simulated p-value (based on 1000 replicates)

[4]Pearson's Chi-squared test

∓ 1 : Inadequate 2 : Problematic 3 : Adequate

*Italia, Spain, Portugal, Turkey, Martinique and Mauritius

Italian, Spanish, Portuguese, Turkish, Kikongo, Baoulé, Bettie

a : First degree graduate (Junior High school) obtain around 16 years old with the college certificate

b : Second degree graduate (High school) obtain around 19 years old with high school diploma

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE

Table 2: *Final proportional odds model explaining the literacy level*

	Effects	
Variable	**OR (95% CI)[1]**	**p-value**
Age (+10)	0.82 [0.69; 0.97]	**0.026**
Sex		
Female	—	
Male	1.30 [0.70; 2.42]	0.41
Perceived health status (+1)	1.84 [1.22; 2.82]	**0.004**
Study level		
Without diploma	1.51 [0.5 ; 4.01]	0.41
First degree diploma	0.67 [0.26; 1.70]	0.41
Second degree diploma	1.59 [0.72; 3.52]	0.25
Post-second degree graduate	1.11 [0.20; 9.04]	0.91
Living environment		
Rural	—	
Urban	0.96 [0.50; 1.82]	0.90
Internet availability		
No	—	
Yes	1.97 [0.83; 4.77]	0.13
Isolation		
No	—	
Yes	0.99 [0.40; 2.52]	0.99

[1]OR = Odds Ratio, CI = Confidence Interval

Multivariate analysis were performed on 185 patients due to missing data on influencing factors

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE

Figures

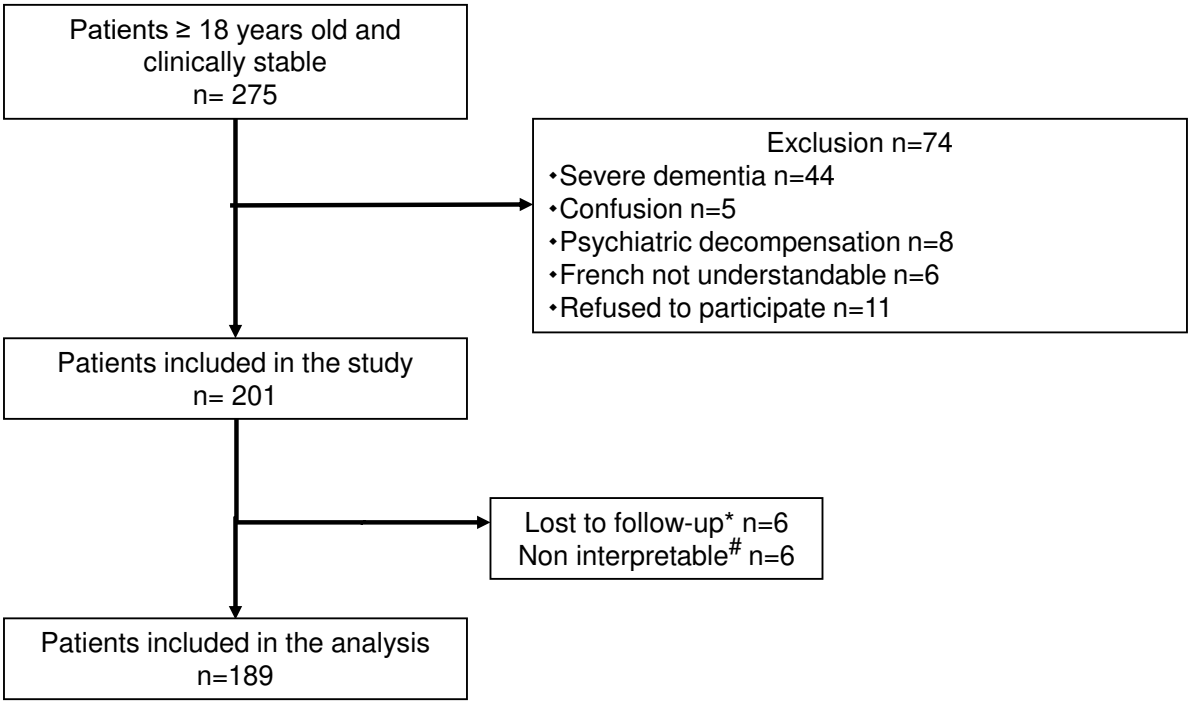


Figure 1 Flowchart

**Lost to follow up: patients who started filling out the questionnaire and left for exam or admission or were transferred*

#Non interpretable: questionnaires filled partially with not enough data to obtain a literacy level

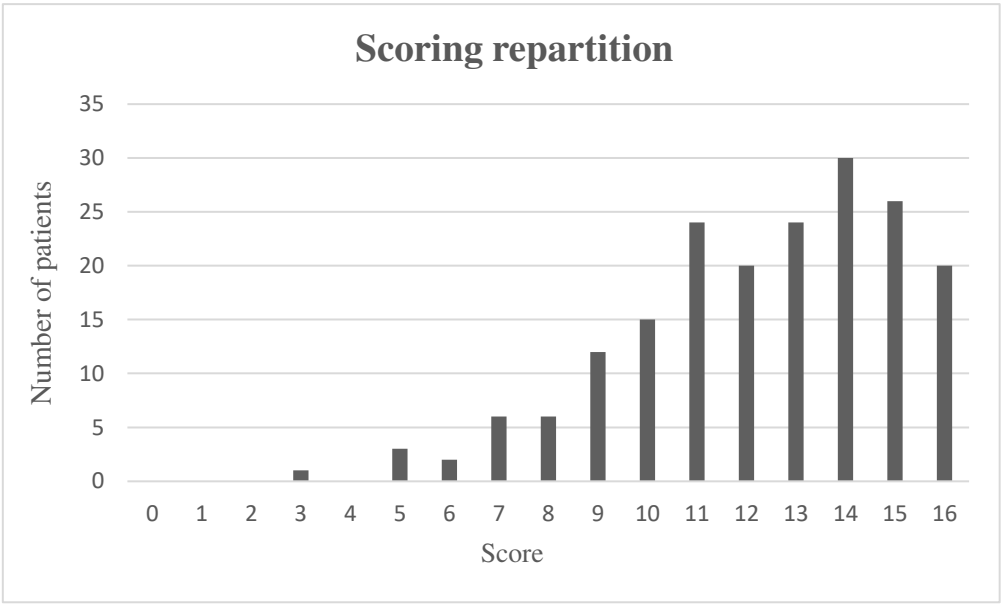


Figure 2 Scoring repartition of HLS-EU-Q16 results of the sample representing patients in ED of Lyon Sud's hospital

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE

III- Discussion générale

Retour sur l'étude

L'objectif était d'avoir une vision du niveau de littératie en santé dans un échantillon français. Nous avons choisi le domaine des urgences du fait de leur facilité d'accès par les patients et de la densité journalière de consultations. Nous avons retrouvé des résultats similaires aux études déjà réalisées sur les niveaux de littératie en santé de la population européenne puisqu'aux urgences de l'hôpital Lyon sud, 10% avaient un niveau insuffisant, 38% problématique et 53% adéquat (45,65,66). Une comparaison avec le niveau général des Français aurait été plus informative sur ces chiffres, mais nous avons vu qu'il n'y a pas encore de résultats officiels en population générale.

Nous avons étudié en critère secondaire des facteurs socio-économiques ayant déjà montré une influence sur le niveau de littératie en santé dans de précédentes études (43,45,58,59,61). Nous avons ajouté la notion d'avis médical préalable à la consultation aux urgences par le biais d'une consultation ou d'un avis téléphonique. Elle apportait une originalité car n'avait jamais été étudiée auparavant dans la littérature.

Il a été retrouvé une influence de manière indépendante de l'âge et de l'état de santé perçu de manière significative avec une tendance à avoir un niveau de littératie en santé diminuant avec l'âge et avec un mauvais état de santé perçu. L'âge est un des éléments le plus constamment retrouvé comme facteur de risque de bas niveau de littératie dans les études (45,58–60,62). Il est aussi retrouvé très fréquemment les mêmes conclusions sur l'état de santé perçu que celles qui en ressortent dans cette étude (58–62).

Dans l'étude, il n'y avait pas d'influence de l'accès à internet, de l'habitat en milieu rural ou de l'isolement social. La plupart du temps, l'isolement et la vie en milieu rural ne montrent pas d'influence particulière dans les études (61,62,67) mais l'influence de l'accès à internet est plus contrastée et a parfois pu montrer un lien avec un meilleur niveau de littératie (58,61).

Nous n'avons également pas trouvé de lien entre le fait d'avoir été adressé par un médecin aux urgences ou non et le niveau de littératie en santé bien qu'un tiers des patients étaient venus sans avis au préalable. C'est un aspect qui pourrait être important à étudier dans les études ultérieures. Un lien entre le niveau de littératie en santé et le nombre de consultation aux urgences ne semble pas ressortir dans les quelques études les plus récentes l'ayant pris en compte (40,41). Il parait pourtant possible du fait de la facilité d'accès des services par le fait que ce soit sans rendez-vous, souvent bien desservi par les transports en commun et ouvert à toute heure 24h/24 (68).

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE

Dans cette étude, les caractères de milieux sociaux défavorisés apparaissent moins mis en avant que dans certaines autres études et on retrouve moins le lien entre niveau de littératie en santé et isolement, précarité et difficultés socio-économiques.

Concernant les niveaux d'éducation, il en est ressorti un bon niveau d'éducation en globalité dans la population étudiée et une absence d'influence de celui-ci sur la littératie en santé. C'est pourtant habituellement un facteur notable lié à celle-ci. (40,43,53). Il est possible que cela soit dû à la façon de classer les niveaux d'études puisqu'il n'y a pas eu de différenciation entre le bac général, les bacs professionnels et les certificats d'aptitude professionnelle (CAP) hors ils représentent des niveaux de difficultés différents. Si l'étude était à refaire, ce serait un point à corriger pour avoir un meilleur reflet du niveau d'éducation. Cependant, il est à noter que lors de l'étude pour la validation du questionnaire HLS-EU-Q16 il avait été noté également une absence de lien entre niveau de littératie en santé et niveau d'éducation. (57).

Finalement, les facteurs indépendants d'influence du niveau de littératie en santé retrouvés dans cette étude correspondent à ceux qui sont le plus constamment retrouvés dans la littérature. On retrouve des caractéristiques de populations qui sont les plus à même d'avoir besoin de soin puisque ce sont les personnes âgées et malades. Améliorer leur niveau de littératie en santé pourrait induire pour ces patients une meilleure santé globale avec entre autres, moins d'épisodes de décompensation et de recours aux urgences. On pourrait alors arriver à une meilleure utilisation du système de soin et une réduction des coûts de santé (39,69,70).

Limitations

La limitation principale de cette étude est le manque de puissance en raison du petit échantillon qu'elle représente et la courte période de recueil. En revanche, le nombre de données manquantes est relativement peu élevé sur l'échantillon étudié.

Concernant les biais, on retrouve ceux en lien avec les études épidémiologiques qui sont les biais de sélection et de classement surtout. La deuxième source de biais concerne l'application du questionnaire HLS-EU-Q16 et ses paramètres propres (cf infra). Ensuite, nous pouvons émettre l'hypothèse de l'existence de biais de désirabilité sociale, de confirmation, d'auto-complaisance, d'effet de halo (ou de contamination) et les stéréotypes dus à l'environnement de réponse et le fait de répondre aux questions avec l'examinateur (donc moi-même).

Le questionnaire HLS-EU-Q16 en pratique

Le questionnaire HLS-EU-Q16 est celui qui a été choisi et utilisé pour l'étude. Il est validé depuis 2018 en français (57). Il est pluridimensionnel et traduit dans plusieurs langues. Il a déjà été utilisé pour plusieurs études dans différents pays (35). Lors de la validation du questionnaire en français, il avait été noté certaines limitations qui demandaient de l'attention lors de l'utilisation de cette forme de questionnaire. Il a été mentionné d'abord un « effet plafond » pour certains items dû à son système de point binaire (0 si répondu difficile ou très difficile,

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE

1 si répondu facile ou très facile) induisant un effet discriminant moindre pour les groupes de haut niveau de littératie. Deuxièmement, certains de ses items peuvent être soumis à interprétation différente en fonction du sexe, de l'âge et du niveau d'éducation (fonctionnement différentiel d'item). Et enfin, le sens de certains items peut parfois être difficile à comprendre.

En pratique, lors de l'interrogation des patients, j'ai pu relever certains items qui posaient problème plus que d'autres. Ce pouvait être par la compréhension de la question comme la *question 11 : évaluer la fiabilité des informations disponibles dans les médias sur ce qui est dangereux pour la santé*, parfois par l'induction de représentations personnelles, ou par le fait de ne pas concerner certains patients comme les questions avec notion de psychologie (*questions 8 et 13*). Les questions à propos des médias ont été source de grands débats et d'expressions de multiples points de vue par les patients. Ils ont alors tendance à bloquer en entendant ce mot « média » et répondre « difficile » à toutes les questions à ce propos sans différencier l'objet des questions. J'ai aussi remarqué un biais de classement sur certains items selon la formulation de la question, car parfois, la réponse « difficile » semblait plus appropriée avec un bon niveau de littératie en santé. Par exemple ceux qui répondaient rapidement à la *question 11 : « évaluer la fiabilité des informations disponibles dans les médias sur ce qui est dangereux pour la santé»* répondaient « facile » alors que ce n'est peut-être pas si aisé même pour quelqu'un qui connaît bien le sujet comme un professionnel de santé. Enfin, pour certains cas, l'impossibilité de réponse intermédiaire entre « facile » et « difficile » a conduit à des données manquantes ou une déviation de réponse vers l'une ou l'autre par le patient pour ne pas laisser une réponse vacante.

Dans une étude danoise de 2020 avec utilisation du même questionnaire, il avait été notifié deux items posant le plus de problèmes : *la question 11*, mentionnée ci-dessus et la *question 5 : « savoir quand il serait utile d'avoir l'avis d'un autre médecin ».* Les deux items les plus faciles à répondre pour les patients étaient la *question 7 « suivre les consignes de votre médecin ou pharmacien »* et la *question 9 : « comprendre les mises en garde concernant la santé de certains comportements comme fumer, ne pas faire assez d'exercice et boire trop »* (60). Mon constat a été relativement similaire lors de la mise en pratique du questionnaire. Bien que ce questionnaire validé et déjà utilisé m'ait permis d'obtenir des chiffres interprétables et comparables aux études déjà réalisées, j'ai pu m'interroger sur sa réelle capacité à discriminer les niveaux de littératie en santé de manière adaptée et conforme à la réalité. Peut-être qu'il serait plus représentatif en modifiant la façon de poser certaines questions ou avec plus d'exemples et surtout avec une possibilité de réponse intermédiaire entre « facile » et « difficile ».

A l'avenir

Bien que l'engouement scientifique et politique pour la littératie en santé soit en essor depuis quelques décennies maintenant, il reste des progrès à faire pour aller vers les objectifs recherchés et de réels résultats sur les populations. Etonnamment, la littérature est très riche sur le sujet mais il est encore très peu connu de la population générale.

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE

Plusieurs pistes d'actions ont déjà été réfléchies et commencées à être testées. Pour être efficaces, une prise en compte à la fois individuelle du patient et à l'échelle collective est primordiale, par exemple en travaillant sur le contenu et la mise en forme des informations disponibles sur la santé, etc.

Trois plans sont alors à prendre en compte : le patient, le système de soin, et la communauté (71,72) :

- Au plus près du patient, l'amélioration de sa compréhension pourrait passer par des techniques de communication par les professionnels (communication centrée patient, méthode du teach-back, adaptation du discours et du vocabulaire, etc.), ainsi que la possibilité de renforcement de celles-ci par des écrits, images ou vidéos. A ce propos, une équipe en lien avec l'université de Grenoble et Dr Mélanie Sustersic a travaillé sur l'élaboration de fiches patients avec du contenu médical officiel, accessible et simplifié sur des pathologies chroniques et des sujets médicaux fréquents consultables facilement sur un site internet dédié (73).

  Multiplier les sources d'informations comme les explications apportées par le pharmacien, le kinésithérapeute, la diététicienne, les membres de l'entourage, etc. peut aussi créer une synergie bénéfique aux soins.

  La rédaction et lisibilité des ordonnances sont aussi des points de vigilance car elles peuvent être rendues plus accessibles et un véritable outil d'aide pour le patient.

- Dans le système de santé, les pistes sont de l'ordre de l'éducation et la facilitation de l'environnement. Un point important concerne les formations des professionnels de santé et tous les acteurs du soin afin de les sensibiliser au sujet. Les programmes d'éducation en santé pour les patients sont également de plus en plus développés et peuvent se créer des animations autour de la santé.

  Il avait aussi été évoqué l'idée de standardiser les boites de médicaments et les informations les concernant (par exemple, les moments de prise représentés par les mêmes pictogrammes sur toutes les boites).

- Au niveau le plus large, communautaire, on s'attarde aux médias et à leurs informations, à l'utilisation des technologies pour donner l'information et à la lutte contre la « pollution informationnelle » qui occulte les informations de qualité. On peut aussi évoquer les courriers de dépistage et les interventions diverses en lien avec la santé, comme par exemple à l'école.

On retrouve donc un champ d'action très large avec beaucoup de pistes d'amélioration et beaucoup d'acteurs entrant en jeu. L'objectif commun vise à réduire le nombre de personnes en difficulté et les inégalités de santé en comprenant les freins et les leviers afin d'obtenir une meilleure efficacité de soin et améliorer l'état de santé global de la population.

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE

Conclusion

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE

Faculté de Médecine et de Maïeutique
Lyon Sud - Charles Mérieux

Nom, prénom du candidat : **MARIE Pauline**

CONCLUSIONS

Dans le contexte actuel de difficultés multiples du système de santé, le concept de littératie en santé prend toute son importance. Ce concept encore peu connu en France et dont la définition a beaucoup évolué au cours du temps, semble répondre à certains enjeux de santé publique. Sa place devient centrale dans les politiques de santé, au niveau national comme au niveau international et les plans d'actions. La littératie en santé est à présent considérée comme un déterminant de santé à part entière et un facteur d'inégalité de santé. Surtout, la littératie en santé est un déterminant sur lequel on peut agir.

Nous avons réalisé une étude d'évaluation de la littératie en santé transversale, observationnelle, monocentrique auprès des patients des urgences de l'hôpital Lyon sud en appliquant le questionnaire HLS-EU-Q16, questionnaire de littératie en santé développé par des pays européens et validé en français. Nous avons retrouvé dans notre échantillon une part non négligeable de la population qui présente des difficultés de fonctionnement et de compréhension dans le domaine du soin puisque près de la moitié des patients interrogés avaient un niveau de littératie en santé insuffisant ou problématique. Ces chiffres sont similaires aux études déjà réalisées dans d'autres pays du monde et en Europe. Les deux facteurs associés de manière indépendante et significative au niveau de littératie ont été l'âge et le niveau de santé perçu. Ce sont deux facteurs liés au besoin de soin.

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE

La littératie en santé s'intègre à tous les échelons du soin et de la prévention. Elle peut être prise en compte à tous les niveaux et par l'ensemble des professionnels de santé. L'améliorer peut aller de petites actions individuelles à de grandes actions collectives voire internationales.
Elle peut être vue comme un des leviers parmi d'autres pour agir sur la capacité des patients à mieux gérer leurs problèmes de santé et, par conséquence, sur la surcharge des services d'urgences, en éduquant les patients de manière adaptée pour réduire les évènements de décompensation de pathologies chroniques ou d'évènements liés à des erreurs comme dans la prise des médicaments.

Progressivement avec une meilleure connaissance de cette dimension, des progrès ont déjà été faits et de plus en plus de projets et d'actions sont mis en œuvre pour améliorer la littératie en santé et s'adapter à ceux qui ont le plus de difficultés. Une évaluation en population générale française serait intéressante pour pouvoir comparer les chiffres et avoir un recul sur l'efficacité des actions menées.

Le Président de jury,
Nom et Prénom
Anne-Marie Schott-Pethelaz

Signature



VU,
Le Doyen de la Faculté de
Médecine
et de Maïeutique Lyon-Sud Charles Mérieux



Professeur Philippe PAPAREL

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 04/10/2023

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE

Annexe

Questionnaire

Questionnaire Pour la these d'étude de littératie en santé.

Je peux répondre à ce questionnaire après avoir pris connaissance de la fiche information et signé le consentement à sa participation. Il est important de répondre à toutes les questions pour qu'il soit pris en compte dans l'étude finale.

1- Informations générales

1	**Indiquez votre age**	Ans
2	**Vous etes**	□ **Une femme** □ **Un homme**
3	**Indiquez votre pays de naissance**	
4	**Indiquez votre langue maternelle**	
5	**Quel est votre niveau d'étude**	□ **Sans diplome** □ **Niveau Brevet** □ **Niveau Bac** □ **Etudes superieures** □ **Doctorat (Bac +6)**
6	**Indiquez votre profession**	
7	**Concernant votre état de santé en général, vous le trouvez**	□ **Très bon** □ **Bon** □ **Mauvais** □ **Très mauvais**
8	**Avez-vous accès à internet à votre domicile ?**	
9	**Vous vivez**	□ **En milieu urbain (ville)** □ **En milieu rural (campagne)**
10	**+/- Etes vous isolé ? (Famille/ amis presents, soutenant)**	□ **Oui** □ **Non**
11	**Avez vous été adressé aux urgences par un médecin ou le centre 15 ?**	□ **Oui** □ **Non**

TOURNEZ LA PAGE POUR ACCEDER AU QUESTIONNAIRE →

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE

Indiquez, sur une échelle de très facile à très difficile, dans quelle mesure il est facile pour vous de... (une seule réponse par Ligne)

	très facile	facile	difficile	très difficile
1- ... trouver des informations sur les traitements des maladies qui vous concernent ?	❑	❑	❑	❑
2- … savoir où obtenir l'aide d'un professionnel quand vous êtes malade ? (Par ex. médecin, infirmier, pharmacien ou psychologue)	❑	❑	❑	❑
3- … comprendre ce qu'un médecin vous dit ?	❑	❑	❑	❑
4- … comprendre les consignes de votre médecin ou de votre pharmacien sur la manière de prendre vos médicaments ?	❑	❑	❑	❑
5- … savoir quand il serait utile d'avoir l'avis d'un autre médecin ?	❑	❑	❑	❑
6- … utiliser les informations que le médecin vous donne pour prendre des décisions concernant votre maladie ?	❑	❑	❑	❑
7- … suivre les consignes de votre médecin ou de votre pharmacien ?	❑	❑	❑	❑
8- … trouver des informations sur comment faire en cas de problèmes psychologiques ? (Par ex. stress, dépression ou anxiété) ?	❑	❑	❑	❑
9- … comprendre les mises en gardes concernant l'impact sur la santé de certains comportements comme fumer, ne pas faire assez d'exercices et boire trop ?	❑	❑	❑	❑

Tournez la page s'il vous plaît…

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE

Indiquez, sur une échelle de très facile à très difficile, dans quelle mesure il est facile pour vous de...

	très facile	facile	difficile	très difficile
10- … comprendre les informations sur les dépistages et examens recommandés ? (Par ex. dépistage du cancer colorectal, test de glycémie)	❑	❑	❑	❑
11- … évaluer la fiabilité des informations disponibles dans les médias sur ce qui est dangereux pour la santé ? (Par ex. journaux, télévision ou internet)	❑	❑	❑	❑
12- … savoir comment vous préserver des maladies à partir des informations disponibles dans les médias ? ? (Par ex. journaux, télévision ou internet)	❑	❑	❑	❑
13- … vous renseigner sur les activités bénéfiques pour votre bien être psychologique ? ? (Par ex. relaxation, exercice physique, yoga)	❑	❑	❑	❑
14- … comprendre les conseils de votre famille ou de vos amis en matière de santé ?	❑	❑	❑	❑
15- … comprendre les informations disponibles dans les médias pour être en meilleure santé ?	❑	❑	❑	❑
16- … identifier quels sont les comportements de votre vie de tous les jours qui ont un impact sur votre santé ?	❑	❑	❑	❑

Fin du questionnaire.

DATE :

NUMERO DE QUESTIONNAIRE :

LIEU :

MOMENT DE PRISE EN CHARGE :

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE

Bibliographie

1. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Information des patients. Recommandations destinées aux médecins [Internet]. 1998 avr p. 151-5. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/infopat.pdf

2. DECANTER B, Ordre national des médecins. L'information du patient, son importance, ses conséquences. 2012.

3. Duruz H. Du paternalisme médical à la médecine personnalisée. Rev Med Suisse. 25 mai 2016;520:1072-1072.

4. Bontoux D, Autret A, Jaury P, Laurent B, Levi Y, Olié JP. Rapport 21-09. La relation médecin-malade. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. oct 2021;205(8):857-66.

5. Marzano M. Chapitre III. Consentement du patient et éthique médicale : du paternalisme à l'autonomie. In: Je consens, donc je suis… [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2006. p. 75-128. (Hors collection). Disponible sur: https://www.cairn.info/je-consens-donc-je-suis--9782130556510-p-75.htm

6. Article R4127-35 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Santé pulbique - Code de déontologie médicale mai 7, 2012. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912897/2004-08-08

7. Article L1111-4 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Code de la santé pulbique. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006685766/2002-03-05

8. Ruel J, Allaire C. Communiquer pour tous: guide pour une information accessible. Saint-Maurice: Santé publique France; 2018. (Référentiels de communication en santé publique).

9. Coleman C. La charte de Calgary pour la littératie en santé : Justification et principes fondamentaux du développement de programmes de littératie en santé. 2011;

10. Bonnin F, Palicot AM. L'éducation pour la santé : un service au public, un enjeu de la modernisation du système de santé. Proposition du réseau des comités d'éducation pour la santé. Santé Publique. 2001;13(3):287-94.

11. HAS. Présentation générale - Prévention de santé mineurs et majeurs [Internet]. 2018_03. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/presentation_generale_rbpp_sante_mineurs_jeunes_majeurs.pdf

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE

12. ONU France [Internet]. 2023. Vaccination : une longue histoire. Disponible sur: https://unric.org/fr/vaccination-une-longue-histoire/

13. Vallin J, Meslé F. Origine des politiques de santé. In: Histoire des idées et politiques de population. p. 303-26.

14. Mourgues E. France Culture. 2020. À l'origine de la santé publique : les épidémies. Disponible sur: https://www.radiofrance.fr/franceculture/a-l-origine-de-la-sante-publique-les-epidemies-6830774

15. Ottawa, Ontario, Canada. Chartre d'Ottawa [Internet]. 1986. Disponible sur: https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/health-promotion/population-health/ottawa-charter-health-promotion-international-conference-on-health-promotion/chartre.pdf

16. Israël L, Gros J. Santé et nouvelles technologies de l'information. Santé, médecine, société [Internet]. 2002; Disponible sur: http://www.cairn.info/sante-medecine-societe--9782130566342-page-361.htm

17. Newbold B. Les médias sociaux en santé publique. Montréal, Québec Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé; 2014.

18. Santé 2030. La médecine : vision d'aujourd'hui et de demain. 04_19 2019 [cité 19 mars 2023]; Disponible sur: https://www.leem.org/la-medecine-vision-daujourdhui-et-de-demain

19. Leveque JC. Le Digital peut-il faire bouger les lignes de la médecine préventive en France? [Internet]. MBA MCI. 2018. Disponible sur: https://mbamci.com/digital-et-medecine-preventive/

20. Rumeau P, Chassang G. La téléconsultation, la COVID-19 et après ? Droit, Santé et Société. 2022;2-3(2-3):69-75.

21. vie-publique.fr [Internet]. 2021. Médecins : stagnation des effectifs mais baisse de la densité médicale. Disponible sur: http://www.vie-publique.fr/en-bref/279226-medecins-stagnation-des-effectifs-et-baisse-de-la-densite-medicale

22. vie-publique.fr [Internet]. 2021. Accès aux soins : des disparités territoriales. Disponible sur: http://www.vie-publique.fr/en-bref/281662-territoires-quel-acces-aux-soins-de-premier-recours

23. Actualités de l'Urgence - APM / Société Française de Médecine d'Urgence - SFMU [Internet]. 2020. Disponible sur: https://www.sfmu.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/la-hausse-des-passages-aux-urgences-a-ralenti-en-2019-analyse-apmnews-/new_id/66734

24. Simonds SK. Health Education as Social Policy. Health Education Monographs. 1 mars 1974;2(1_suppl):1-10.

25. Ministère des solidarités et de la santé. Stratégie nationale de santé 2018-2022. 2017.

26. OCDE. France- note par pays - Evaluation des compétences des adultes - Premiers résultats. 2013;14.

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE

27. Littératie - 6 définitions - Encyclopédie.fr [Internet]. [cité 1 avr 2023]. Disponible sur: https://www.encyclopedie.fr/definition/Litt%C3%A9ratie

28. Ferron C. LA LITTERATIE EN SANTE. 2017.

29. Nutbeam D. Health Promotion Glossary. World Health Organisation, Geneva. 1998;

30. Nutbeam D. Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? Int J Public Health. 1 oct 2009;54(5):303-5.

31. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies in the 21st century. Health Promotion International. 1 sept 2000;15.

32. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 25 janv 2012;12:80.

33. Van den Broucke S. La littératie en santé : un concept critique pour la santé publique. 2017;La santé en action(N°440):11-3.

34. Van den Broucke,. La littéracie en santé, un outil de réduction des inégalités sociales de santé [Internet]. 2016 oct. Disponible sur: https://observatoiresante.hainaut.be/wp-content/uploads/woocommerce_uploads/2018/06/2016-10-11_SEMISS_Litteratie_en_sante_24-02-2018.pdf

35. Urstad KH, Andersen MH, Larsen MH, Borge CR, Helseth S, Wahl AK. Definitions and measurement of health literacy in health and medicine research: a systematic review. BMJ Open. 14 févr 2022;12(2):e056294.

36. Nguyen TH, Paasche-Orlow MK, McCormack LA. The state of the science of health literacy measurement. ISU. 26 juin 2017;37(2):189-203.

37. Schillinger D. Social Determinants, Health Literacy, and Disparities: Intersections and Controversies. Health Lit Res Pract. 5(3):e234-43.

38. Gibney S, Bruton L, Ryan C, Doyle G, Rowlands G. Increasing Health Literacy May Reduce Health Inequalities: Evidence from a National Population Survey in Ireland. Int J Environ Res Public Health. août 2020;17(16):5891.

39. Scott TL, Gazmararian JA, Williams MV, Baker DW. Health Literacy and Preventive Health Care Use Among Medicare Enrollees in a Managed Care Organization. Medical Care. mai 2002;40(5):395.

40. Vandenbosch J, Van den Broucke S, Vancorenland S, Avalosse H, Verniest R, Callens M. Health literacy and the use of healthcare services in Belgium. Journal of Epidemiology and Community Health (1979-). 2016;70(10):1032-8.

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE

41. Baker DW, Parker RM, Williams MV, Clark WS. Health Literacy and the Risk of Hospital Admission. J Gen Intern Med. déc 1998;13(12):791-8.

42. Bostock S, Steptoe A. Association between low functional health literacy and mortality in older adults: longitudinal cohort study. BMJ. 15 mars 2012;344(mar15 3):e1602-e1602.

43. Fan Z ya, Yang Y, Zhang F. Association between health literacy and mortality: a systematic review and meta-analysis. Archives of Public Health. 1 juill 2021;79(1):119.

44. David W. Baker, Julie A. Gazmararian, Mark V. Williams, Tracy Scott, Ruth M. Parker, Diane Green, Junling Ren, and Jennifer Peel. Functional Health Literacy and the Risk of Hospital Admission Among Medicare Managed Care Enrollees. 2002;American Journal of Public Health(92):1278-83.

45. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). Eur J Public Health. déc 2015;25(6):1053-8.

46. Van den Broucke S, Renwart A. LA LITTERATIE EN SANTE EN BELGIQUE : UN MEDIATEUR DES INEGALITES SOCIALES ET DES COMPORTEMENTS DE SANTE. Louvain-la-Neuve; 2014.

47. The Health Literacy of America's Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy. 2003;

48. Li Z, Tian Y, Gong Z, Qian L. Health Literacy and Regional Heterogeneities in China: A Population-Based Study. Front Public Health. 11 mai 2021;9:603325.

49. Health Literacy Tool Shed [Internet]. Disponible sur: https://healthliteracy.bu.edu/all

50. Questionnaires littératie en santé [Internet]. REFLIS. Disponible sur: https://reflis.fr/questionnaires/

51. Connor M, Mantwill S, Schulz PJ. Functional health literacy in Switzerland—Validation of a German, Italian, and French health literacy test. Patient Education and Counseling. 1 janv 2013;90(1):12-7.

52. Ousseine YM, Rouquette A, Bouhnik AD, Rigal L, Ringa V, Smith A 'Ben', et al. Validation of the French version of the Functional, Communicative and Critical Health Literacy scale (FCCHL). Journal of Patient-Reported Outcomes. 7 févr 2018;2(1):3.

53. Debussche X, Lenclume V, Balcou-Debussche M, Alakian D, Sokolowsky C, Ballet D, et al. Characterisation of health literacy strengths and weaknesses among people at metabolic and cardiovascular risk: Validity testing of the Health Literacy Questionnaire. SAGE Open Med. 21 sept 2018;6:2050312118801250.

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE

54. Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M, Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). BMC Public Health. 16 juill 2013;13:658.

55. Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K. Measuring comprehensive health literacy in general populations: validation of instrument, indices and scales of the HLS-EU study. :54.

56. 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. 10 oct 2013;13:948.

57. Rouquette A, Nadot T, Labitrie P, Van den Broucke S, Mancini J, Rigal L, et al. Validity and measurement invariance across sex, age, and education level of the French short versions of the European Health Literacy Survey Questionnaire. PLoS One. 6 déc 2018;13(12):e0208091.

58. Protheroe J, Whittle R, Bartlam B, Estacio EV, Clark L, Kurth J. Health literacy, associated lifestyle and demographic factors in adult population of an English city: a cross-sectional survey. Health Expect. févr 2017;20(1):112-9.

59. Avalosse H, Verniest R, Vancorenland S, Cock SD, Cornerotte S. Littératie en santé (Health literacy) et sources d'information. :16.

60. Svendsen MT, Bak CK, Sørensen K, Pelikan J, Riddersholm SJ, Skals RK, et al. Associations of health literacy with socioeconomic position, health risk behavior, and health status: a large national population-based survey among Danish adults. BMC Public Health. 28 avr 2020;20(1):565.

61. Singh H, Kolschen J, Samkange-Zeeb F, Brand T, Zeeb H, Schüz B. Modifiable predictors of health literacy in working-age adults - a rapid review and meta-analysis. BMC Public Health. 30 juill 2022;22:1450.

62. Park JY, June KJ. Influencing Factors on Functional Health Literacy among the Rural Elderly. J Korean Acad Community Health Nurs. 4 avr 2014;22(1):75-85.

63. Selva-Pareja L, Ramos-Pla A, Mercadé-Melé P, Espart A. Evolution of Scientific Production on Health Literacy and Health Education—A Bibliometric Analysis. Int J Environ Res Public Health. 5 avr 2022;19(7):4356.

64. Promoting health in the SDGs: report on the 9th Global conference for health promotion, Shanghai, China, 21–24 November 2016: all for health, health for all [Internet]. Disponible sur: https://www.who.int/publications-detail-redirect/promoting-health-in-the-sdgs

65. Rummens S H, R, M, S, A,G,F Vancorenland, Avalosse Verniest, Callens, Van den Broucke, Renwart,. Bilan des connaissances des Belges en matière de santé - Éducation Santé. https://educationsante.be/. déc 2014;MC-informations(258):48-55.

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE

66. Baccolini V, Rosso A, Di Paolo C, Isonne C, Salerno C, Migliara G, et al. What is the Prevalence of Low Health Literacy in European Union Member States? A Systematic Review and Meta-analysis. J Gen Intern Med. mars 2021;36(3):753-61.

67. Aljassim N, Ostini R. Health literacy in rural and urban populations: A systematic review. Patient Education and Counseling. 1 oct 2020;103(10):2142-54.

68. Cohen L, Génission C, Savary RP. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé [Internet]. 2017 juill [cité 3 sept 2023]. Report No.: 685. Disponible sur: https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685.html

69. Rasu RS, Bawa WA, Suminski R, Snella K, Warady B. Health Literacy Impact on National Healthcare Utilization and Expenditure. Int J Health Policy Manag. 17 août 2015;4(11):747-55.

70. Eichler, K., Wieser, S. & Brügger, U. The costs of limited health literacy: a systematic review | SpringerLink. nt J Public Health. 2009;(54):313-24.

71. Sudore RL, Schillinger D. Interventions to Improve Care for Patients with Limited Health Literacy. J Clin Outcomes Manag. 1 janv 2009;16(1):20-9.

72. Culture&santé. La littératie en santé, d'un concept à la pratique [Internet]. 2016. Disponible sur: https://www.cultures-sante.be/nos-outils/outils-promotion-sante/item/417-la-litteratie-en-sante-d-un-concept-a-la-pratique-guide-d-animation.html

73. Sustersic M, Meneau A, Drémont R, Paris A, Laborde L, Bosson JL. Élaboration de fiches d'information pour les patients en médecine générale. LA REVUE DU PRATICIEN. 2008;58.

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE

Faculté de Médecine et de Maïeutique
Lyon Sud - Charles Mérieux

MARIE Pauline

Evaluation du niveau de littératie en santé des patients aux urgences de l'hôpital Lyon sud

Thèse Médecine Générale : Lyon 2023 ; n°358

Résumé

Contexte et importance

La littératie en santé (LS) est de plus en plus reconnue comme un concept d'importance notable en santé publique et est liée à la santé globale et l'efficacité des soins. Il a été démontré que les patients ayant une faible LS sont plus susceptibles d'avoir des difficultés à utiliser le système de soins. Cela en fait un sujet clé dans le contexte de la crise sanitaire mondiale, et en particulier dans les soins d'urgence. Des études européennes antérieures ont montré qu'une partie non négligeable de la population avait un faible niveau de LS.

Objectifs et méthode

L'étude visait à évaluer le niveau de LS des patients dans un service d'urgence français.
Nous avons mené une étude transversale, observationnelle, monocentrique sur des patients du service des urgences de l'hôpital Lyon Sud (Lyon, France).
Le critère principal était le niveau de LS évalué à l'aide de la version française validée du questionnaire HLS-EU-Q16. Le critère secondaire était l'influence des facteurs sociodémographiques et économiques sur la littératie en santé. Ils ont été étudiés au moyen d'une analyse bivariée et multivariée.

Principaux résultats

Au total, 189 patients ont été inclus dans l'étude. Un taux de LS inadéquat a été trouvé chez 10 % (IC à 95 % [3-17 %]) des patients, problématique chez 38 % (IC à 95 % [31-45 %]) et adéquat chez 53 % des patients (IC à 95 % [46-61 %]).

L'analyse multivariée a montré que l'âge était un facteur indépendant sur le niveau de LS avec un OR 0,82 (IC à 95 % [0,69 à 0,97]) ainsi que l'état de santé perçu avec un OR 1,84 (IC à 95 % [1,22 à 2,82]).

L'accès à internet montrait une influence statistiquement significative dans l'analyse bivariée, mais pas dans l'analyse multivariée. Tous les autres facteurs sociodémographiques et économiques n'étaient pas statistiquement significatifs.

Conclusions

Cette étude a trouvé des résultats similaires de LS aux études européennes précédentes. L'âge et l'état de santé perçu étaient des facteurs indépendants sur les niveaux de LS. L'amélioration du niveau de LS semble importante pour améliorer l'efficacité et l'efficience du système de soins et réduire l'utilisation inadéquate des soins d'urgence. D'autres études évaluant le niveau de LS de l'ensemble de la population française devraient être réalisées pour comparer les résultats de cette étude.

Mots clés : Littératie en santé, Urgences, Santé publique, État de santé

JURY :

Présidente du Jury : Madame la Professeur SCHOTT-PETHELAZ Anne Marie
Membres :
- **Monsieur le Professeur MICHEL Philippe**
- **Monsieur le Professeur LAINE Xavier**

DATE DE SOUTENANCE : 14/11/2023

Thèse pour le diplôme de docteur en médecine

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE

MARIE Pauline

Assessment of health literacy in a French emergency department

Thèse Médecine Générale : Lyon 2023 ; n°358

Abstract

Background and importance

Health literacy (HL) is increasingly recognized as a concept of critical importance in public health and is linked with health outcomes and care efficiency. It has been shown that patients with low HL are more likely to have difficulties to use the care system. This become a topic of importance in the context of global healthcare crisis, particularly in emergencies care. Previous European studies showed that a non-negligible part of the population had low HL levels.

Objective

The study aimed to assess the HL level of patients in a French emergency department.

Design, settings and participants

We conducted a transversal, observational, single center study on patients of the emergency department of the Hôpital Lyon Sud (Lyon, France).

Outcome measure and analysis

The primary outcome was the level of HL evaluated using the validated French version of the HLS-EU-Q16 questionnaire. Concerning secondary outcomes, the influence of socio-demographic and economic factors on health literacy was analyzed using bivariate and multivariate analysis.

Main Results

A total of 189 patients were included in the study. An inadequate HL level was found in 10% (95%CI [3-17%]) of patients, a problematic HL in 38% (95%CI [31-45%]), and an adequate HL in 53% (95%CI [46-61%]). Multivariate analysis showed that age was an independent factor on HL level with OR 0.82 (95% CI [0.69 to 0.97]) as well as the perceived health status with OR 1.84 (CI 95% [1.22 to 2.82]). The internet access had a statistically significant influence in bivariate analysis but not in multivariate analysis. All other socio-demographic and economic factors were not statistically significant.

Conclusions

This study found similar results on HL as previous European studies. Age and perceived health status were independent factors on HL levels. Improving the HL seem important to enhance efficacy and efficiency of medical care system and reduce inadequate emergency care use. More studies assessing the HL level of the overall French population should be perform to give comparison.

Keywords : Health literacy, Emergencies, Public health, Health status

JURY :

Présidente du Jury : Madame la Professeur SCHOTT-PETHELAZ Anne Marie

Membres :

- **Monsieur le Professeur MICHEL Philippe**
- **Monsieur le Professeur LAINE Xavier**

DATE DE SOUTENANCE : 14/11/2023

Thèse pour le diplôme de docteur en médecine

(CC BY-NC-ND 4.0) MARIE