

**Faculté de santé publique**

# **Impact du niveau de littératie en santé sur la prise en charge kinésithérapique et ses effets chez les patientes bénéficiant d'une rééducation périnéale post-partum**

Mémoire réalisé par  
**Delphine Le Cloirec**

Promoteur  
**Stephan Van den Broucke**

Année académique 2024-2025  
**Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée**



**Faculté de santé publique**

# **Impact du niveau de littératie en santé sur la prise en charge kinésithérapique et ses effets chez les patientes bénéficiant d'une rééducation périnéale post-partum**

Mémoire réalisé par  
**Delphine Le Cloirec**

Promoteur  
**Stephan Van den Broucke**

Année académique 2024-2025  
**Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée**

## Remerciements

Je remercie tout d'abord Monsieur Stephan Van den Broucke, mon promoteur, pour son accompagnement et ses conseils éclairés.

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à Madame Hélène De Pauw, scientifique à Sciensano, pour la pertinence de ses suggestions et la clarté de ses orientations, qui ont enrichi ma réflexion.

Ma reconnaissance s'adresse également aux patientes ayant accepté de participer à cette étude. Leur engagement a été essentiel à la réalisation de ce projet, sans lequel cette recherche n'aurait pu voir le jour.

Je remercie par ailleurs les patient.e.s de mon cabinet pour l'intérêt qu'ils ont manifesté à l'égard de mon parcours académique et pour leurs encouragements constants, qui ont nourri ma motivation.

Je souhaite aussi adresser mes remerciements à l'ensemble du corps professoral pour la qualité de leur enseignement. La diversité des savoirs transmis et la richesse des perspectives partagées ont contribué à élargir ma vision de la santé publique.

Un merci sincère à mes lecteur.ices, dont la disponibilité et les retours m'ont été précieux.

Je tiens également à remercier mes fidèles amies. Leur soutien indéfectible et leur bienveillance ont été des piliers tout au long de mon cursus.

Enfin, une pensée toute particulière à mes trois garçons, qui ont supporté avec patience et générosité ces trois années d'études. Leur présence a été une source de force et d'équilibre.

## Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiant·e·s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

## **RESUME**

### **Titre : Impact du niveau de littératie en santé sur la prise en charge kinésithérapique et ses effets chez les patientes bénéficiant d'une rééducation périnéale post-partum**

*Contexte.* La période post-partum demeure une phase de vulnérabilité souvent négligée dans les politiques de santé, en dépit de son importance pour la santé physique, mentale et sociale des femmes. En Belgique, plusieurs enquêtes (Ligue des familles, Mutualité Chrétienne) ont mis en évidence un déficit d'information et d'accompagnement dans les soins postnataux, notamment concernant la rééducation périnéale. Dans ce contexte, la littératie en santé (LES), définie comme la capacité à accéder, comprendre, évaluer et utiliser les informations de santé pour prendre des décisions éclairées, pourrait constituer un levier pertinent pour améliorer l'adhésion thérapeutique en post-partum.

*Objectif.* Ce travail de recherche visait à évaluer l'impact du niveau de LES sur la prise en charge kinésithérapique des femmes en post-partum, en examinant trois dimensions spécifiques de l'adhésion au traitement : la complétion de la rééducation, l'assiduité aux séances et la continuité des exercices à domicile.

*Méthode.* Une étude observationnelle transversale a été menée auprès de 24 patientes suivies en kinésithérapie périnéale dans plusieurs centres en Wallonie et à Bruxelles. Le niveau de LES a été mesuré à l'aide du questionnaire validé HLS-EU-Q12, et l'adhésion a été objectivée par des indicateurs comportementaux.

*Résultats.* Les résultats n'ont pas permis d'identifier de lien statistiquement significatif entre les différentes dimensions de la LES et l'adhésion au traitement. Seul l'âge des participantes a montré une corrélation positive significative avec la régularité des rendez-vous.

*Discussion.* Plusieurs limites méthodologiques peuvent expliquer l'absence de résultats concluants, notamment la taille réduite de l'échantillon, son homogénéité socio-économique, le recours à des variables dichotomiques et un possible biais de sélection. Toutefois, certaines tendances observées (comme une moindre capacité à évaluer l'information de santé) soulignent l'intérêt de considérer la LES non comme un facteur monolithique, mais comme un ensemble de compétences différenciées, influençant potentiellement les comportements de santé de manière nuancée.

*Conclusion.* Ce travail constitue une première contribution en Belgique à l'étude de la LES dans le domaine de la rééducation périnéale post-partum. Il invite à approfondir la recherche avec des échantillons plus larges et hétérogènes, et à intégrer des outils plus fins pour mesurer l'adhésion et les déterminants sociaux de la santé. Enfin, il rappelle la nécessité de renforcer les dispositifs d'information, de prévention et de communication adaptés aux besoins spécifiques des femmes en période puerpérale, dans une perspective d'équité et d'autonomie en santé.

*Mots-clés :* Littératie en santé, HLS-EU-Q12, Post-partum, Rééducation périnéale, Adhésion thérapeutique, Kinésithérapie postnatale, Santé des femmes, Vulnérabilité postnatale, Accès aux soins, Inégalités sociales de santé, Promotion de la santé.

## Table des matières

---

Liste des abréviations .....	9
Introduction .....	10
Chapitre 1 : Le cadre théorique .....	13
1. L'état des lieux en Belgique et les données numériques de la santé maternelle.....	13
2. La littératie en santé .....	17
2.1. L'historique, les concepts et les définitions .....	17
2.2. La littératie en santé comme déterminant social.....	21
2.3. État des lieux du niveau de littératie en santé en Europe et en Belgique.....	22
2.4. Conséquences d'un faible niveau de littératie en santé et la navigation dans le système de soins de santé.....	24
2.5. Littératie en santé et périnatalité.....	25
Chapitre 2 : La méthodologie .....	27
1. Objectif.....	27
2. Protocole de recherche .....	28
2.1. Design de l'étude .....	28
2.2. Population cible .....	28
2.3. Méthode d'échantillonnage .....	28
2.4. Recueil de données .....	29
3. Considérations éthiques.....	32
4. Validité du questionnaire HLS-EU-Q12.....	32
5. Analyse statistique.....	33
Chapitre 3 : La présentation des résultats.....	34
1. Analyses descriptives .....	34
1.1. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques .....	34
1.2. Le niveau de littératie en santé.....	35
2. Analyse de corrélation bivariée .....	37
2.1. Variable indépendante : la complétion de la rééducation kinésithérapique .....	37
2.2. Variable indépendante : l'assiduité à la rééducation kinésithérapique.....	42
2.3. Variable indépendante : la continuité de la rééducation à la maison .....	47
3. Analyse statistique de régression logistique multinomiale .....	52
3.1. Variable dépendante : la complétion de la rééducation kinésithérapique .....	52
3.2. Variable dépendante : l'assiduité à la rééducation kinésithérapique.....	54
3.3. Variable dépendante : la continuité de la rééducation kinésithérapique .....	55

Chapitre 4 : La discussion .....	57
1. Interprétation des résultats.....	58
1.1. Littératie en santé et complétion du traitement.....	59
1.2. Littératie en santé et assiduité aux rendez-vous.....	60
1.3. Littératie en santé et continuité de la rééducation.....	61
2. Forces et limites de l'étude.....	62
2.1. Forces.....	62
2.2. Limites .....	62
3. Perspectives de recherches futures .....	64
Conclusion.....	66
BIBLIOGRAPHIE .....	67
ANNEXES .....	73
Annexe 1 : Questionnaire pour la récolte des données socio-démographiques.....	74
Annexe 2 : Questionnaire HLS-EU-Q12.....	75
Annexe 3 : Information à la patiente .....	76
Annexe 4 : Formulaire de consentement éclairé à la participante .....	79

## Liste des abréviations

---

AIM	Agence inter Mutualiste
ARS	Agence Régionale de Santé
BIM	Bénéficiaire de l'Intervention Majorée
ETP	Education Thérapeutique du Patient
HAS	Haute Autorité de Santé
HLS-EU	European Health Literacy Survey
INAMI	Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité
LES	Littératie en santé
LUSS	Ligue des Usagers des Services de Santé
MC	Mutualité Chrétienne
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économique
TENS	Stimulateur électrique transcutané

## Introduction

---

Selon une enquête menée en 2022, le service d'étude et d'action politique de la Ligue des familles décrit le suivi postnatal des jeunes mères comme inadapté à leurs attentes. De nombreux témoignages font état d'une période peu reconnue, marquée par un manque de soutien et un profond sentiment de solitude. L'étude souligne ainsi la nécessité d'un accompagnement individualisé durant cette phase de grande vulnérabilité. La Mutualité Chrétienne (MC) confirme ces constats dans une enquête récente portant sur l'accessibilité des soins liés à l'accouchement (Vancorenland et al., 2025). Par ailleurs, pour améliorer l'expérience post-partum des femmes, Sendas et Freitas ont analysé les besoins spécifiques des jeunes mères durant cette période (Sendas M.V. et Freitas M.J., 2024). Leurs travaux ont permis d'identifier quatre catégories de besoins postnatals : le besoin de partager leurs expériences, le besoin de support afin de développer les bons comportements, le besoin de soins orientés vers les femmes puerpérales ainsi que le besoin de préparation pour la période post-partum. En outre, Vogel et al. (2024) dénoncent la tendance à minimiser les conséquences de l'accouchement, ce qui conduit à négliger les affections post-partum. Cette période de vie est souvent idéalisée, notamment sous l'influence d'une surabondance d'informations – de qualité discutable – sur les réseaux sociaux.

Dans une perspective de santé publique, l'ensemble de ces observations suggère que la méconnaissance ou la banalisation des enjeux postnatals contribue à creuser les inégalités sociales de santé<sup>1</sup>, en augmentant le risque de complications chroniques ou sévères après l'accouchement.

Dès lors, la question de l'accessibilité au parcours de soins post-partum se pose, notamment en ce qui concerne l'adéquation entre l'offre disponible et les besoins spécifiques des patientes. De nombreuses femmes rencontrent encore des difficultés à accéder à une prise en charge adaptée à leur situation postnatale. Bien que le système de santé belge propose une approche multidisciplinaire pour accompagner cette période, une part non négligeable des femmes concernées ne parviennent pas à identifier les services existants ou à y recourir de manière

---

<sup>1</sup> Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les inégalités sociales de santé sont des différences importantes et systématiques dans l'état de santé observées entre des groupes sociaux (2024).

éclairée. L'offre de soins post-partum, incluant notamment la rééducation périnéale assurée par des kinésithérapeutes spécialisés ou des sage-femmes, reste insuffisamment connue au sein de cette population. Une étude récente menée par Brocard et al. (2024) auprès de 416 femmes a mis en évidence ce déficit d'information : une proportion significative des participantes ignorait l'existence même de cette prise en charge spécialisée, pourtant essentielle à une récupération fonctionnelle optimale.

La méconnaissance de l'offre de soins interroge les compétences individuelles mobilisées pour naviguer de manière efficace et pertinente au sein du système de santé. Cette problématique renvoie à la notion de littératie en santé (LES), un concept en développement qui, bien qu'encore peu diffusé dans le grand public, constitue un levier majeur de la promotion de la santé. La LES se définit comme la capacité à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en santé dans le but de prendre des décisions éclairées pour soi et son entourage (Nutbeam et Muscat, 2021). Le rapport HLS<sub>19</sub> met en évidence qu'une part significative de la population européenne présente un niveau insuffisant de LES, compromettant alors l'accès aux soins, l'adhésion thérapeutique et la gestion autonome des problématiques de santé (M-POLH, 2021). À ce titre, Levin-Zamir (2024) avance que la LES constitue un déterminant clé de la résilience sociétale, en ce qu'elle renforce la capacité d'action des individus, des structures et des systèmes dans une optique de bien-être et d'équité en santé.

Dans le champ du post-partum, il devient essentiel d'interroger l'impact du niveau de LES sur le parcours thérapeutique des patientes. Un axe d'analyse pertinent concerne la qualité de l'accompagnement assuré par les kinésithérapeutes spécialisés en pelvi-périnéologie. En tant qu'acteurs incontournables de la rééducation postnatale, ces professionnels élaborent des stratégies thérapeutiques individualisées, visant la restauration fonctionnelle de la sphère pelvi-périnéale et de la sangle abdominale, dans une perspective de santé globale et durable.

Ainsi, il convient de se poser la question de recherche suivante :  
**« Quel est l'impact du niveau de littératie en santé sur la prise en charge kinésithérapique et ses effets chez les patientes bénéficiant d'une rééducation périnéale post-partum ? »**

L'objectif général de mon travail est d'évaluer dans quelle mesure la LES influence la prise en charge kinésithérapique de la rééducation périnéale post-partum.

Les objectifs spécifiques qui en résultent sont :

- La mesure du niveau de LES des patientes en post-partum ;
- L'évaluation de l'impact du niveau de LES sur l'adhésion au traitement proposé par les kinésithérapeutes.

L'adhésion sera objectivée par trois variables : la complétion de la rééducation kinésithérapique, l'assiduité au traitement et la continuité de la rééducation à domicile.

Mon travail s'articule de la façon suivante : dans un premier temps, je présente le cadre théorique, qui aborde la santé des femmes en période post-partum, l'intérêt d'un accompagnement kinésithérapique à cette étape de la vie, ainsi que le rôle potentiel de la LES comme levier d'adhésion à la prise en charge. Le deuxième chapitre est consacré à la méthodologie de l'étude. Le troisième présente les résultats obtenus. Le quatrième chapitre propose une analyse de ces résultats à la lumière de la littérature existante. Enfin, je conclus en ouvrant des pistes de réflexion en lien avec la problématique initiale.

# Chapitre 1 : Le cadre théorique

---

## 1. L'état des lieux en Belgique et les données numériques de la santé maternelle

En Belgique, les femmes ont accès à des soins de santé maternelle de très bonne qualité, comme en témoigne le faible ratio de mortalité maternelle<sup>2</sup> qui s'établit pour la période quinquennale centrée sur 2020 à 8,8 décès pour 100.000 naissances vivantes. (Statbel,2025) La légère augmentation depuis 2018 doit être mise en relation avec l'application de la nouvelle définition du décès maternel lors de la dixième révision de la Classification Internationale des maladies (CIM-10).<sup>3</sup>

Bien que de nombreux progrès soient réalisés pour pallier la mortalité périnatale, chaque année, au moins 40 millions de femmes, au niveau mondial, sont susceptibles de souffrir d'un problème de santé à long terme causé par l'accouchement. (OMS,2023)

La période post-partum représente une étape déterminante pour la santé des femmes, souvent marquée par une vulnérabilité physique, psychologique et sociale accrue.

Selon l'étude de Vogel et al, les affections postnatales qui persistent dans les mois, voire les années, qui suivent l'accouchement, représentent une charge de morbidité élevée (Vogel et al., 2024). Parmi celles-ci figurent notamment les douleurs pendant les rapports sexuels (dyspareunie), qui touchent plus d'un tiers (35 %) des femmes dans la période post-partum, les lombalgies (32 %), l'incontinence anale (19 %), l'incontinence urinaire (8 à 31 %), l'anxiété (9 à 24 %), la dépression (11 à 17 %), les douleurs périnéales (11 %), la peur de l'accouchement (tocophobie) (6 à 15 %) et l'infertilité secondaire (11 %). (Vogel J.P. et al., 2024 ; Verbeek M., 2019 ; Rejano-Campo M., 2018))

---

<sup>2</sup> Le décès maternel peut survenir chez la femme de la conception de la grossesse jusqu'à un an après son accouchement.

<sup>3</sup> D'après la dixième révision de la Classification internationale des maladies (CIM-10), le décès maternel se définit comme « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelles qu'en soient la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite ». [Mortalité maternelle - Statbel]

La figure 1 répertorie les différentes affections que les femmes peuvent rencontrer en période post-partum.

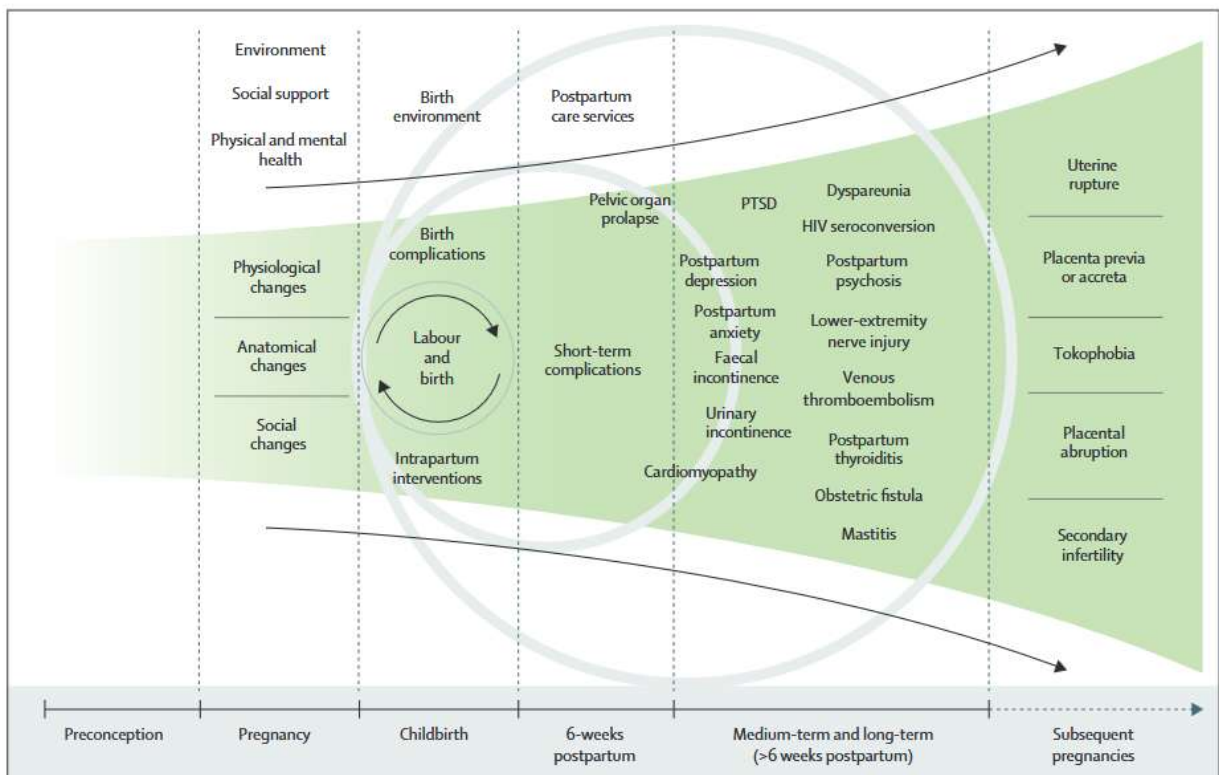


Figure 1 : Schéma des affections à moyen-terme et à long-terme liées au travail et à l'accouchement. PTSD=Post-traumatic stress disorder. Source : Vogel et al., 2024

Les auteurs appellent à une plus grande reconnaissance au sein du système de santé de ces affections dont beaucoup surviennent après le moment où les femmes ont généralement accès aux services postnatals.

En Belgique, cette prise en charge du post-partum passe par une collaboration multidisciplinaire organisée entre sage-femmes, médecins (médecins généralistes, néonatalogues, pédiatres et gynécologues) et autres prestataires de soins (kinésithérapeutes, pharmaciens, psychologues ...), ainsi que des organisations (Kind en Gezin (Agentschap Opgroeien)/Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE)/Kaleido, centres d'expertise en soins maternels, etc.). (Tency I. et al., 2024)

C'est dans ce contexte que la rééducation en kinésithérapie périnéale post-partum s'inscrit.

Les kinésithérapeutes spécialisés en périnéologie interviennent principalement dans la prise en charge des dysfonctions suivantes : douleurs périnéales, dyspareunie, douleurs cicatricielles, troubles urinaires, constipation, troubles de la statique pelvienne et troubles anorectaux. L'accouchement peut entraîner des lésions du plancher pelvien, susceptibles de provoquer

divers dysfonctionnements pelvi-périnéaux. De nombreuses études soulignent les bénéfices de la kinésithérapie postnatale, en fonction des protocoles utilisés et des objectifs thérapeutiques, sur les différentes dimensions des troubles du post-partum.

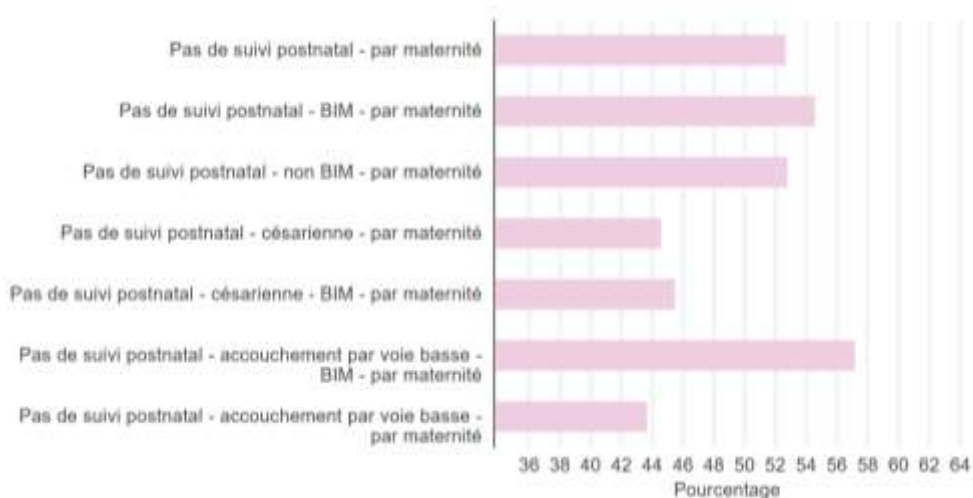
Concernant le plancher pelvien, Fritel (2008) indique que les exercices de renforcement musculaire permettent de réduire les symptômes d'incontinence urinaire et de guérir l'incontinence à l'effort dans plus de la moitié des cas. De leur côté, Teixeira et al. (2021) montrent que ce type d'entraînement améliore la force musculaire et diminue l'incontinence urinaire. En matière de gestion de la douleur, les approches incluant le stimulateur électrique transcutané (TENS), le massage ou d'autres techniques manuelles contribuent à améliorer l'analgésie périnéale (Teixeira et al., 2021). Pour favoriser la récupération physique, certains protocoles combinant exercices abdominaux, massages et techniques posturales sont efficaces pour renforcer la musculature et réduire le diastasis des grands droits (Teixeira et al., 2021).

Ainsi, les données disponibles démontrent que la kinésithérapie postnatale participe à l'amélioration de la santé maternelle en limitant les risques d'incontinence urinaire ou anale, et de prolapsus. La rééducation périnéale permet également de soulager les douleurs pelviennes ou périnéales, tout en soutenant la récupération physique grâce à un travail de renforcement musculaire global et postural.

En Belgique, chaque femme ayant accouché peut bénéficier d'une rééducation périnéale post-partum. L'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) permet un remboursement partiel des neuf premières séances de kinésithérapie périnatale. Actuellement, certaines mutualités, comme Partena ou la Mutualité Chrétienne (MC), proposent des facilitations financières pour améliorer l'accessibilité à cette offre de soins.

Bien que l'accès à cette offre de soins soit facilité, qu'elle soit recommandée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et promue par les gynécologues, les données numériques en Belgique révèlent une sous-utilisation persistante des soins postnatals. Une enquête récente menée par la MC souligne un manque d'information et de connaissances sur la disponibilité de ces soins (Vancorenland et al., 2025). Elle met également en lumière la complexité du système de soins, particulièrement lorsqu'il s'agit de l'adapter aux différentes réalités de vie. Déjà en 2014, les données de l'Agence Inter Mutualiste (AIM) faisaient état d'un suivi postnatal largement insuffisant chez les femmes belges.

Le graphique 1 ci-dessous présente ces chiffres, répartis selon le statut social et le mode d'accouchement.



Graphique 1 : Contacts postnatals – 2014 – Belgique (Source : Agence Inter Mutualiste - <http://www.aim-ima.be>)

On y observe que près de 50 % des femmes n'ont bénéficié d'aucun suivi postnatal dans le cadre de leur maternité. En fonction du statut social, les proportions de femmes sans suivi sont similaires : environ 52 à 54 %, que ce soit chez les bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) ou non, traduisant une absence généralisée de prise en charge postnatale. L'analyse par type d'accouchement révèle qu'en cas de césarienne, entre 44 % et 46 % des femmes n'ont pas eu de suivi ; et qu'en cas d'accouchement par voie basse, ce taux monte à 57 % chez les femmes BIM.

Les données plus récentes de la MC (2022-2023) montrent également que près d'un tiers des femmes ayant accouché ne recourent pas aux soins de kinésithérapie postnatale. Là encore, une différence marquée apparaît entre les femmes BIM et non-BIM.

Soins postnatals	Analyse des données 2022-2023		
	Total	BIM	Non-BIM
Gynécologue	86%	71%	88%
Sage-femme	92%	88%	93%
Kinésithérapeute	71%	55%	73%

Remarque : Les chiffres en couleur signifient qu'il y a une différence significative entre les proportions BIM et non-BIM

Tableau 1 : Recours aux soins de l'ensemble des membres de la MC ayant accouché en 2022-2023, bénéficiant de l'intervention majorée ou non. (Source : MC, 2025)

Ces constats mettent en évidence une non-utilisation significative de l'offre de soins disponible, souvent liée à un manque d'informations ou de sensibilisation des jeunes mères. Il semble donc

essentiel de développer des outils ou vecteurs de communication plus adaptés, afin de proposer une offre de soins réellement en phase avec les besoins spécifiques de chaque femme.

Dès lors, la LES apparaît comme un outil pertinent. Elle est décrite comme l'un des éléments fondamentaux d'une société résiliente donnant la capacité d'agir en investissant dans le bien-être et l'équité en santé (D. Levin-Zamir, 2024). En outre, Pelikan et al. la qualifie de prédicteur de l'utilisation du système de soins de santé (Pelikan et al., 2021). Et d'aucun, tel un moyen contribuant à une navigation pertinente dans le système de soins (Schaeffer, 2021 ; Henrard, 2022 ; Lupaka Issa Azala, 2022).

## 2. La littératie en santé

### 2.1. L'historique, les concepts et les définitions

Bien que la LES soit un concept controversé et encore peu connu du grand public, son intérêt académique et scientifique connaît un essor exponentiel depuis les années quatre-vingt-dix (Henrard G., 2016).

La LES a évolué : d'un concept initialement centré sur les difficultés des patients à lire et écrire dans le cadre du système de santé, elle est devenue une notion plus large et complexe, qui englobe désormais la capacité à comprendre, évaluer et utiliser l'information de santé dans divers contextes.

La figure 2 illustre les ajustements du concept au fil des années.

L'historique de la LES en Belgique montre une évolution importante depuis les premières recherches des années quatre-vingt-dix, jusqu'à la prise de conscience actuelle de l'importance de ce phénomène dans les politiques de santé publique. Les efforts visant à améliorer la LES en Belgique continuent de croître, avec des initiatives qui incluent la formation des professionnels, l'amélioration de la communication avec les patients et la réduction des inégalités.

La LES reste un enjeu majeur pour l'avenir, notamment face aux défis posés par les nouvelles technologies et la gestion des maladies chroniques dans une société vieillissante (Balcou-Debussche M.,2016).



Figure 2 : Historique de la LES (Simonds S.,1974 ; Berkman N.,2010 ; Balcou-Debussche M.,2016 ; Urstad et al.,2022)

On constate souvent une confusion entre l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) et la LES. Il semble pertinent de procéder à quelques clarifications.

La plupart des acteurs impliqués dans l'ETP se réfèrent à la définition<sup>4</sup> proposée par l'OMS (2023), selon laquelle l'ETP vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Bien que l'ETP ait été développée dans le cadre de maladies chroniques, elle peut être extrapolée à d'autres contextes non pathologiques. C'est le cas entre autres de la période post-partum. Elle se

<sup>4</sup> L'éducation thérapeutique du patient est une méthode d'apprentissage structurée et centrée sur la personne, qui soutient les patients vivant avec une maladie chronique dans l'auto-prise en charge de leur santé, par le recours à leurs propres ressources et avec l'appui de leurs soignants et de leur famille. Dispensée par des professionnels de santé qualifiés, adaptée au patient et à sa maladie, elle se poursuit tout au long de la vie du patient.

différencie de la LES par une vision ‘micro’ des connaissances et par son approche singulière à la situation vécue par le patient. La LES a une vision plus ‘macro’ en considérant les compétences individuelles permettant la navigation aisée dans le système de soins de santé.

Concernant la LES, qui constitue le sujet de ma recherche, la multiplication des études depuis les années 1990 rend difficile l’établissement d’un consensus sur sa définition, en raison des divergences de portée, de méthodologie et de qualité des travaux.

À l’issue de ses recherches, Nutbeam (2000) a développé un modèle de LES à trois niveaux :

1. **La littératie fonctionnelle** en matière de santé est la capacité d'obtenir, de comprendre et d'utiliser des informations de base sur les risques pour la santé, et sur la manière d'utiliser le système de santé. L'information transmet généralement des objectifs limités visant à l'amélioration de la connaissance des risques et des services de santé, et le respect des actions prescrites.

En règle générale, ces informations n'invitent pas à l'interaction, à la réflexion critique ou à l'autonomie dans la prise de décision.

2. **La littératie interactive** en matière de santé comme la capacité d'extraire des informations sur la santé et d'en déduire le sens à partir de différentes formes de communication, et d'appliquer de nouvelles informations à des situations changeantes ou des contextes différents.

Elle se caractérise par la confiance en soi pour agir de manière indépendante sur les conseils et pour interagir avec succès avec le système de soins de santé.

3. **La littératie critique** en matière de santé reflète les compétences en littératie et en numératie qui soutiennent la réflexion critique sur l’information ou les conseils reçus, en incluant la reconnaissance de l'influence de facteurs sociaux plus larges de la santé.

Il s'agit notamment de la capacité d'obtenir, de comprendre et d'évaluer de manière critique les différentes sources d'information, et la capacité à s'engager dans un processus de prises de décisions partagées.

En 2012, Sorensen et al. proposent un modèle conceptuel de la LES selon l'European Health Literacy Survey (HLS-EU). Il explique comment la LES influence la santé des individus et des populations. Elle permet aux gens de mieux s'orienter dans le système de santé, de prévenir les maladies, et de promouvoir leur bien-être général.

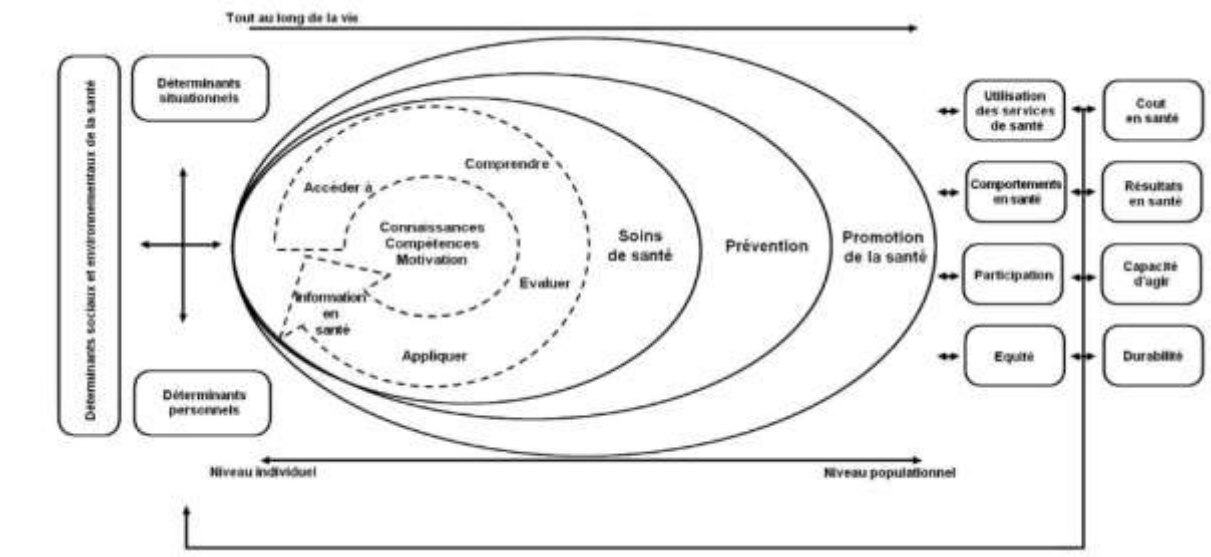


Figure 3 : The HLS-EU Conceptual Model of Health Literacy (Sorensen et al., 2012)

En 2019, Ploomipuu et al. proposent une définition révisée de la LES (Figure 4), ainsi qu'un modèle qui met en relation la LES, l'éducation en santé, la littératie scientifique et l'éducation scientifique.



Figure 4 : Reconsidération de la signification de la littératie en matière de santé.

\*Considérer qu'il existe des composantes de la LES en dehors de la littératie scientifique.

La LES a été définie et conceptualisée de multiples façons, mais presque toutes les définitions ont des éléments de base similaires décrivant les **compétences personnelles qui permettent aux individus d'obtenir, de comprendre et d'utiliser les informations pour prendre des décisions et des mesures qui auront un impact positif sur leur santé.** (Nutbeam,2018, Health Literacy in context)

En 2021, Nutbeam et Muscat mettent à jour le glossaire de la promotion de la santé et définissent la LES comme telle :

*« La littératie en matière de santé représente **les connaissances et les compétences personnelles** qui s'accumulent au fil des activités quotidiennes, des interactions sociales et à travers les générations. Les connaissances et les compétences personnelles sont médiatisées par les structures organisationnelles et la disponibilité des ressources qui permettent aux personnes **d'accéder, de comprendre, d'évaluer et d'utiliser les informations et les services de manière à promouvoir et à maintenir la santé et le bien-être pour eux-mêmes et pour leur entourage.** »*

## 2.2. La littératie en santé comme déterminant social

La littératie en matière de santé ne se limite pas à la capacité d'accéder à des sites Internet, de lire des brochures et de suivre les comportements prescrits. Elle comprend la capacité d'exercer un jugement critique sur les informations et les ressources en matière de santé, ainsi que la capacité d'interagir et d'exprimer les besoins personnels et sociétaux en matière de promotion de la santé. (Nutbeam 2021, Health Promotion Glossary)

Selon Nutbeam et Pelikan, la LES peut être observée comme un déterminant social et individuel de la santé. Elle est alors considérée comme un facteur de risque modifiable des disparités socio-économiques en matière de santé. L'amélioration du niveau de LES dans la population ou l'amélioration de l'accessibilité des services de santé pour les personnes ayant un faible niveau de LES pourrait être un moyen d'atteindre une plus grande équité en matière de santé. (Van den Broucke, 2014 ; Stormacq et al , 2018 ; Nutbeam, 2021 ; Baron-Epel, 2025).

Dans leur étude, Baron-Epel et al. (2025) mettent en évidence que la LES et le support social peuvent servir de médiateurs significatifs concernant l'état de santé. Et ainsi, comprendre

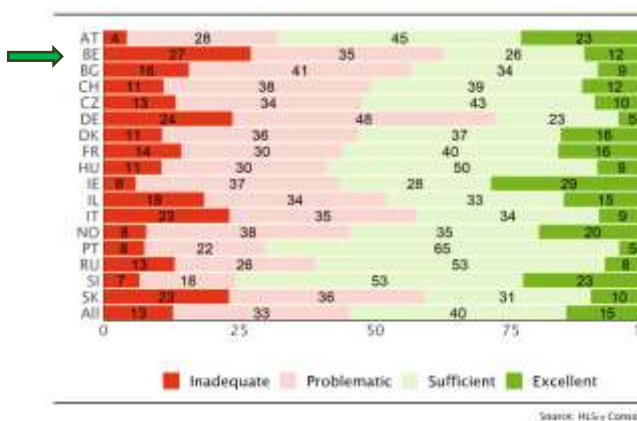
l'association entre la LES, la santé et les autres déterminants de la santé permet la planification d'interventions ad hoc visant à améliorer la santé.

Les auteurs s'accordent à dire que la LES est un déterminant de santé essentiel en santé publique, en mentionnant d'être attentif à la distinction entre le versant social et individuel. Les actions mises en place doivent être réalisées à plusieurs niveaux afin de lutter contre les inégalités sociales.

Mais qu'en est-il des niveaux de LES en Europe et en Belgique ?

### 2.3. État des lieux du niveau de littératie en santé en Europe et en Belgique

Le niveau de LES en Europe est resté longtemps mal connu bien que la diffusion de cette dernière ait crû de manière exponentielle. Afin de cibler de façon appropriée les campagnes d'information, de prévention, les actions de santé publique ainsi que les politiques de santé, deux cohortes européennes ont été réalisées : 2009-2012 et 2019-2021. (Sorensen et al. 2015 ; Pelikan et al.2021.)



Graphique 2

Pourcentage de répondants par niveau de LES général mesuré par le HLS19Q12, pour chaque pays et la moyenne de tous les pays.

Dans l'ensemble des pays participants, environ 40 % des personnes interrogées ont un niveau « suffisant » de connaissance de la santé et environ 15 % un niveau « excellent ». D'autre part, près de 33 % ont un niveau « problématique » et 13 % un niveau « inadéquat ». (Graphique 1)

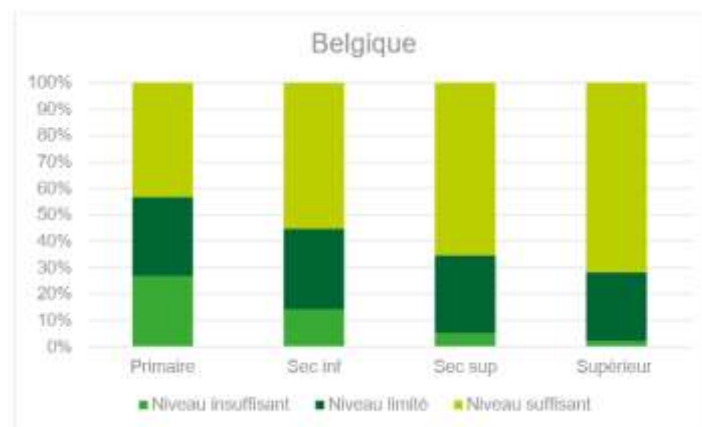
En Belgique, l'enquête de santé nationale menée par Sciensano en 2018, permet de déterminer la prévalence de la LES dans la population. On observe un niveau suffisant de LES pour 66,6% pour les individus âgés de plus de 15 ans, 27,8% ont un niveau limité et 5,6% ont un niveau

insuffisant. Ces résultats mettent en lumière que près d'un belge sur trois n'a pas les capacités suffisantes pour prendre des décisions en matière de santé.

Par ailleurs, les résultats de cette enquête montrent une variabilité régionale. La Flandre présente un niveau de LES plus élevé (69,3%) comparativement à la Bruxelles (63,2%) et la Wallonie (62,7%). Ces différences sont significatives.

Une variabilité démographique est observée. Les hommes ont un niveau de LES plus élevé que les femmes : 68,3% des hommes contre 65,0% des femmes, ont un niveau de LES suffisant, et cette différence est significative après standardisation pour l'âge. (Sciensano, 2018)

Les différences socio-économiques se traduisent par une augmentation significative du niveau de LES avec le niveau d'instruction. Elles sont illustrées sur le graphique 3.



Graphique 3: Distribution de la population de 15 ans et plus selon le niveau de LES, par niveau d'instruction, Enquête de santé, Belgique 2018.

Enfin, l'enquête menée par Sciensano a permis de faire le lien entre le niveau de LES et l'état de santé auto-déclaré. On observe qu'un niveau de LES augmente avec un meilleur état de santé.

L'intérêt pour la LES est grandissant. En Belgique, des acteurs tels la fondation Roi Baudouin, la LUSS ou Culture & Santé réalisent des études et actions concrètes pour promouvoir la LES. L'objectif premier est d'éveiller l'esprit critique face à l'abondance d'informations. La fondation Roi Baudouin met un point d'attention sur l'importance de la LES dans les soins de première ligne (Fonds Dr Daniël De Coninck, Fondation Roi Baudouin, 2024).

## 2.4. Conséquences d'un faible niveau de littératie en santé et la navigation dans le système de soins de santé

Après avoir défini la LES et fait l'état des lieux en Belgique, il semble pertinent de mettre en lien la LES et la navigation dans le système de soins. Ces deux enjeux sont liés : une LES insuffisante complique la navigation dans des systèmes de soins souvent complexes, ce qui peut aggraver les problèmes d'accès et de prise en charge. Le baromètre de la LES, intégré à l'Enquête de Santé nationale, menée par Sciensano en 2018, constate qu'une LES plus faible se rencontre paradoxalement chez les personnes qui en auraient le plus besoin comme les seniors ou les malades chroniques. Cela représente un sérieux défi pour le système de santé.

En effet, un faible niveau de LES est associé à de nombreuses conséquences négatives (Lebrun et al,2025). Les études convergent pour décrire une utilisation non efficiente du système de soins de santé de cette tranche de la population. La littérature met en lumière certaines caractéristiques des personnes à faible niveau de LES :

- Une utilisation réduite des services préventifs (dépistages, vaccins) et plus de comportements à risque ;
- Une mauvaise compréhension des indications médicales et un mauvais suivi des traitements prescrits. Par conséquent, il y a un risque non négligeable d'une mauvaise adhésion au traitement recommandé ainsi qu'une incapacité d'auto-gestion des maladies chroniques ;
- Une santé globale moins bonne et une mortalité accrue ;
- Une consommation moins efficiente des soins qui peut entraîner un surcoût au niveau du système de santé (par exemple, davantage d'hospitalisations et de passages aux urgences) ;

Ainsi, un niveau de LES insuffisant a des répercussions multiformes qui favorisent la dégradation de la santé et la pression sur les services de soins les plus coûteux.

Il m'a paru pertinent d'aborder ce sujet au regard des implications potentielles qu'il peut engendrer dans le champ de la périnatalité.

## 2.5. Littératie en santé et périnatalité

La LES en périnatalité a été peu étudiée. Dai et al. (2015) mentionnent qu'il n'y a pas de rapport de recherche international pertinent sur le sujet. En 2021, Nawabi fait état dans son étude de la rareté des essais contrôlés randomisés concernant la LES des femmes enceintes. (Nawabi F. et al., 2021)

Bien qu'elles soient peu nombreuses, les études réalisées démontrent les bienfaits de la progression du niveau de LES chez les femmes puerpérales quant aux risques post-partum (Mobley, 2014 ; Thomas et al., 2018). D'autre part, une étude menée dans un quartier de Londres en 2020 a permis de rendre compte également du bénéfice de l'amélioration du niveau de LES chez un public de femmes en période puerpérale, avec un point d'attention sur une approche communautaire (Brown J. et al., 2020).

Les récents travaux sur le sujet s'intéressent au niveau de LES des femmes au cours de la période prénatale ou pendant la grossesse. Ils confirment la nécessité d'un niveau de LES suffisant afin de favoriser les bons comportements en santé des jeunes mamans, qu'elles puissent prendre des décisions éclairées et qu'elles naviguent en toute autonomie dans l'offre de soins disponible. Selon eux, la LES joue un rôle essentiel dans l'éducation pour la santé et la promotion de la santé (Nawabi F., 2021 ; Meldgaard M., 2022 ; Barnes et al., 2024).

La période post-partum est encore trop peu étudiée, particulièrement au sein de la trajectoire de soins qui est proposée aux femmes. Les conséquences de la grossesse et de l'accouchement – qui peuvent se déclarer plusieurs semaines ou mois après la sortie de la maternité – sont un fardeau pour les femmes, mais également pour les pouvoirs publics (Vogel et al., 2024).

En France, l'ARS Île-de-France a publié récemment (avril 2025) un guide pédagogique intitulé « Littératie en santé en périnatalité ». Cet ouvrage se décompose en trois volets et est destiné aux professionnels de santé. Son objectif premier est de promouvoir l'accès à l'information pertinente pour favoriser la décision partagée et rendre le système de santé plus « adapté et inclusif ».

En Belgique, peu d'articles de recherche mettent en lien le niveau de LES et la période postnatale. De plus, je n'ai pas relevé d'étude qui abordait LES et la kinésithérapie postnatale.

C'est dans ce contexte que la question de recherche suivante semble pertinente :

**« Quel est l'impact du niveau de la littératie en santé sur la prise en charge kinésithérapique et ses effets chez les patientes bénéficiant d'une rééducation périnéale post-partum ? »**

J'ai ainsi identifié trois hypothèses de recherche que je vous présente ci-dessous :

*Hypothèse 1* : Un niveau de littératie en santé suffisant ou excellent est associé à une meilleure utilisation de l'offre de soins post-partum : complétion de la rééducation postnatale.

*Hypothèse 2* : Les patientes ayant un niveau de littératie plus élevé sont davantage assidues au suivi kinésithérapique recommandé.

*Hypothèse 3* : Un niveau de littératie en santé suffisant ou excellent influence positivement la continuité de la rééducation périnéale une fois la prise en charge kinésithérapique terminée.

Dans le chapitre suivant, je vous présente le protocole qui m'a permis de mener à bien ma recherche.

## Chapitre 2 : La méthodologie

---

### 1. Objectif

L'objectif principal de cette étude est d'examiner les déterminants de l'adhésion à la rééducation périnéale chez les patientes, en mettant particulièrement l'accent sur trois facteurs: le niveau d'éducation, le statut socio-économique et le niveau de LES. À travers cette recherche, il s'agit de mieux comprendre dans quelle mesure ces variables influencent la participation et la persistance des femmes dans un programme de rééducation périnéale, afin d'identifier des leviers d'action pour améliorer l'adhésion et optimiser les résultats de santé.

L'équation de recherche est la suivante :

Adhésion de la rééducation périnéale = f (Niveau d'éducation, Statut socio-économique, Niveau de littératie en santé).

L'évaluation de l'adhésion étant réalisée à partir de trois sous-variables, nous obtenons trois équations de recherche :

Complétion de la rééducation = f (Niveau d'éducation, Statut socio-économique, Niveau de littératie en santé).

Assiduité à la rééducation = f (Niveau d'éducation, Statut socio-économique, Niveau de littératie en santé).

Continuité de la rééducation = f (Niveau d'éducation, Statut socio-économique, Niveau de littératie en santé).

L'expérimentation est justifiée par l'attente des résultats suivants :

- Évaluation du niveau de LES des patientes ;
- Mise en lumière d'une corrélation entre le niveau de LES et les objectifs attendus du traitement ;
- Intérêt d'un bon niveau de LES pour une meilleure performance dans son parcours de soins.

Je projette donc d'identifier les facteurs prédictifs d'une faible LES et ses effets dans le contexte de la période post-partum.

## 2. Protocole de recherche

### 2.1. Design de l'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle multicentrique, analytique, transversale.

Les différents centres d'études sont quatre cabinets de kinésithérapie ainsi que le service de kinésithérapie périnatale de la Clinique Sainte-Elisabeth à Namur.

### 2.2. Population cible

Mon choix de public cible s'est porté sur les femmes bénéficiant de kinésithérapie post-partum, une période de la vie souvent marquée par une méconnaissance des changements corporels liés à la grossesse et à l'accouchement. Ce type de rééducation requiert une maîtrise de son corps de même qu'une bonne perception des contractions des muscles du plancher pelvien. La littérature et ma pratique professionnelle illustrent les difficultés des femmes à maîtriser les contractions des muscles du plancher pelvien.

### 2.3. Méthode d'échantillonnage

Nous avons utilisé une approche de l'échantillonnage non aléatoire, à participation volontaire, afin de sélectionner les participantes selon les critères énoncés ci-dessous.

### 2.3.1. Critères d'inclusion

Mon objectif étant d'avoir une représentativité dans la prise en charge thérapeutique. La sélection s'est portée sur des femmes belges (de Wallonie et de Bruxelles) dont l'âge était supérieur à dix-huit ans et bénéficiant de rééducation périnéale post-partum.

### 2.3.2. Critères d'exclusion

J'ai choisi d'exclure les patientes souffrant de pathologies pelvi-périnéales afin d'éliminer les facteurs de la douleur et/ou de la dysfonction pour ne pas entraver une rééducation fonctionnelle classique et ainsi interférer sur les résultats de l'étude.

Chaque participante a signé le document de consentement libre et éclairé afin de pouvoir participer à l'étude.

## 2.4. Recueil de données

### 2.4.1. Outils utilisés

J'ai choisi d'utiliser les outils de mesures suivant afin de pouvoir mettre en lumière les facteurs qui influencent l'adhésion des patientes à la rééducation périnéale.

Tout d'abord, j'ai élaboré une **fiche socio-démographique** qui m'a permis de récolter des variables de contrôle : l'âge, niveau d'études, le statut socio-économique, la parité, la perception de l'état de santé.

Ensuite, le **questionnaire HLS-EU-Q12** a été utilisé afin de mesurer la LES.

La première enquête HLS-EU menée en 2011 a employé l'échelle de mesure de la LS à 47 items. (Sorensen et al. 2015) Par la suite, la littérature a mis en évidence qu'une échelle à douze items, sélectionnés selon le modèle conceptuel original, pouvait avoir des propriétés psychométriques pertinentes. (Duong T.V. et al, 2017 ; Finbråten H.S. et al, 2018)

Ces résultats ont conduit le Consortium européen (2021) à proposer, pour l'enquête menée en 2019, une nouvelle version courte à 12 items : HLS-Q12 (Tableau 1) ; incluant 1 item pour

chacune des 12 cellules de la matrice conceptuelle HLS-EU : quatre processus multipliés par trois champs de mobilisation de la LES, (Tableau 2)

HLS-EU-Q12 FR	
Item	Sur une échelle allant de très facile à très difficile (1 à 4), dans quelle mesure est-il facile pour vous de ...
1	... savoir où obtenir de l'aide d'un professionnel ( par exemple médecin, pharmacien, psychologue, ...) quand vous êtes malade ?
2	... comprendre ce qu'il faut faire en cas d'urgence médicale ?
3	... évaluer les risques et les bénéfices des différents traitements possibles ?
4	... suivre les consignes de votre médecin ou pharmacien ?
5	... trouver des informations sur comment faire en cas de problèmes psychologiques comme le stress, la dépression ou l'anxiété ?
6	... comprendre les informations sur les dépistages et examens recommandés, comme le dépistage du cancer colorectal ou le test de la glycémie ?
7	... évaluer la fiabilité des informations concernant l'impact sur la santé de certains comportements comme fumer, ne pas faire assez d'exercices, ou boire trop d'alcool ?
8	... savoir comment vous protéger des maladies à partir des informations disponibles dans les médias comme les journaux, la télévision ou l'internet ?
9	... trouver des informations sur des modes de vie sains tels que l'activité physique et une alimentation équilibrée ?
10	... comprendre les conseils de votre famille ou de vos amis en matière de santé ?
11	... évaluer comment vos conditions de logement peuvent affecter votre santé et votre bien-être ?
12	... prendre des décisions pour améliorer votre santé et votre bien-être ?

Source : HLS19 Consortium

Tableau 2 : L'instrument HLS19-Q12, nombres d'items et les libellés des questions

Littératie en santé	Accès aux informations relatives à la santé	Comprendre les informations relatives à la santé	Appliquer des informations relatives à la santé	Appliquer des informations relatives à la santé
Soins de santé	1	2	3	4
Prévention des maladies	5	6	7	8
Promotion de la santé	9	10	11	12

**Tableau 3 :** Catégorisation des items du HLS19-Q12 par rapport au modèle conceptuel de la LES en santé selon Sørensen et al. (2012)

Chaque item est évalué selon une échelle de type Likert à quatre points. Les réponses possibles sont les suivantes : 1. Très difficile ; 2. Difficile ; 3. Facile ; 4. Très facile.

Une fois la conversion faite, nous obtenons un score établi sur une échelle de 0 à 50. (Tableau 4)

Niveaux de LES	Score normalisé sur 50	Description
Inadéquat	0-25	Difficulté à accéder, comprendre, évaluer ou utiliser l'information en santé.
Problématique	25-33	Compétences limitées, pouvant entraîner des difficultés dans certaines situations.
Suffisant	33-42	Compétences adéquates pour gérer la plupart des informations en santé.
Excellent	42-50	Compétences très développées permettant une gestion efficace de l'information en santé.

**Tableau 4 :** Niveaux de LES avec un score normalisé sur 50. Source : Kickbusch, I., 2013.

Ces seuils sont issus de la méthodologie du HLS-EU, qui évalue la LES sur une échelle de 0 à 50, où 0 représente le niveau le plus faible et 50 le plus élevé. Les scores sont calculés à partir du questionnaire standardisé HLS-EU-Q12, en transformant les réponses en un score global.

Enfin, j'ai également récolté les données qui déterminent le degré d'adhésion à la rééducation kinésithérapique des patientes, élément essentiel dans leur parcours de soins post-partum. J'ai

relevé les données suivantes : le nombre de séances dont la patiente a bénéficié (en sachant qu'une prise en charge de base en périnatalité est de neuf séances), la régularité de la prise de rendez-vous et la continuité de la rééducation à domicile par le suivi des conseils et consignes du thérapeute.

#### *2.4.2. Modalités de passation*

L'auto-questionnaire HLS-EU-Q12 a été expliqué à la première séance de la prise en charge kinésithérapique. Les patientes ont pris le soin de le remplir à domicile, de même que celui reprenant les données socio-démographiques.

L'anonymat dans la récolte des données a été garanti par un processus d'anonymisation.

Le temps estimé pour remplir les deux questionnaires est d'environ 10 minutes.

### 3. Considérations éthiques

Le dossier de l'étude a été soumis au comité éthique hospitalo-facultaire des Cliniques Saint-Luc à Woluwe, ainsi qu'au comité éthique de la Clinique Sainte-Elisabeth. Les accords ont été respectivement obtenus le 19 février 2025 et le 19 novembre 2024.

Les documents peuvent être consultés en annexe.

### 4. Validité du questionnaire HLS-EU-Q12

Bien que le HLS-EU-Q12 soit un outil validé à l'échelle européenne, la cohérence interne peut varier selon les contextes, les cultures, les sous-populations, etc.

Alors, il est pertinent de calculer le coefficient alpha de Cronbach pour le HLS-EU-Q12, afin de valider l'usage du questionnaire et de démontrer la robustesse psychométrique du questionnaire dans notre échantillon.

L'alpha de Cronbach pour les données brutes du questionnaire HLS-EU-Q12 est de **0,849**. Cela indique une **bonne cohérence interne** des items du questionnaire, ce qui signifie que les items mesurent probablement bien le même concept de LES.

## 5. Analyse statistique

À l'issue de la collecte des données, les résultats obtenus seront présentés selon différentes analyses.

Je commencerai par une analyse statistique descriptive afin de présenter les caractéristiques de l'échantillon en fonction des différentes variables étudiées dans mon travail.

Je poursuivrai ensuite avec une analyse statistique bivariée de chacune des variables dépendantes afin de mesurer la corrélation de l'adhésion des femmes à leur rééducation périnéale post-partum selon les différentes variables indépendantes sélectionnées.

Enfin, je terminerai par une analyse de régression logistique multinomiale afin de prédire la probabilité que les patientes présentent une bonne adhésion à la thérapie, en lien avec les variables indépendantes suivantes : le niveau d'éducation, le statut socio-économique et le niveau de LES.

## Chapitre 3 : La présentation des résultats

---

### 1. Analyses descriptives

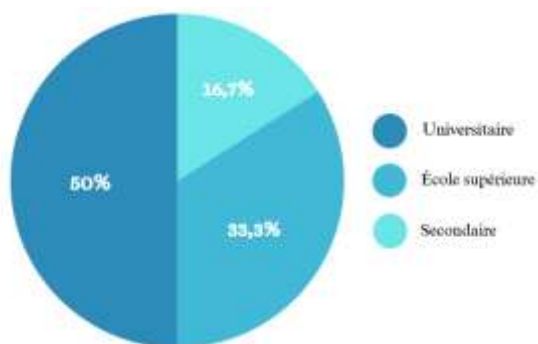
L'échantillon est constitué de 24 femmes en post-partum. Les analyses descriptives permettent de dresser les caractéristiques suivantes :

#### 1.1. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques

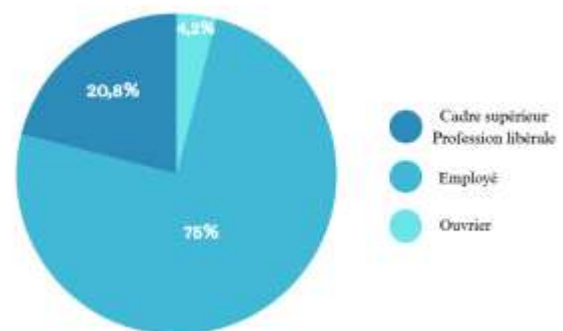
L'âge moyen des participantes est de 34,46 ans ( $s = 4,51$ ), avec des extrêmes allant de 22 à 46 ans.

Nous pouvons observer ci-dessous la répartition des niveaux d'éducation et du statut socio-économique.

Concernant **le niveau d'éducation**, la moyenne est de 2,33 sur une échelle de 1 à 3, ce qui indique un niveau d'éducation globalement élevé. Les proportions sont illustrées sur le graphique 4



Graphique 4 : Répartition des niveaux éducatifs



Graphique 5 : Répartition du statut socio-économique

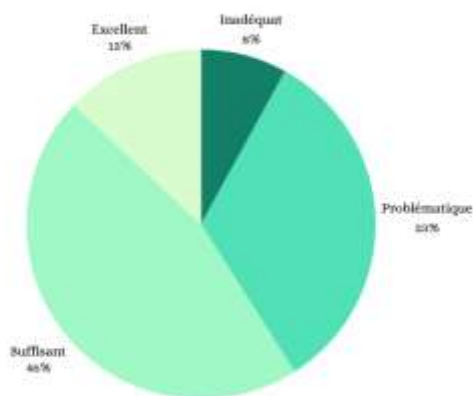
**Le statut socio-économique** présente une moyenne de 2,17 ( $s = 0,48$ ), traduisant une situation économique plutôt favorable. Les proportions sont illustrées sur le graphique 5.

**La perception de l'état de santé** est également positive, avec une moyenne de 2,67 ( $s = 0,64$ ) sur une échelle de 1 à 3. En ce qui concerne **la parité**, la moyenne est de 1,54 enfant par femme ( $s = 0,51$ ).

Par ailleurs, 92 % des participantes ont complété leur programme de rééducation post-partum, 87 % respectent la fréquence des rendez-vous conseillée, et 71 % poursuivent la rééducation à domicile.

## 1.2. Le niveau de littératie en santé

Le niveau moyen de LES général est de 2,63 ( $s = 0,82$ ) sur une échelle de 1 à 4. Les proportions du niveau de LES de l'échantillon sont représentées sur le graphique 6.



Graphique 6 : Répartition des différents niveaux de LES de l'échantillon

Le score moyen global obtenu à l'échelle HLS-EU-Q12 est de 34,55 ( $s = 7,00$ ), pour un score théorique variant de 22,22 à 47,22. Cela correspond à un niveau de LES **modéré à satisfaisant** dans l'échantillon étudié.

Les scores détaillés par sous-domaines montrent :

Accès à l'information :  $M = 35,88$  ( $s = 5,90$ )

Compréhension de l'information :  $M = 35,67$  ( $s = 9,07$ )

Évaluation de l'information :  $M = 30,79$  ( $s = 9,96$ )

Application de l'information pertinente :  $M = 35,88$  ( $s = 7,50$ )

Il est à noter que la dimension de l'évaluation de l'information obtient un score inférieur aux autres dimensions, suggérant une compétence légèrement moindre dans l'analyse critique de l'information.

### Résumé

- L'échantillon présente des caractéristiques socio-économiques et éducatives favorables.
- Les niveaux de LES apparaissent modérément élevés en ce qui concerne la LES générale, l'accès, la compréhension de l'information ainsi que son application.
- La capacité à évaluer de manière critique les informations de santé représente une dimension plus faible.

## 2. Analyse de corrélation bivariée

Une analyse des corrélations de Pearson a été réalisée afin d'examiner les relations entre différentes variables sociodémographiques, à savoir : la continuité de la rééducation à la maison, l'âge, la parité, le niveau d'éducation, le statut socio-économique et les différents niveaux de LES.

### 2.1. Variable indépendante : la complétion de la rééducation kinésithérapique

#### 2.1.1. Corrélation avec le niveau de littératie en santé général

		Rééducation complète	Âge	Parité	Niveau d'éducation	Statut socio-économique	Niveau de littératie en santé général
Rééducation complète	Pearson Correlation	1	-.105	.025	-.067	.107	.047
	Sig. (2-tailed)		.624	.907	.754	.620	.828
	N	24	24	24	24	24	24
Âge	Pearson Correlation	-.105	1	-.113	.346	.224	-.197
	Sig. (2-tailed)	.624		.600	.098	.294	.355
	N	24	24	24	24	24	24
Parité	Pearson Correlation	.025	-.113	1	.299	.148	.194
	Sig. (2-tailed)	.907	.600		.156	.491	.363
	N	24	24	24	24	24	24
Niveau d'éducation	Pearson Correlation	-.067	.346	.299	1	.553**	.000
	Sig. (2-tailed)	.754	.098	.156		.005	1,000
	N	24	24	24	24	24	24
Statut socio-économique	Pearson Correlation	.107	.224	.148	.553**	1	-.055
	Sig. (2-tailed)	.620	.294	.491	.005		.799
	N	24	24	24	24	24	24
Niveau de littératie en santé général	Pearson Correlation	.047	-.197	.194	.000	-.055	1
	Sig. (2-tailed)	.828	.355	.363	1,000	.799	
	N	24	24	24	24	24	24

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

**Tableau 5** : Analyse de corrélation bivariée de la complétion de la rééducation kinésithérapique avec le niveau de LES général.

Les résultats révèlent qu'aucune **de ces variables n'est significativement corrélée** au niveau de LES général. Par exemple, les corrélations entre la LES général et l'âge ( $r = -0,197$  ;  $p = 0,355$ ), la parité ( $r = 0,194$  ;  $p = 0,355$ ), ou encore le niveau d'éducation ( $r = 0,000$  ;  $p = 1,000$ ) sont toutes **non significatives**. Ces résultats suggèrent que dans cet échantillon, les facteurs sociodémographiques considérés n'exercent pas d'influence notable sur la LES générale.

En revanche, une **corrélation positive et significative** a été observée entre le **niveau d'éducation** et le **statut socio-économique** ( $r = 0,553$  ;  $p = 0,005$ ), confirmant une association

bien établie selon laquelle un niveau d'éducation plus élevé est généralement associé à de meilleures conditions socio-économiques.

### 2.1.2. Corrélation avec le niveau de littératie en santé concernant l'accès à l'information

		Rééducation complète	Âge	Parité	Niveau d'éducation	Satut socio-économique	Niveau de littératie en santé de l'accès à l'information
Rééducation complète	Pearson Correlation	1	-,105	,025	-,067	,107	,205
	Sig. (2-tailed)		,624	,907	,754	,620	,338
	N	24	24	24	24	24	24
Âge	Pearson Correlation	-,105	1	-,113	,346	,224	-,231
	Sig. (2-tailed)	,624		,600	,098	,294	,277
	N	24	24	24	24	24	24
Parité	Pearson Correlation	,025	-,113	1	,299	,148	,315
	Sig. (2-tailed)	,907	,600		,156	,491	,134
	N	24	24	24	24	24	24
Niveau d'éducation	Pearson Correlation	-,067	,346	,299	1	,553**	,276
	Sig. (2-tailed)	,754	,098	,156		,005	,192
	N	24	24	24	24	24	24
Satut socio-économique	Pearson Correlation	,107	,224	,148	,553**	1	,153
	Sig. (2-tailed)	,620	,294	,491	,005		,477
	N	24	24	24	24	24	24
Niveau de littératie en santé de l'accès à l'information	Pearson Correlation	,205	-,231	,315	,276	,153	1
	Sig. (2-tailed)	,338	,277	,134	,192	,477	
	N	24	24	24	24	24	24

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tableau 6 : Analyse de corrélation bivariée de la complétion de la rééducation kinésithérapique avec le niveau de LES de l'accès à l'information.

Les résultats révèlent qu'**aucune corrélation statistiquement significative** n'a été observée entre le niveau de LES de l'accès à l'information et les variables sociodémographiques étudiées.

Par exemple, les corrélations entre la LES et l'âge ( $r = -0,231$  ;  $p = 0,277$ ), la parité ( $r = 0,315$  ;  $p = 0,134$ ), ou encore le niveau d'éducation ( $r = 0,276$  ;  $p = 0,192$ ) restent toutes **non significatives**, bien que certaines tendances puissent être suggérées.

Le coefficient de corrélation de la parité en lien avec le niveau de LES de l'accès à l'information montre une tendance positive non significative.

Ces résultats indiquent qu'aucune de ces variables ne semble, dans cet échantillon, influencer de manière notable l'accès à l'information en matière de santé.

### 2.1.3. Corrélation avec le niveau de littératie en santé de la compréhension de l'information

		Rééducation complète	Âge	Parité	Niveau d'éducation	Statut socio-économique	Niveau de littératie en santé de la compréhension de l'information
Rééducation complète	Pearson Correlation	1	-,105	,025	-,067	,107	-,053
	Sig. (2-tailed)		,624	,907	,754	,620	,805
	N	24	24	24	24	24	24
Âge	Pearson Correlation	-,105	1	-,113	,346	,224	-,072
	Sig. (2-tailed)	,624		,600	,098	,294	,739
	N	24	24	24	24	24	24
Parité	Pearson Correlation	,025	-,113	1	,299	,148	,015
	Sig. (2-tailed)	,907	,600		,156	,491	,945
	N	24	24	24	24	24	24
Niveau d'éducation	Pearson Correlation	-,067	,346	,299	1	,553**	-,040
	Sig. (2-tailed)	,754	,098	,156		,005	,854
	N	24	24	24	24	24	24
Statut socio-économique	Pearson Correlation	,107	,224	,148	,553**	1	-,125
	Sig. (2-tailed)	,620	,294	,491	,005		,561
	N	24	24	24	24	24	24
Niveau de littératie en santé de la compréhension de l'information	Pearson Correlation	-,053	-,072	,015	-,040	-,125	1
	Sig. (2-tailed)	,805	,739	,945	,854	,561	
	N	24	24	24	24	24	24

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

**Tableau 7** : Analyse de corrélation bivariée de la complétion de la rééducation kinésithérapique avec le niveau de LES de la compréhension de l'information.

Les résultats indiquent qu'**aucune corrélation statistiquement significative n'a été observée entre le niveau de LES de la compréhension de l'information** et les variables sociodémographiques mesurées. En effet, les coefficients de corrélation obtenus sont faibles et les valeurs de signification (p) sont toutes supérieures au seuil de signification de 0,05. Par exemple, la corrélation entre la LES de la compréhension de l'information et la rééducation complète est très faible et non significative ( $r = -0,053$  ;  $p = 0,805$ ), tout comme celle avec l'âge ( $r = 0,072$  ;  $p = ,739$ ) ou encore avec le statut socio-économique ( $r = -0,125$  ;  $p = ,561$ ).

#### 2.1.4. Corrélation avec le niveau de littératie en santé de l'évaluation de l'information

		Rééducation complète	Âge	Parité	Niveau d'éducation	Statut socio-économique	Niveau de littératie en santé de l'évaluation de l'information
Rééducation complète	Pearson Correlation	1	-.105	.025	-.067	.107	.126
	Sig. (2-tailed)		.624	.907	.754	.620	.557
	N	24	24	24	24	24	24
Âge	Pearson Correlation	-.105	1	-.113	.346	.224	-.138
	Sig. (2-tailed)	.624		.600	.098	.294	.520
	N	24	24	24	24	24	24
Parité	Pearson Correlation	.025	-.113	1	.299	.148	.217
	Sig. (2-tailed)	.907	.600		.156	.491	.309
	N	24	24	24	24	24	24
Niveau d'éducation	Pearson Correlation	-.067	.346	.299	1	.553**	.206
	Sig. (2-tailed)	.754	.098	.156		.005	.335
	N	24	24	24	24	24	24
Statut socio-économique	Pearson Correlation	.107	.224	.148	.553**	1	.030
	Sig. (2-tailed)	.620	.294	.491	.005		.891
	N	24	24	24	24	24	24
Niveau de littératie en santé de l'évaluation de l'information	Pearson Correlation	.126	-.138	.217	.206	.030	1
	Sig. (2-tailed)	.557	.520	.309	.335	.891	
	N	24	24	24	24	24	24

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

**Tableau 8 :** Analyse de corrélation bivariée de la complétion de la rééducation kinésithérapique avec le niveau de LES de l'évaluation de l'information.

Les résultats indiquent qu'**aucune corrélation statistiquement significative** n'a été observée entre le score de LES relatif à l'évaluation de l'information et les variables sociodémographiques. Par exemple, les corrélations obtenues avec l'âge ( $r = -0,138$  ;  $p = 0,520$ ), la parité ( $r = 0,217$  ;  $p = 0,309$ ), ou encore le statut socio-économique ( $r = 0,030$  ;  $p = 0,891$ ) restent faibles et non significatives.

### 2.1.5. Corrélation avec le niveau de littératie en santé de l'application de l'information

		Rééducation complète	Âge	Parité	Niveau d'éducation	Statut socio-économique	Niveau de littératie en santé de l'application de l'information
Rééducation complète	Pearson Correlation	1	-.105	.025	-.067	.107	-.043
	Sig. (2-tailed)		.624	.907	.754	.620	.843
	N	24	24	24	24	24	24
Âge	Pearson Correlation	-.105	1	-.113	.346	.224	-.232
	Sig. (2-tailed)	.624		.600	.098	.294	.276
	N	24	24	24	24	24	24
Parité	Pearson Correlation	.025	-.113	1	.299	.148	.059
	Sig. (2-tailed)	.907	.600		.156	.491	.783
	N	24	24	24	24	24	24
Niveau d'éducation	Pearson Correlation	-.067	.346	.299	1	.553**	-.381
	Sig. (2-tailed)	.754	.098	.156		.005	.066
	N	24	24	24	24	24	24
Statut socio-économique	Pearson Correlation	.107	.224	.148	.553**	1	-.251
	Sig. (2-tailed)	.620	.294	.491	.005		.237
	N	24	24	24	24	24	24
Niveau de littératie en santé de l'application de l'information	Pearson Correlation	-.043	-.232	.059	-.381	-.251	1
	Sig. (2-tailed)	.843	.276	.783	.066	.237	
	N	24	24	24	24	24	24

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

**Tableau 9** : Analyse de corrélation bivariée de la complétion de la rééducation kinésithérapique avec le niveau de LES de l'application de l'information.

Les résultats indiquent qu'**aucune des variables sociodémographiques mesurées n'est significativement corrélée** au niveau de LES lié à l'application de l'information. Par exemple, les corrélations avec l'âge ( $r = -0,232$  ;  $p = 0,276$ ), la parité ( $r = 0,059$  ;  $p = 0,783$ ) et le statut socio-économique ( $r = -0,251$  ;  $p = 0,237$ ). Cela suggère que, dans l'échantillon, ces caractéristiques individuelles ne permettent pas de prédire les capacités d'application des informations en matière de santé.

Néanmoins, une tendance négative non significative est observée entre le niveau d'éducation et le niveau de LES de l'application de l'information ( $r = -0,381$  ;  $p = 0,066$ ). Celle-ci suggère qu'un niveau d'éducation plus faible pourrait être associé à meilleure capacité d'application de l'information en santé.

Ces résultats suggèrent que dans cet échantillon, les caractéristiques sociodémographiques analysées n'ont pas d'association forte ni significative avec le niveau de LES.

## Résumé de la complétion de la rééducation kinésithérapique

- Les différents niveaux de LES et les variables socio-démographiques ne présentent pas d'association significative avec la complétion de la rééducation
- Le coefficient de corrélation de la parité en lien avec le niveau de LES de l'accès à l'information montre une tendance positive non significative.
- Une tendance négative non significative se dégage entre le niveau de LES de l'application de l'information et le niveau d'éducation.
- Une corrélation positive significative est observée entre le statut socio-économique et le niveau d'éducation.

### 2.2. Variable indépendante : l'assiduité à la rééducation kinésithérapique

#### 2.2.1. Corrélation avec le niveau de littératie en santé général

		Respect de la fréquence des rendez-vous conseillée	Âge	Parité	Niveau d'éducation	Statut socio-économique	Niveau de littératie en santé général
Respect de la fréquence des rendez-vous conseillée	Pearson Correlation	1	,467*	-,095	,169	,401	-,176
	Sig. (2-tailed)		,021	,659	,430	,052	,412
	N	24	24	24	24	24	24
Âge	Pearson Correlation	,467*	1	-,113	,346	,224	-,197
	Sig. (2-tailed)	,021		,600	,098	,294	,355
	N	24	24	24	24	24	24
Parité	Pearson Correlation	-,095	-,113	1	,299	,148	,194
	Sig. (2-tailed)	,659	,600		,156	,491	,363
	N	24	24	24	24	24	24
Niveau d'éducation	Pearson Correlation	,169	,346	,299	1	,553**	,000
	Sig. (2-tailed)	,430	,098	,156		,005	1,000
	N	24	24	24	24	24	24
Statut socio-économique	Pearson Correlation	,401	,224	,148	,553**	1	-,055
	Sig. (2-tailed)	,052	,294	,491	,005		,799
	N	24	24	24	24	24	24
Niveau de littératie en santé général	Pearson Correlation	-,176	-,197	,194	,000	-,055	1
	Sig. (2-tailed)	,412	,355	,363	1,000	,799	
	N	24	24	24	24	24	24

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\*. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

**Tableau 10** : Analyse de corrélation bivariée du respect de la fréquence des rendez-vous avec le niveau de LES général.

Le **respect de la fréquence des rendez-vous médicaux** est significativement corrélé avec l'**âge** ( $r = 0,467$ ,  $p = 0,021$ ), ce qui suggère que les personnes plus âgées ont tendance à suivre davantage les recommandations médicales. Une **corrélation modérément positive** est

également observée **avec le statut socio-économique** ( $r = 0,401$ ), bien que cette relation soit marginalement significative ( $p = 0,052$ ).

En revanche, aucune corrélation significative n'est observée avec la parité ( $r = -0,095$  ;  $p = 0,659$ ), le niveau d'éducation ( $r = 0,169$  ;  $p = 0,430$ ) ou le niveau de littératie en santé générale ( $r = -0,176$  ;  $p = -0,176$ ).

**Le niveau de LES générale** ne montre pas de corrélation significative avec les autres variables.

### 2.2.2. Corrélation avec le niveau en santé de l'accès à l'information

		Respect de la fréquence des rendez-vous conseillée	Âge	Parité	Niveau d'éducation	Statut socio-économique	Niveau de littératie en santé de l'accès à l'information
Respect de la fréquence des rendez-vous conseillée	Pearson Correlation	1	,467*	-,095	,169	,401	-,023
	Sig. (2-tailed)		,021	,659	,430	,052	,914
	N	24	24	24	24	24	24
Âge	Pearson Correlation	,467*	1	-,113	,346	,224	-,231
	Sig. (2-tailed)	,021		,600	,098	,294	,277
	N	24	24	24	24	24	24
Parité	Pearson Correlation	-,095	-,113	1	,299	,148	,315
	Sig. (2-tailed)	,659	,600		,156	,491	,134
	N	24	24	24	24	24	24
Niveau d'éducation	Pearson Correlation	,169	,346	,299	1	,553**	,276
	Sig. (2-tailed)	,430	,098	,156		,005	,192
	N	24	24	24	24	24	24
Statut socio-économique	Pearson Correlation	,401	,224	,148	,553**	1	,153
	Sig. (2-tailed)	,052	,294	,491	,005		,477
	N	24	24	24	24	24	24
Niveau de littératie en santé de l'accès à l'information	Pearson Correlation	-,023	-,231	,315	,276	,153	1
	Sig. (2-tailed)	,914	,277	,134	,192	,477	
	N	24	24	24	24	24	24

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).  
 \*\*. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

**Tableau 11** : Analyse de corrélation bivariée du respect de la fréquence de la rééducation kinésithérapique avec le niveau de LES de l'accès à la rééducation.

Le niveau de LES lié à l'accès à l'information ne montre **aucune corrélation significative** avec les autres variables de l'étude. Les coefficients obtenus sont tous faibles et non significatifs, notamment avec le respect des rendez-vous ( $r = -0,023$  ;  $p = 0,914$ ), l'âge ( $r = -0,231$  ;  $p = 0,277$ ), le niveau d'éducation ( $r = 0,276$  ;  $p = 0,192$ ) et le statut socio-économique ( $r = 0,153$  ;  $p = 0,477$ ).

Ce constat pourrait indiquer que cette forme spécifique de LES ne joue pas un rôle déterminant dans le comportement de santé ou les caractéristiques sociodémographiques mesurées. La taille de l'échantillon peut être une limite pour détecter un effet statistiquement significatif.

### 2.2.3. Corrélation avec le niveau de littératie en santé de la compréhension de l'information

		Respect de la fréquence des rendez-vous conseillée	Âge	Parité	Niveau d'éducation	Statut socio-économique	Niveau de littératie en santé de la compréhension de l'information
Respect de la fréquence des rendez-vous conseillée	Pearson Correlation	1	,467*	-,095	,169	,401	-,200
	Sig. (2-tailed)		,021	,659	,430	,052	,348
	N	24	24	24	24	24	24
Âge	Pearson Correlation	,467*	1	-,113	,346	,224	-,072
	Sig. (2-tailed)	,021		,600	,098	,294	,739
	N	24	24	24	24	24	24
Parité	Pearson Correlation	-,095	-,113	1	,299	,148	,015
	Sig. (2-tailed)	,659	,600		,156	,491	,945
	N	24	24	24	24	24	24
Niveau d'éducation	Pearson Correlation	,169	,346	,299	1	,553**	-,040
	Sig. (2-tailed)	,430	,098	,156		,005	,854
	N	24	24	24	24	24	24
Statut socio-économique	Pearson Correlation	,401	,224	,148	,553**	1	-,125
	Sig. (2-tailed)	,052	,294	,491	,005		,561
	N	24	24	24	24	24	24
Niveau de littératie en santé de la compréhension de l'information	Pearson Correlation	-,200	-,072	,015	-,040	-,125	1
	Sig. (2-tailed)	,348	,739	,945	,854	,561	
	N	24	24	24	24	24	24

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tableau 12 : Analyse de corrélation bivariée du respect de la fréquence des rendez-vous avec le niveau de LES de la compréhension de l'information.

**Le niveau de LES lié à la compréhension de l'information ne montre aucune corrélation significative avec les autres variables étudiées :**

- Respect des rendez-vous :  $r = -0,200$  ;  $p = 0,348$
- Âge :  $r = -0,072$  ;  $p = 0,739$
- Parité :  $r = 0,015$  ;  $p = 0,945$
- Niveau d'éducation :  $r = -0,40$  ;  $p = 0,854$
- Statut socio-économique :  $r = -0,125$  ;  $p = 0,561$

Ces résultats indiquent que cette composante de la LES n'est pas significativement associée aux caractéristiques démographiques, éducatives ou comportementales mesurées dans cet échantillon

#### 2.2.4. Corrélation avec le niveau de la littératie en santé de l'évaluation de l'information

		Respect de la fréquence des rendez-vous conseillée	Âge	Parité	Niveau d'éducation	Statut socio-économique	Niveau de littératie en santé de l'évaluation de l'information
Respect de la fréquence des rendez-vous conseillée	Pearson Correlation	1	,467*	-,095	,169	,401	-,221
	Sig. (2-tailed)		,021	,659	,430	,052	,299
	N	24	24	24	24	24	24
Âge	Pearson Correlation	,467*	1	-,113	,346	,224	-,138
	Sig. (2-tailed)	,021		,600	,098	,294	,520
	N	24	24	24	24	24	24
Parité	Pearson Correlation	-,095	-,113	1	,299	,148	,217
	Sig. (2-tailed)	,659	,600		,156	,491	,309
	N	24	24	24	24	24	24
Niveau d'éducation	Pearson Correlation	,169	,346	,299	1	,553**	,206
	Sig. (2-tailed)	,430	,098	,156		,005	,335
	N	24	24	24	24	24	24
Statut socio-économique	Pearson Correlation	,401	,224	,148	,553**	1	,030
	Sig. (2-tailed)	,052	,294	,491	,005		,891
	N	24	24	24	24	24	24
Niveau de littératie en santé de l'évaluation de l'information	Pearson Correlation	-,221	-,138	,217	,206	,030	1
	Sig. (2-tailed)	,299	,520	,309	,335	,891	
	N	24	24	24	24	24	24

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

**Tableau 13** : Analyse de corrélation bivariée du respect de la fréquence des rendez-vous avec le niveau de LES de l'évaluation de l'information.

La LES axée sur l'évaluation de l'information n'est **pas significativement corrélée** avec les autres variables étudiées :

- Respect des rendez-vous :  $r = -0,221$  ;  $p = 0,299$
- Âge :  $r = -0,138$  ;  $p = 0,520$
- Parité :  $r = 0,217$  ;  $p = 0,309$
- Niveau d'éducation :  $r = 0,206$  ;  $p = 0,335$
- Statut socio-économique :  $r = 0,030$  ;  $p = 0,891$

### 2.2.5. Corrélation avec le niveau de la littératie en santé de l'application de l'information

		Respect de la fréquence des rendez-vous conseillée	Âge	Parité	Niveau d'éducation	Satut socio-économique	Niveau de littératie en santé de l'application de l'information
Respect de la fréquence des rendez-vous conseillée	Pearson Correlation	1	,467*	-,095	,169	,401	-,054
	Sig. (2-tailed)		,021	,659	,430	,052	,803
	N	24	24	24	24	24	24
Âge	Pearson Correlation	,467*	1	-,113	,346	,224	-,232
	Sig. (2-tailed)	,021		,600	,098	,294	,276
	N	24	24	24	24	24	24
Parité	Pearson Correlation	-,095	-,113	1	,299	,148	,059
	Sig. (2-tailed)	,659	,600		,156	,491	,783
	N	24	24	24	24	24	24
Niveau d'éducation	Pearson Correlation	,169	,346	,299	1	,553**	-,381
	Sig. (2-tailed)	,430	,098	,156		,005	,066
	N	24	24	24	24	24	24
Satut socio-économique	Pearson Correlation	,401	,224	,148	,553**	1	-,251
	Sig. (2-tailed)	,052	,294	,491	,005		,237
	N	24	24	24	24	24	24
Niveau de littératie en santé de l'application de l'information	Pearson Correlation	-,054	-,232	,059	-,381	-,251	1
	Sig. (2-tailed)	,803	,276	,783	,066	,237	
	N	24	24	24	24	24	24

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tableau 14 : Analyse de corrélation bivariée du respect de la fréquence des rendez-vous avec le niveau de LES de l'application de l'information.

La **capacité à appliquer l'information en santé** ne présente **aucune corrélation significative** avec les autres variables étudiées :

- Respect des rendez-vous :  $r = -0,054$  ;  $p = 0,803$
- Âge :  $r = -0,232$  ;  $p = 0,274$
- Parité :  $r = 0,059$  ;  $p = 0,783$
- Niveau d'éducation :  $r = -0,381$  ;  $p = 0,066$  (tendance négative modérée mais non significative)
- Statut socio-économique :  $r = -0,237$  ;  $p = 0,263$

Une **corrélacion négative modérée avec le niveau d'éducation** ( $r = -0,381$ ), bien que non significative ( $p = 0,066$ ) est observée. Cette tendance suggère que des individus avec un niveau d'éducation plus élevé pourraient présenter un score plus bas en littératie appliquée dans cet échantillon.

## Résumé de l'assiduité à la rééducation

- Dans cet échantillon, l'âge apparaît comme le principal facteur associé à une meilleure observance des rendez-vous médicaux. On observe une corrélation positive modérée ( $r = 0,467$ ), significative ( $p = 0,021$ ).
- Le statut socio-économique montre une corrélation positive modérée ( $r = 0,401$ ), cette relation présente une significativité relative ( $p = 0,052$ ).
- Le coefficient de corrélation de la parité en lien avec le niveau de LES de l'accès à l'information montre une tendance positive non significative.
- Une tendance négative non significative se dégage entre le niveau de LES de l'application de l'information et le niveau d'éducation.

### 2.3. Variable indépendante : la continuité de la rééducation à la maison

#### 2.3.1. Corrélation avec le niveau de littératie en santé général

		Continuité de la rééducation à la maison	Âge	Parité	Niveau d'éducation	Statut socio-économique	Niveau de littératie en santé général
Continuité de la rééducation à la maison	Pearson Correlation	1	,191	-,222	,041	,227	,043
	Sig. (2-tailed)		,371	,296	,849	,286	,843
	N	24	24	24	24	24	24
Âge	Pearson Correlation	,191	1	-,113	,346	,224	-,197
	Sig. (2-tailed)	,371		,600	,098	,294	,355
	N	24	24	24	24	24	24
Parité	Pearson Correlation	-,222	-,113	1	,299	,148	,194
	Sig. (2-tailed)	,296	,600		,156	,491	,363
	N	24	24	24	24	24	24
Niveau d'éducation	Pearson Correlation	,041	,346	,299	1	,553**	,000
	Sig. (2-tailed)	,849	,098	,156		,005	1,000
	N	24	24	24	24	24	24
Statut socio-économique	Pearson Correlation	,227	,224	,148	,553**	1	-,055
	Sig. (2-tailed)	,286	,294	,491	,005		,799
	N	24	24	24	24	24	24
Niveau de littératie en santé général	Pearson Correlation	,043	-,197	,194	,000	-,055	1
	Sig. (2-tailed)	,843	,355	,363	1,000	,799	
	N	24	24	24	24	24	24

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tableau 15 : Analyse de corrélation bivariée de la continuité de la rééducation avec le niveau de LES général.

**La continuité de la rééducation à la maison** ne présente aucune corrélation significative avec l'âge ( $r = 0,191$  ;  $p = 0,371$ ), la parité ( $r = -0,222$  ;  $p = 0,296$ ), le niveau d'éducation ( $r = 0,041$  ;  $p = 0,849$ ), le statut socio-économique ( $r = 0,227$  ;  $p = 0,286$ ) ou la LES ( $r = 0,043$  ;  $p = 0,843$ ).

Cela suggère que ni l'âge, ni la parité, ni le niveau d'éducation, ni le statut socio-économique, ni le niveau de LES général ne sont associés de manière linéaire avec le maintien de la rééducation à domicile. Ces résultats évoquent une relative indépendance entre les variables mesurées, hormis le lien attendu entre l'éducation et le statut socio-économique.

### 2.3.2. Corrélation avec le niveau de littératie en santé de l'accès à l'information

		Continuité de la rééducation à la maison	Âge	Parité	Niveau d'éducation	Statut socio-économique	Niveau de littératie en santé de l'accès à l'information
Continuité de la rééducation à la maison	Pearson Correlation	1	,191	-,222	,041	,227	,096
	Sig. (2-tailed)		,371	,296	,849	,286	,655
	N	24	24	24	24	24	24
Âge	Pearson Correlation	,191	1	-,113	,346	,224	-,231
	Sig. (2-tailed)	,371		,600	,098	,294	,277
	N	24	24	24	24	24	24
Parité	Pearson Correlation	-,222	-,113	1	,299	,148	,315
	Sig. (2-tailed)	,296	,600		,156	,491	,134
	N	24	24	24	24	24	24
Niveau d'éducation	Pearson Correlation	,041	,346	,299	1	,553**	,276
	Sig. (2-tailed)	,849	,098	,156		,005	,192
	N	24	24	24	24	24	24
Statut socio-économique	Pearson Correlation	,227	,224	,148	,553**	1	,153
	Sig. (2-tailed)	,286	,294	,491	,005		,477
	N	24	24	24	24	24	24
Niveau de littératie en santé de l'accès à l'information	Pearson Correlation	,096	-,231	,315	,276	,153	1
	Sig. (2-tailed)	,655	,277	,134	,192	,477	
	N	24	24	24	24	24	24

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tableau 16 : Analyse de corrélation bivariée de la continuité de la rééducation à la maison avec le niveau de LES de l'accès à l'information.

La continuité de la rééducation à domicile ne présente aucune corrélation significative avec l'âge ( $r = 0,191$  ;  $p = 0,371$ ), la parité ( $r = -0,222$  ;  $p = 0,296$ ), le niveau d'éducation ( $r = 0,041$  ;  $p = 0,849$ ), le statut socio-économique ( $r = 0,227$  ;  $p = 0,286$ ), ni la LES ( $r = 0,096$  ;  $p = 0,655$ ). Bien que certaines corrélations soient légèrement marquées (notamment avec la parité :  $r = -0,222$  ;  $p = 0,296$  et avec le statut socio-économique :  $r = 0,227$  ;  $p = 0,286$ ), elles restent faibles et non significatives.

La LES liée à l'accès à l'information fait état d'une corrélation positive avec la parité ( $r = 0,315$ ), mais ne montre pas de relation significative ( $p = 0,134$ ).

### 2.3.3. Corrélation avec le niveau de littératie en santé de la compréhension de l'information

		Continuité de la rééducation à la maison	Âge	Parité	Niveau d'éducation	Statut socio-économique	Niveau de littératie en santé de la compréhension de l'information
Continuité de la rééducation à la maison	Pearson Correlation	1	,191	-,222	,041	,227	,081
	Sig. (2-tailed)		,371	,296	,849	,286	,707
	N	24	24	24	24	24	24
Âge	Pearson Correlation	,191	1	-,113	,346	,224	-,072
	Sig. (2-tailed)	,371		,600	,098	,294	,739
	N	24	24	24	24	24	24
Parité	Pearson Correlation	-,222	-,113	1	,299	,148	,015
	Sig. (2-tailed)	,296	,600		,156	,491	,945
	N	24	24	24	24	24	24
Niveau d'éducation	Pearson Correlation	,041	,346	,299	1	,553**	-,040
	Sig. (2-tailed)	,849	,098	,156		,005	,854
	N	24	24	24	24	24	24
Statut socio-économique	Pearson Correlation	,227	,224	,148	,553**	1	-,125
	Sig. (2-tailed)	,286	,294	,491	,005		,561
	N	24	24	24	24	24	24
Niveau de littératie en santé de la compréhension de l'information	Pearson Correlation	,081	-,072	,015	-,040	-,125	1
	Sig. (2-tailed)	,707	,739	,945	,854	,561	
	N	24	24	24	24	24	24

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tableau 17 : Analyse de corrélation bivariée de la continuité de la rééducation avec le niveau de LES de la compréhension de l'information.

Aucune des variables étudiées n'est significativement corrélée à la **continuité de la rééducation à domicile**. Les corrélations observées sont toutes faibles et statistiquement non significatives, notamment avec :

- L'âge ( $r = 0,191$ ,  $p = 0,371$ ),
- La parité ( $r = -0,222$ ,  $p = 0,296$ ),
- Le niveau d'éducation ( $r = 0,041$ ,  $p = 0,849$ ),
- Le statut socio-économique ( $r = 0,227$ ,  $p = 0,286$ ),
- La LES liée à la compréhension de l'information ( $r = 0,081$ ,  $p = 0,707$ ).

La **LES axée sur la compréhension de l'information** ne présente **aucune corrélation significative** avec la continuité de la rééducation ( $r = 0,081$  ;  $p = 0,707$ ), l'âge ( $r = -0,072$  ;  $p = 0,739$ ), le niveau d'éducation ( $r = -0,040$  ;  $p = 0,854$ ), ni avec le statut socio-économique ( $r = -0,125$ ,  $p = 0,561$ ).

### 2.3.4. Corrélation avec le niveau de littératie en santé de l'évaluation de l'information

		Continuité de la rééducation à la maison	Âge	Parité	Niveau d'éducation	Statut socio-économique	Niveau de littératie en santé de l'évaluation de l'information
Continuité de la rééducation à la maison	Pearson Correlation	1	,191	-,222	,041	,227	,176
	Sig. (2-tailed)		,371	,296	,849	,286	,410
	N	24	24	24	24	24	24
Âge	Pearson Correlation	,191	1	-,113	,346	,224	-,138
	Sig. (2-tailed)	,371		,600	,098	,294	,520
	N	24	24	24	24	24	24
Parité	Pearson Correlation	-,222	-,113	1	,299	,148	,217
	Sig. (2-tailed)	,296	,600		,156	,491	,309
	N	24	24	24	24	24	24
Niveau d'éducation	Pearson Correlation	,041	,346	,299	1	,553**	,206
	Sig. (2-tailed)	,849	,098	,156		,005	,335
	N	24	24	24	24	24	24
Statut socio-économique	Pearson Correlation	,227	,224	,148	,553**	1	,030
	Sig. (2-tailed)	,286	,294	,491	,005		,891
	N	24	24	24	24	24	24
Niveau de littératie en santé de l'évaluation de l'information	Pearson Correlation	,176	-,138	,217	,206	,030	1
	Sig. (2-tailed)	,410	,520	,309	,335	,891	
	N	24	24	24	24	24	24

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tableau 18 : Analyse de corrélation bivariée de la continuité de la rééducation avec le niveau de LES de l'évaluation de l'information.

La variable **continuité de la rééducation à domicile** n'est significativement corrélée à aucune des autres variables étudiées. Les coefficients de corrélation observés avec l'âge ( $r = 0,191$  ;  $p = 0,371$ ), la parité ( $r = -0,222$  ;  $p = 0,296$ ), le niveau d'éducation ( $r = 0,041$  ;  $p = 0,849$ ), le statut socio-économique ( $r = 0,227$  ;  $p = 0,286$ ) et la LES de l'évaluation de l'information ( $r = 0,176$  ;  $p = 0,410$ ) sont tous faibles et non significatifs.

La capacité à évaluer **l'information en santé** ne montre **aucune corrélation significative** avec l'âge ( $r = -0,138$  ;  $p = 0,520$ ), la parité ( $r = 0,217$  ;  $p = 0,309$ ), le niveau d'éducation ( $r = 0,206$  ;  $p = 0,335$ ), ni avec le statut socio-économique ( $r = 0,030$  ;  $p = 0,891$ ).

### 2.3.5. Corrélation avec le niveau de littératie en santé de l'application de l'information

		Continuité de la rééducation à la maison	Âge	Parité	Niveau d'éducation	Statut socio-économique	Niveau de littératie en santé de l'application de l'information
Continuité de la rééducation à la maison	Pearson Correlation	1	,191	-,222	,041	,227	-,195
	Sig. (2-tailed)		,371	,296	,849	,286	,361
	N	24	24	24	24	24	24
Âge	Pearson Correlation	,191	1	-,113	,346	,224	-,232
	Sig. (2-tailed)	,371		,600	,098	,294	,276
	N	24	24	24	24	24	24
Parité	Pearson Correlation	-,222	-,113	1	,299	,148	,059
	Sig. (2-tailed)	,296	,600		,156	,491	,783
	N	24	24	24	24	24	24
Niveau d'éducation	Pearson Correlation	,041	,346	,299	1	,553**	-,381
	Sig. (2-tailed)	,849	,098	,156		,005	,066
	N	24	24	24	24	24	24
Statut socio-économique	Pearson Correlation	,227	,224	,148	,553**	1	-,251
	Sig. (2-tailed)	,286	,294	,491	,005		,237
	N	24	24	24	24	24	24
Niveau de littératie en santé de l'application de l'information	Pearson Correlation	-,195	-,232	,059	-,381	-,251	1
	Sig. (2-tailed)	,361	,276	,783	,066	,237	
	N	24	24	24	24	24	24

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tableau 19 : Analyse de corrélation bivariée de la continuité de la rééducation avec le niveau de LES de l'application de l'information

La variable **continuité de la rééducation à domicile** ne présente **aucune corrélation significative** avec l'une ou l'autre des variables étudiées. Les coefficients de corrélation obtenus avec l'âge ( $r = 0,191$  ;  $p = 0,371$ ), la parité ( $r = -0,222$  ;  $p = 0,296$ ), le niveau d'éducation ( $r = 0,041$  ;  $p = 0,849$ ), le statut socio-économique ( $r = 0,227$  ;  $p = 0,286$ ) et la LES de l'application de l'information ( $r = -0,195$  ;  $p = 0,361$ ) sont tous faibles et les valeurs de  $p$  associées largement supérieures au seuil de signification.

La LES **orientée vers l'application de l'information** n'est **significativement corrélée à aucune des autres variables**. Toutefois, une tendance peut être observée avec le niveau d'éducation. On constate une association négative modérée ( $r = -0,381$ ) bien qu'elle soit non significative ( $p = 0,066$ ).

## Résumé de la continuité de la rééducation kinésithérapique

- La continuité de la rééducation à domicile n'est significativement associée à aucune des variables étudiées, qu'il s'agisse de l'âge, du niveau d'éducation, du statut socio-économique, de la perception de l'état de santé, de la parité ou des différents niveaux de LES (générale, accès, compréhension, évaluation, application).
- Le coefficient de corrélation de la parité en lien avec le niveau de LES de l'accès à l'information montre une tendance positive non significative.
- Néanmoins, une tendance négative non significative a été observée entre la LES de l'application de l'information et le niveau d'éducation ( $r = -0,381$ ,  $p = 0,066$ ).

Enfin, il est important de rappeler que l'absence de corrélation significative ne permet pas de conclure à l'absence totale de relation, mais peut aussi résulter de la **taille limitée de l'échantillon (N = 24)**, qui réduit la puissance statistique des tests et la généralisation possible des conclusions.

### 3. Analyse statistique de régression logistique multinomiale

L'étude repose sur une série d'analyses de régressions logistiques multinomiales visant à évaluer l'influence de plusieurs variables (niveau d'éducation, statut socio-économique, différents aspects de la LES) sur trois issues principales : la rééducation complète, le respect de la fréquence des rendez-vous kinésithérapiques, et la continuité de la rééducation à domicile.

#### 3.1. Variable dépendante : la complétion de la rééducation kinésithérapique

Dans le cadre de cette étude, plusieurs analyses de régression logistique ont été réalisées afin d'examiner l'influence du niveau d'éducation, du statut socio-économique et de différentes dimensions de la LES (générale, accès, compréhension, évaluation et application de l'information) sur la probabilité d'obtenir une rééducation complète. L'objectif était de déterminer si ces variables constituaient des facteurs prédictifs significatifs.

L'ensemble des analyses n'a révélé aucune relation statistiquement significative entre les variables explicatives et l'issue étudiée. Que ce soit pour le modèle global ou pour les variables prises individuellement, les tests du Chi<sup>2</sup> ainsi que les tests de rapport de vraisemblance ont systématiquement abouti à des valeurs de p supérieures à 0,05, indiquant l'absence d'effet notable.

De plus, bien que certaines valeurs de pseudo R<sup>2</sup> (notamment Nagelkerke) aient atteint des niveaux modérément élevés, elles n'ont pas été suffisantes pour compenser la non-significativité générale des modèles.

Plusieurs problèmes méthodologiques majeurs ont été identifiés :

- Taille d'échantillon insuffisante (n = 24), limitant fortement la puissance statistique de l'analyse.
- Déséquilibre important de la variable dépendante, avec plus de 90 % des cas relevant de la catégorie "rééducation complète".
- Sous-populations trop petites : dans la majorité des combinaisons de modalités des prédicteurs, une seule valeur était observée.
- Instabilité numérique marquée par des erreurs standards très élevées, des intervalles de confiance aberrants, et des valeurs extrêmes des odds ratios ("floating point overflow").

Ces éléments suggèrent que les conditions nécessaires pour mener une régression logistique fiable n'étaient pas réunies. Le modèle de prédiction s'est avéré instable, peu explicatif, et incapable d'identifier des facteurs associés de manière robuste à la réussite de la rééducation.

En conclusion, les résultats obtenus ne permettent pas, en l'état actuel des données, de déterminer des facteurs prédictifs fiables de la rééducation complète. Une révision méthodologique approfondie est nécessaire pour obtenir des résultats exploitables et significatifs.

### 3.2. Variable dépendante : l'assiduité à la rééducation kinésithérapique

Les analyses de régression logistique menées dans le cadre de cette étude avaient pour objectif d'évaluer l'influence du niveau d'éducation, du statut socio-économique et de différents aspects de la LES sur le respect de la fréquence des rendez-vous kinésithérapiques. L'ensemble des modèles testés repose sur un échantillon de 24 participants, parmi lesquels une majorité (87,5 %) respecte les rendez-vous recommandés.

Les résultats obtenus montrent de manière convergente que les modèles testés ne parviennent pas à établir de relation statistiquement significative entre les variables explicatives et l'assiduité aux rendez-vous médicaux.

Les tests globaux (test du  $\chi^2$ ) associés aux modèles présentent systématiquement des valeurs de  $p$  supérieures au seuil de 0,05, ce qui indique une absence d'amélioration significative par rapport à un modèle réduit n'incluant que l'interception. Par ailleurs, bien que certains indicateurs de qualité d'ajustement (pseudo  $R^2$  de Nagelkerke ou de McFadden) suggèrent un pouvoir explicatif modéré, leur interprétation demeure incertaine en raison des limites méthodologiques rencontrées.

Le statut socio-économique émerge néanmoins comme un facteur potentiellement influent, avec une valeur  $p$  s'approchant du seuil de significativité dans plusieurs modèles, et atteignant ce seuil dans une seule des analyses ( $p = 0,046$ ). Toutefois, la faiblesse de la taille de l'échantillon, combinée à une forte hétérogénéité des données (déséquilibres dans les sous-groupes, coefficients extrêmes, erreurs standards élevées), compromet sérieusement la stabilité et la validité des estimations produites.

En définitive, les données disponibles ne permettent pas de conclure de manière fiable à l'effet des variables sociodémographiques et de la LES sur l'assiduité au traitement médical. Les difficultés statistiques rencontrées, notamment liées à la taille restreinte et à la structure déséquilibrée de l'échantillon, appellent à la prudence dans l'interprétation des résultats. Ces éléments suggèrent l'intérêt de reproduire ces analyses sur un échantillon plus large, afin de renforcer la robustesse des conclusions et d'explorer plus finement les effets potentiels du statut socio-économique.

### 3.3. Variable dépendante : la continuité de la rééducation kinésithérapique

Cette série d'analyses visait à évaluer si certaines variables sociodémographiques (niveau d'éducation, statut socio-économique) et cognitives (différentes dimensions de la LES) permettent de prédire la continuité de la rééducation à domicile dans l'échantillon des 24 participantes.

Dans l'ensemble des modèles testés, aucune association statistiquement significative n'a pu être établie entre les variables explicatives et la variable dépendante (continuité de la rééducation).

Les tests globaux d'ajustement des modèles (tests du  $\chi^2$ ) présentent systématiquement des valeurs de  $p$  supérieures au seuil de 0,05, indiquant que l'introduction des variables prédictives n'améliore pas significativement la prédiction du comportement étudié par rapport à un modèle contenant uniquement l'intercept.

Malgré des indices de pseudo  $R^2$  parfois élevés (jusqu'à 0,532 pour Nagelkerke), ces derniers doivent être interprétés avec prudence compte tenu de la non-significativité globale des modèles et des problèmes méthodologiques récurrents.

En effet, toutes les analyses ont été confrontées à des limitations majeures de nature statistique, notamment :

- Une taille d'échantillon insuffisante ( $n = 24$ ),
- Un déséquilibre marqué dans la distribution des modalités de certaines variables, avec de nombreuses sous-populations ne présentant qu'une seule valeur de la variable dépendante,
- Des problèmes de convergence traduits par des erreurs standards très élevées et des odds ratios extrêmes ou aberrants (parfois supérieurs à  $10^8$ ),
- L'instabilité des coefficients et l'absence de significativité individuelle des paramètres ( $p > 0,5$  dans la majorité des cas).

Le statut socio-économique est la seule variable ayant montré à plusieurs reprises une tendance vers la significativité ( $p$  proche de 0,05), notamment dans l'analyse incluant la LES liée à la compréhension de l'information ( $p = 0,043$ ) et celle portant sur l'application de l'information ( $p = 0,051$ ). Toutefois, ces signaux demeurent insuffisants pour en tirer des conclusions robustes, en raison de la fragilité statistique globale des modèles.

En conclusion, aucun des modèles évalués ne permet de prédire de manière fiable la continuité de la rééducation à domicile en fonction des variables étudiées.

Ces résultats suggèrent que toute interprétation causale ou prédictive doit être évitée en l'état actuel des données. Pour des analyses plus concluantes, il serait nécessaire de disposer d'un échantillon plus important, de regrouper certaines modalités faiblement représentées, et d'envisager des méthodes statistiques plus adaptées aux faibles effectifs.

### Résumé de l'analyse de régression logistique multinomiale

- Aucun modèle global n'est ressorti comme significativement meilleur que le modèle nul (intercept seul).
- Les pseudo  $R^2$  (Nagelkerke, Cox & Snell, McFadden) étaient souvent modérés à élevés, suggérant une certaine capacité explicative apparente. Toutefois, en l'absence de significativité globale, ces valeurs doivent être interprétées avec prudence.
- Individuellement, aucun prédicteur n'a montré une contribution statistiquement significative de manière systématique.
- Seules quelques analyses ont indiqué un effet potentiel du statut socio-économique, mais sans atteindre un seuil de signification robuste.
- Les modèles étaient fortement affectés par des problèmes méthodologiques : Échantillon réduit (24 cas), limitant la puissance statistique ; Déséquilibres extrêmes dans la variable dépendante (ex : 91,7 % de rééducation complète) ; Sous-populations avec une seule modalité observée, rendant l'estimation des effets peu fiable ; Surajustement et instabilités numériques : erreurs standards très élevées, floating point overflows, intervalles de confiance aberrants.
- Aucune des variables indépendantes étudiées — niveau d'éducation, statut socio-économique ou LES (sous ses différentes dimensions) — n'a montré une capacité prédictive robuste et fiable pour expliquer les issues observées.

Compte tenu de la faible taille de l'échantillon, des problèmes de convergence rencontrés et du fort déséquilibre des données, ces résultats doivent être interprétés avec la plus grande prudence.

## Chapitre 4 : La discussion

---

L'objectif principal de ce mémoire était d'analyser l'impact du niveau de LES sur la prise en charge kinésithérapique, ainsi que ses effets chez des patientes suivant une rééducation périnéale post-partum. Plus précisément, il s'agissait d'examiner l'association entre la LES et trois dimensions de l'adhésion thérapeutique : le respect du programme de rééducation (complétion), la régularité des rendez-vous (assiduité) et la poursuite des exercices à domicile (continuité).

Bien que l'étude se soit concentrée initialement sur le niveau de LES général, j'ai également choisi d'explorer les différentes compétences spécifiques qui la composent : l'accès à l'information, sa compréhension, son évaluation critique et sa mise en application. Ce choix s'appuie sur l'hypothèse que les déficits en LES peuvent varier selon les dimensions considérées, influençant différemment les comportements de santé et l'adhésion au traitement.

Cette approche est appuyée par les résultats de l'Évaluation des compétences des adultes (PIAAC, 2024) menée par l'OCDE, qui met en évidence une variabilité significative des compétences en santé selon les systèmes de santé des pays. Dans les contextes où l'accès aux soins n'est pas universel, la réduction des inégalités de santé liées au niveau d'instruction et aux compétences cognitives repose sur le développement d'un socle minimal de LES. Il est essentiel que chaque individu puisse comprendre les informations relatives à sa santé afin de prendre des décisions éclairées et adaptées.

Pour rappel, la formulation de la question de recherche était la suivante :

« Quel est l'impact du niveau de littératie en santé sur la prise en charge kinésithérapique et ses effets chez les patientes bénéficiant d'une rééducation périnéale post-partum ? »

Ce chapitre présente tout d'abord le matériau empirique en lien avec la littérature, puis je fais état des points forts et des limites de l'étude, et enfin j'ouvre la réflexion sur des perspectives de recherche.

## 1. Interprétation des résultats

L'échantillon étudié présente un profil favorable sur le plan socio-économique et éducatif. Les scores moyens obtenus aux différentes dimensions de la LES indiquent un niveau de compétences satisfaisant. Cependant, une faiblesse notable est apparue en ce qui concerne la capacité à évaluer l'information en santé. Dans un contexte où les individus sont constamment exposés à un volume important d'informations, il devient particulièrement difficile de distinguer les sources fiables de celles qui ne le sont pas. Cette difficulté à évaluer la pertinence et la qualité des informations disponibles révèle une gestion inadéquate de l'information en santé, pouvant mener à des décisions inappropriées, voire préjudiciables à la santé. Bien que la santé soit influencée par de multiples facteurs contextuels, le rôle du système de soins reste central dans la diffusion d'informations pertinentes et compréhensibles. Or, ce système, souvent perçu comme complexe et peu accessible, peut représenter un obstacle à une compréhension optimale, même pour des personnes disposant d'un bon niveau d'instruction. Henrard G. (2023) soutient cette réflexion. Il insiste sur l'importance de la communication entre les professionnels de soins et les patients, en faisant fi de la relation hiérarchique qui est souvent présente. Par ailleurs, Koh et al (2013) considèrent qu'un niveau de LES suffisant offre la possibilité aux patients de mieux comprendre les options qui s'offrent à eux, et ainsi faire des choix éclairés afin d'améliorer le bien-être, la prévention et les soins chroniques.

L'étude a permis d'observer une corrélation positive et significative entre le niveau d'éducation et le statut socio-économique ( $r = 0,553$  ;  $p = 0,005$ ), confirmant une association entre un niveau d'éducation élevé et de meilleures conditions socio-économiques. Ces résultats sont en accord avec la littérature. Selon l'OCDE, en Belgique, les adultes dont les parents sont titulaires d'un diplôme de l'enseignement supérieur sont neuf fois plus susceptibles d'obtenir un diplôme de l'enseignement supérieur que ceux dont les parents sont peu instruits (OCDE, 2018a).

L'association significative entre les trois modalités d'adhésion et les niveaux de LES des différentes composantes n'a pas pu être établie dans le cadre de mon étude. Néanmoins, certaines tendances se dessinent. Une corrélation positive non significative apparaît entre la parité et le niveau de LES lié à l'accès à l'information. Ce résultat suggère que le fait d'avoir un premier enfant pourrait faciliter l'accès à l'information en santé. À l'inverse, une tendance négative non significative est observée entre le niveau d'éducation et la capacité à appliquer

l'information en santé, ce qui pourrait indiquer que les femmes ayant un niveau d'éducation plus élevé sont moins enclines à mettre en pratique les informations reçues.

Il demeure toutefois difficile de mettre ces résultats en perspective avec la littérature existante, en raison du manque d'études portant spécifiquement sur les différentes dimensions de la LES. Aucun lien significatif entre le niveau d'éducation et la LES n'a pu être démontré dans mon étude, ce qui contraste avec les données de la littérature. En effet, selon une récente étude de l'OCDE (2024), les adultes issus de familles où les parents sont très instruits présentent des niveaux de LES plus élevés que ceux dont les parents ont un niveau d'instruction inférieur.

La suite de l'analyse va permettre de confirmer ou de réfuter les hypothèses émises.

### 1.1. Littératie en santé et complétion du traitement

La non-confirmation de l'hypothèse selon laquelle un meilleur niveau de LES favorise la complétion du parcours de rééducation peut s'expliquer par plusieurs facteurs.

Premièrement, l'échantillon était homogène en termes de niveau d'éducation et de statut socio-économique. Le manque de variabilité nuit aux prédictions statistiques. Les résultats de la présente étude ne sont pas en accord avec la littérature. En effet, de nombreuses études montrent que la LES est positivement corrélée au niveau d'études et aux ressources économiques (Lastrucci et al., 2019 ; Berete et al., 2024 ; OCDE, 2024). L'homogénéité de l'échantillon limite les possibilités de mettre en évidence des différences.

Deuxièmement, le recours à une participation volontaire dans le cadre de cette étude peut introduire un biais de sélection, en particulier dans le domaine de la recherche en santé. Ce type de recrutement tend en effet à attirer des individus déjà sensibilisés aux questions de santé, plus enclins à s'engager dans des démarches préventives ou éducatives, indépendamment de leur niveau réel de LES. Comme le soulignent Stormacq et al. (2019), ce biais peut conduire à une surestimation du niveau de LES ou à une homogénéité excessive du profil des participantes, limitant ainsi la représentativité de l'échantillon et la généralisation des résultats.

Enfin, la taille réduite de l'échantillon ( $n = 24$ ) constitue une limite méthodologique importante, notamment en ce qui concerne les analyses multivariées. Une faible taille d'échantillon diminue la puissance statistique, augmentant le risque de ne pas détecter des associations pourtant

présentes (erreur de type II). Selon les recommandations méthodologiques de El Sanharawi et Naudet (2013), les modèles de régression logistique nécessitent généralement au moins 10 à 15 événements par variable incluse pour garantir la stabilité et la fiabilité des estimations. En deçà de ce seuil, les résultats peuvent devenir instables et difficilement interprétables.

## 1.2. Littérature en santé et assiduité aux rendez-vous

La seconde hypothèse était : les patientes ayant un niveau de LES plus élevé sont davantage assidues au suivi kinésithérapique recommandé. Elle n'est pas vérifiée au terme de l'étude.

Le seul facteur associé de manière significative à l'assiduité aux séances de kinésithérapie est l'âge des patientes, les femmes plus âgées étant plus régulières dans leur suivi. Bien que Findley souligne que les adultes jeunes rencontrent davantage de barrières organisationnelles et sociales qui interfèrent avec l'accès aux soins (Findley, 2015). Ce résultat est difficilement transposable à l'étude par la relative amplitude d'âge de l'échantillon, et par le choix du public cible. Un questionnaire abordant le contexte organisationnel post-partum aurait permis d'éclairer cette analyse. En effet, les conditions de vie de chacune des participantes peuvent impacter leur degré d'adhésion. Henrard et al. (2018) souligne que le niveau de LES dépend de la complexité de la situation de soins à laquelle les patients sont confrontés. Brocard et al. (2024) décrivent des conditions nécessaires à la réalisation des soins post-partum, selon les jeunes mamans. Les freins évoqués par les femmes sont d'une part l'accessibilité et la disponibilité des professionnels, et d'autre part des contraintes logistiques tant professionnelles que familiales (Sendas et Freitas, 2024).

Bien qu'aucune corrélation statistiquement significative n'ait été observée, une tendance positive entre la LES liée à l'accès à l'information et l'assiduité aux séances laisse envisager qu'une meilleure capacité à rechercher des informations de santé pourrait, à terme, favoriser une meilleure observance thérapeutique. Cette hypothèse est en accord avec les travaux de Nutbeam et Lloyd (2021), qui soulignent le rôle central de la LES fonctionnelle dans l'engagement des patients dans leur parcours de soins.

### 1.3. Littératie en santé et continuité de la rééducation

La troisième hypothèse formulée au début de l'étude, qui mettait en lien qu'un bon niveau de LES assurait la continuité de la rééducation à la maison une fois le traitement achevé, est invalidée à l'issue de l'analyse des données collectées.

La continuité des exercices à domicile n'est associée à aucune des variables testées, ce qui met en lumière la complexité des comportements de santé post-partum. Le choix d'une échelle dichotomique n'était pas judicieux. En effet, une échelle graduelle sur plusieurs niveaux selon le temps que chaque participante consacrait à sa rééducation à la maison aurait été plus juste. Elle aurait permis plus de granularité dans la récolte de données, et dès lors une analyse statistique plus robuste.

En résumé, aucune des hypothèses initiales n'a pu être validée de manière significative. Les résultats de l'étude montrent qu'aucune relation statistiquement significative n'a été établie entre le niveau de LES et la complétion du programme de rééducation, l'assiduité aux séances ou la poursuite des exercices à domicile. Parmi les variables examinées, seul l'âge des participantes semble avoir une influence positive sur la régularité des rendez-vous. Par ailleurs, les analyses multivariées, réalisées à l'aide de régressions logistiques multinomiales, n'ont pas permis d'identifier de facteurs prédictifs robustes. Seules certaines tendances ont pu être mises en évidence.

En dépit de l'absence de résultats significatifs, l'étude présente plusieurs points forts qui méritent d'être soulignés.

## 2. Forces et limites de l'étude

### 2.1. Forces

Tout d'abord, ce travail constitue la première étude en Belgique à croiser le niveau de LES et la rééducation périnéale post-partum, explorant ainsi une thématique encore peu étudiée dans la littérature scientifique. (Nawabi et al., 2021 ; Barnes et al., 2024). La récente étude de la MC démontre que l'intérêt est croissant pour cette étape de vie (Vancorenland et al., 2025). Toutefois, au vu de la proportion de besoins non rencontrés lors de la période postnatale, il semble important d'axer les futures études dans ce sens.

Ensuite, l'utilisation d'un outil standardisé et validé, tel que le HLS-EU-Q12, contribue à renforcer la fiabilité et la comparabilité des données recueillies. Plusieurs études, notamment celles de Duong et al. (2017) et Finbråten et al. (2018), ont confirmé sa validité interne, sa cohérence interne (alpha de Cronbach généralement supérieur à 0,80) et sa pertinence transculturelle. L'alpha de Cronbach de l'étude est de 0,849 ; il indique une bonne cohérence interne. En utilisant un tel instrument, reconnu à l'échelle européenne, l'étude s'inscrit dans une démarche méthodologique rigoureuse, et confère une crédibilité renforcée aux résultats obtenus (Duong et al., 2017 ; Finbråten et al., 2018).

De plus, l'approche multicentrique adoptée, intégrant des structures privées et hospitalières, avait pour objectif de décrire une meilleure diversité contextuelle et de contribuer à accroître la représentativité théorique de l'étude. L'avantage du caractère multicentrique est qu'il permet d'améliorer la validité externe de l'étude, autrement dit le degré d'applicabilité des résultats obtenus. Plus le nombre de centres est important, plus cela signifie que l'échantillon de population étudié correspond à un large spectre de patients, et est ainsi plus représentatif.

### 2.2. Limites

Néanmoins, plusieurs limites doivent être soulignées. Les données récoltées sont peu exploitables telles quelles pour plusieurs raisons.

Premièrement, la taille restreinte de l'échantillon limite la puissance statistique de l'analyse et réduit la capacité de généralisation des résultats (El Sanharawi & Naudet, 2013). La perte de deux kinésithérapeutes, acteurs dans la récolte de données, a fait baisser considérablement le nombre de sujets de l'échantillon attendu.

Deuxièmement, l'homogénéité sociologique des participantes, caractérisée majoritairement par un niveau d'éducation et un statut socio-économique élevés, a pu restreindre la mise en évidence de gradients sociaux dans la LES (Stormacq et al., 2019). Ceci peut s'expliquer par la situation géographique des cabinets de kinésithérapie dans lesquels l'étude a été menée. Ils étaient localisés à Bruxelles et en Wallonie à proximité du brabant wallon. Il aurait été intéressant de diversifier la collaboration afin de couvrir un territoire plus représentatif de la population des jeunes femmes bénéficiant de rééducation postnatale.

Troisièmement, le type binaire des variables dépendantes est un point faible de l'étude. Ce choix n'a pas permis une variabilité de résultats suffisante qui était nécessaire à l'analyse statistique. Des variables métriques auraient donné l'occasion d'employer des méthodes statistiques plus appropriées à l'analyse ultérieure. En effet, une amplitude plus importante des échelles de mesures utilisées aurait apporté plus de granularité dans les données récoltées.

Quatrièmement, le recueil des données – qui a traduit un niveau modéré à suffisant de LES général – présente des biais de sélections qui peuvent être de deux ordres. Premièrement, de la part du thérapeute qui peut être influencé par des patientes qui ont plus de chance d'adhésion au traitement. Deuxièmement, les femmes qui se présentent en rééducation périnéale post-partum ne sont pas représentatives de la population de femmes puerpérales. En 2014, l'Agence Inter Mutualiste constate que 50% des femmes n'ont pas eu de contact postnatal dans le cadre de leur maternité. En 2023, les données chiffrées de la MC au sujet du recours aux soins montre une près de 30% des femmes ayant accouché ne bénéficient pas de kinésithérapie post-partum. Cette proportion s'élève à 55% pour les femmes bénéficiant de l'intervention majorée (Vancorenland et al., 2025)

Enfin, le recours à des données auto-déclarées expose l'étude à des biais potentiels, notamment ceux liés à l'auto-perception et à la désirabilité sociale, pouvant affecter l'exactitude de certaines réponses. Nous pouvons supposer également que les femmes ayant fait la démarche d'une rééducation périnéale soient plus disposées à remplir le questionnaire.

Bien que les limites de l'étude soient nombreuses, de nombreuses informations ont pu émerger de cette recherche. Ces dernières ont permis de proposer un cadre méthodologique plus accompli pour des études futures.

### 3. Perspectives de recherches futures

Au terme de cette étude, le niveau de LES ne semble pas avoir une influence sur l'adhésion des patientes puerpérales à leur rééducation kinésithérapique postnatale.

Nous pouvons toutefois proposer des perspectives de recherche.

D'une part, en restant dans le cadre de l'étude, nous pouvons envisager des pistes afin d'améliorer la compréhension des interactions entre LES et adhésion thérapeutique post-partum. Nous pourrions augmenter la taille de l'échantillon et ambitionner une plus grande hétérogénéité démographique et socio-économique (Lastrucci et al., 2019). L'utilisation de variables métriques pour les variables dépendantes permettrait d'augmenter la variabilité des données, et dès lors garantirait une analyse statistique plus robuste. L'élaboration de questionnaire mesurant la continuité de la rééducation à domicile peut être un exemple. La combinaison de méthodes quantitatives et qualitatives, notamment par des entretiens, contribuerait à explorer les freins et leviers réels à l'adhésion.

D'autre part, dans une vision plus holistique, une recherche de ce design pourrait s'étendre au parcours post-partum. Elle permettrait de cibler les lacunes majeures de la trajectoire de soins postnatals et de proposer des dispositifs ad hoc afin de pallier les déficits.

De plus, étant donné le nombre d'évictions de soins post-partum (MC, 2025), et particulièrement chez les bénéficiaires de l'intervention majorée, une étude à des fins stratégiques ayant pour objectif d'apprécier les besoins non rencontrés, pourrait être également une piste de réflexion plus pragmatique.

Enfin, au regard des résultats de la recherche, qui n'ont pas mis en évidence de lien entre le niveau de LES et l'adhésion à la rééducation périnéale en post-partum, il semble pertinent d'envisager d'autres leviers pour sensibiliser les femmes à cette prise en charge spécifique, encore largement méconnue. Une piste de réflexion consisterait à développer des interventions éducatives ciblées, intégrant la promotion de la LES dans toutes ses dimensions. Il serait alors

essentiel de concevoir un programme valorisant les quatre compétences clés de la LES, afin de renforcer l'engagement et l'autonomie des patientes.

## Conclusion

---

Ce travail s'est inscrit dans une volonté d'explorer un champ encore peu étudié en Belgique : le lien entre le niveau de LES et l'adhésion à la rééducation périnéale post-partum. Malgré la reconnaissance croissante de la LES comme déterminant essentiel de l'accès et de la qualité des soins, nos résultats ne permettent pas d'établir de lien statistiquement significatif entre ce facteur et les différentes dimensions de l'adhésion thérapeutique : complétion du traitement, assiduité aux rendez-vous, et continuité des exercices à domicile.

Plusieurs éléments méthodologiques peuvent expliquer l'absence de résultats concluants : la taille restreinte et relativement homogène de l'échantillon, le recours à des variables dichotomiques limitant la finesse des analyses, ainsi que des biais potentiels de sélection et de désirabilité sociale. Toutefois, au-delà de ces limites, cette recherche apporte une première contribution empirique à la compréhension des déterminants de l'adhésion à la rééducation postnatale, et suggère des pistes d'investigation prometteuses pour des études futures.

Les tendances observées, notamment une association positive entre l'âge et l'assiduité thérapeutique, ou encore les scores plus faibles en évaluation critique de l'information, soulignent l'importance de considérer la LES non comme un facteur unidimensionnel, mais comme un ensemble de compétences différenciées, qui pourraient influencer de manière variable les comportements de santé.

Enfin, cette étude appelle à une réflexion plus large sur la structuration du parcours de soins post-partum en Belgique. La méconnaissance de l'offre de soins kinésithérapiques, encore trop fréquente, doit inciter les acteurs de santé à renforcer leurs efforts en matière d'éducation pour la santé et d'accompagnement des femmes en période puerpérale. La promotion de la LES, en intégrant l'ensemble de ses dimensions, pourrait représenter un levier pertinent pour améliorer l'autonomie des patientes et la qualité globale de la prise en charge postnatale.

# BIBLIOGRAPHIE

---

## Articles de recherche

Balcou-Debussche, Maryvette. *De l'éducation thérapeutique du patient à la littératie en santé: Problématisation socio-anthropologique d'objets didactiques contextualisés*. Editions des archives contemporaines, 2016. <https://doi.org/10.17184/eac.9782813002525>.

Baron-Epel, Orna, Thomas Link, Robert Griebler, Henrik Bøggild, Eva-Maria Berens, Éva Bíró, Deirdre Coy, et al. « Pathways of How Health Literacy and Social Support Are Associated with Health Outcomes in 17 European Countries: Results of Mediation Analyses ». *Public Health* 241 (avril 2025): 12-18. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2025.01.032>.

Berete, Finaba, Lydia Gisle, Stefaan Demarest, Rana Charafeddine, Olivier Bruyère, Stephan Van Den Broucke, et Johan Van Der Heyden. « Does Health Literacy Mediate the Relationship between Socioeconomic Status and Health Related Outcomes in the Belgian Adult Population? » *BMC Public Health* 24, n° 1 (27 avril 2024): 1182. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18676-7>.

Berkman, Nancy D., Terry C. Davis, et Lauren McCormack. « Health Literacy: What Is It? » *Journal of Health Communication* 15, n° sup2 (31 août 2010): 9-19. <https://doi.org/10.1080/10810730.2010.499985>.

Bonnefont, S., C. Daussy, C. Foulhy, S. Martinez, et F. Vendittelli. « Directive qualité 2018 sur le contenu du dossier postnatal en maternité pour la mère et les enfants ». *Périnatalité* 11, n° 1 (avril 2019): 42-47. <https://doi.org/10.3166/rmp-2019-0043>.

Brocard, Charline, Alexandre Kubicki, et Kadija Perreault. « Rééducation périnéale en post-partum : les attentes des femmes et leurs orientations dans leur parcours de soin ». *Kinésithérapie, la Revue* 24, n° 272-273 (septembre 2024): 26-32. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2024.03.005>.

Brown, June, Ana Luderowski, Josephine Namusisi-Riley, Imogen Moore-Shelley, Matthew Bolton, et Derek Bolton. « Can a Community-Led Intervention Offering Social Support and Health Education Improve Maternal Health? A Repeated Measures Evaluation of the PACT Project Run in a Socially Deprived London Borough ». *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17, n° 8 (18 avril 2020): 2795. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082795>.

Charrié, M., et S. Billecocq. « Troubles pelvipérinéaux de la période périnatale : état des connaissances des femmes, une revue systématique ». *Progrès en Urologie* 31, n° 4 (mars 2021): 204-14. <https://doi.org/10.1016/j.purol.2020.10.009>.

Dai, Chanyuan, Jin Yan, Linyong Xu, et Xiao Qi. « [Item selection for perinatal maternal health literacy scale] ». *Zhong Nan Da Xue Xue Bao. Yi Xue Ban = Journal of Central South University. Medical Sciences* 40, n° 5 (mai 2015): 558-63. <https://doi.org/10.11817/j.issn.1672-7347.2015.05.017>.

De Carvalho Teixeira, Karen, Manoela Motta Pontes, Maria Luiza Lopes De Nogueira Alberto, Thayane Dos Anjos Rodrigues, et Luciano Matos Chicayban. « The importance of physiotherapy in the puerperium ». In *Proceedings of the 7th International Congress on Scientific Knowledge*, 32-33. Biológicas & Saúde, 2021. <https://doi.org/10.25242/8868113820212397>.

Dolcerocca, Marie-Amélie, et Claude Devichi. « La littératie en santé et l'empowerment de personnes diabétiques dans leur parcours de vie ». *Revue Education, Santé, Sociétés*, n° Volume 8, Numéro 1 (1 décembre 2021): 3-22. <https://doi.org/10.17184/eac.5345>.

Duong TV, Chang PW, Yang S-H, Chen M-C, Chao W-T, Chen T, et al. A New Comprehensive Short-form Health Literacy Survey Tool for Patients in General. *Asian Nursing Research*. 2017;11(1):30-5

El Sanharawi, M., et F. Naudet. « Comprendre la régression logistique ». *Journal Français d'Ophthalmologie* 36, n° 8 (octobre 2013): 710-15. <https://doi.org/10.1016/j.jfo.2013.05.008>.

Finbråten HS, Wilde-Larsson B, Nordström G, Pettersen KS, Trollvik A, Guttersrud Ø. Establishing the HLS-Q12 short version of the European Health Literacy Survey Questionnaire: latent trait analyses applying Rasch modelling and confirmatory factor analysis. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):506.

Findley, Aaron. « Low Health Literacy and Older Adults: Meanings, Problems, and Recommendations for Social Work ». *Social Work in Health Care* 54, n° 1 (2 janvier 2015): 65-81. <https://doi.org/10.1080/00981389.2014.966882>.

Fritel, X. « Pour ou contre la rééducation périnéale du post-partum ? » *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 36, n° 7-8 (juillet 2008): 824-25. <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2008.06.001>.

Grant, Aileen, et Sinead Currie. « Qualitative Exploration of the Acceptability of a Postnatal Pelvic Floor Muscle Training Intervention to Prevent Urinary Incontinence ». *BMC Women's Health* 20, n° 1 (17 janvier 2020): 9. <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0878-z>.

Henrard, G. « La 'littératie en santé', avatar creux ou concept dynamisant ? » *Santé conjugulée*, n°77 (décembre 2016): 30-35.

Ionescu, Ruxandra, Larry A. Allen, Khadijah Breathett, Brian K. Fowler, Elizabeth A. Jackson, John Kundrick, Modele O. Ogunniyi, et Jared W. Magnani. « Health Literacy in Heart Failure ». *JACC: Advances* 4, n° 3 (mars 2025): 101608. <https://doi.org/10.1016/j.jacadv.2025.101608>.

Kickbusch, Ilona. *Health Literacy, the Solid Facts*. Geneva: World Health Organization, 2013.

Kim, Jiwon, Alexander E. P. Heazell, Maya Whittaker, Tomasina Stacey, et Kylie Watson. « Impact of Health Literacy on Pregnancy Outcomes in Socioeconomically Disadvantaged and Ethnic Minority Populations: A Scoping Review ». *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 168, n° 1 (janvier 2025): 69-81. <https://doi.org/10.1002/ijgo.15852>.

Knibbe, Mare, Marten De Vries, et Klasien Horstman. « Responsible Use of Media Supports 'Critical Public Health Literacy' ». *Journal of Public Health*, 20 avril 2016, fdw036. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdw036>.

Koh, Howard K., Cindy Brach, Linda M. Harris, et Michael L. Parchman. « A Proposed 'Health Literate Care Model' Would Constitute A Systems Approach To Improving Patients' Engagement In Care ». *Health Affairs* 32, n° 2 (février 2013): 357-67. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1205>.

Lastrucci, Vieri, Chiara Lorini, Saverio Caini, Florence Health Literacy Research Group, et Guglielmo Bonaccorsi. « Health Literacy as a Mediator of the Relationship between Socioeconomic Status and Health: A Cross-Sectional Study in a Population-Based Sample in Florence ». Édité par Young Dae Kwon. *PLOS ONE* 14, n° 12 (23 décembre 2019): e0227007. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227007>.

Le Brun, Magali, Dominique Godard, Lila Camps, Quentin Gomes De Pinho, Audrey Benyamine, et Brigitte Granel. « La littératie en santé : définition, outils d'évaluation, état des lieux en Europe, conséquences pour la santé et moyens disponibles pour l'améliorer ». *La Revue de Médecine Interne* 46, n° 1 (janvier 2025): 32-39. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2024.06.014>.

Levin-Zamir Diane. « *Le rôle essentiel de la littératie en santé en promotion de la santé, pendant une polycrise* ». SageJournals Volume 31, Issue 1 (avril 2024) <https://doi.org/10.1177/17579759241234>.

Lupattelli, Angela, Marta Picinardi, Adrienne Einarson, et Hedvig Nordeng. « Health Literacy and Its Association with Perception of Teratogenic Risks and Health Behavior during Pregnancy ». *Patient Education and Counseling* 96, n° 2 (août 2014): 171-78. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.04.014>.

Makhlouf, Y., S. Miladi, A. Fazaa, M. Sellami, L. Souebni, K. Ouenniche, S. Kassab, S. Chekili, K. Ben Abdelghani, et A. Laatar. « Reprise de l'activité physique en post-partum : prévalence et facteurs associés ». *Revue du Rhumatisme* 87 (décembre 2020): A76. <https://doi.org/10.1016/j.rhum.2020.10.128>.

McCalla, D. R., P. Olive, Y. Tu, et M. L. Fan. « Nitrofurazone-Reducing Enzymes in E. Coli and Their Role in Drug Activation in Vivo ». *Canadian Journal of Microbiology* 21, n° 10 (octobre 1975): 1484-91. <https://doi.org/10.1139/m75-220>.

Meldgaard, Maiken, Mads Gamborg, et Helle Terkildsen Maindal. « Health Literacy Levels among Women in the Prenatal Period: A Systematic Review ». *Sexual & Reproductive Healthcare* 34 (décembre 2022): 100796. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100796>.

Minassian, Vatche A., Kaitlin A. Hagan, Elisabeth Erekson, Andrea M. Austin, Donald Carmichael, Julie P.W. Bynum, et Francine Grodstein. « The Natural History of Urinary Incontinence Subtypes in the Nurses' Health Studies ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 222, n° 2 (février 2020): 163.e1-163.e8. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.08.023>.

Mobley, Sandra C., Suzanne Dixson Thomas, Donald E. Sutherland, Jodi Hudgins, Brittany L. Ange, et Maribeth H. Johnson. « Maternal Health Literacy Progression Among Rural Perinatal Women ». *Maternal and Child Health Journal* 18, n° 8 (octobre 2014): 1881-92. <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1432-0>.

M-POHL. International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19) of M-POHL. Vienna: Austrian National Public Health Institute; 2021.

Nawabi, Farah, Franziska Krebs, Vera Venedey, Arim Shukri, Laura Lorenz, et Stephanie Stock. « Health Literacy in Pregnant Women: A Systematic Review ». *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18, n° 7 (6 avril 2021): 3847. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073847>.

Nutbeam, Don, Diane Levin-Zamir, et Gill Rowlands. « Health Literacy in Context ». *International Journal of Environmental Research and Public Health* 15, n° 12 (27 novembre 2018): 2657. <https://doi.org/10.3390/ijerph15122657>.

Nutbeam, Don, et Jane E. Lloyd. « Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health ». *Annual Review of Public Health* 42, n° 1 (1 avril 2021): 159-73. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529>.

Nutbeam, Don, Bronwyn McGill, et Pav Premkumar. « Improving Health Literacy in Community Populations: A Review of Progress ». *Health Promotion International* 33, n° 5 (1 octobre 2018): 901-11. <https://doi.org/10.1093/heapro/dax015>.

Nutbeam Don et Muscat Danielle M. « Advancing Health Literacy Interventions ». In *Studies in Health Technology and Informatics*. IOS Press, 2020. <https://doi.org/10.3233/SHTI200026>.

Nutbeam, Don, et Danielle M Muscat. « Health Promotion Glossary 2021 ». *Health Promotion International* 36, n° 6 (23 décembre 2021): 1578-98. <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa157>.

OMS. « Éducation thérapeutique du patient: guide introductif ». 14 novembre 2023

Pizzoferrato, Anne-Cécile, Stéphanie Ragot, Louis Vérité, Nicolas Naiditch, et Xavier Fritel. « How Women Perceive Severity of Complications after Pelvic Floor Repair? » *Journal of Clinical Medicine* 11, n° 13 (30 juin 2022): 3796. <https://doi.org/10.3390/jcm11133796>.

Pizzoferrato, Anne-Cécile, Caroline Thuillier, Aurélien Vénara, Nicole Bornsztein, Sylvain Bouquet, Mélanie Cayrac, Martine Cornillet-Bernard, et al. « Management of Female Pelvic Organ Prolapse—Summary of the 2021 HAS Guidelines ». *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction* 52, n° 3 (mars 2023): 102535. <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2023.102535>.

Ploomipuu, Inga, Jack Holbrook, et Miia Rannikmäe. « Modelling Health Literacy on Conceptualizations of Scientific Literacy ». *Health Promotion International* 35, n° 5 (1 octobre 2020): 1210-19. <https://doi.org/10.1093/heapro/daz106>.

Rouquette A, Nadot T, Labitrie P, Broucke SVd, 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*. 2018;13(12):e0208091.

Rousseau, A., M. Sadoun, I. Aimé, M. Leguen, M. Carbonnel, et J.M. Ayoubi. « Étude comparative sur la réhabilitation améliorée postcésarienne : quels bénéfices, quels risques ? » *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie* 45, n° 7-8 (juillet 2017): 387-92. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2017.06.018>.

Sendas, Mónica Vaz, et Maria João Freitas. « “The Needs of Women in the Postpartum Period: A Scoping Review.” » *Midwifery* 136 (septembre 2024): 104098. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104098>.

Simonds, Scott K. « Health Education as Social Policy ». *Health Education Monographs* 2, n° 1\_suppl (mars 1974): 1-10. <https://doi.org/10.1177/10901981740020S102>.

Slomian, J., O. Bruyère, J.Y. Reginster, et P. Emonts. « The Internet as a Source of Information Used by Women after Childbirth to Meet Their Need for Information: A Web-Based Survey ». *Midwifery* 48 (mai 2017): 46-52. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.03.005>.

Sørensen, Kristine, Diane Levin-Zamir, Tuyen V Duong, Orkan Okan, Virginia Visconde Brasil, et Don Nutbeam. « Building Health Literacy System Capacity: A Framework for Health Literate Systems ». *Health Promotion International* 36, n° Supplement\_1 (13 décembre 2021): i13-23. <https://doi.org/10.1093/heapro/daab153>.

Sørensen, Kristine, Jürgen M. Pelikan, Florian Röthlin, Kristin Ganahl, Zofia Slonska, Gerardine Doyle, James Fullam, et al. « Health Literacy in Europe: Comparative Results of the European Health Literacy Survey (HLS-EU) ». *The European Journal of Public Health* 25, n° 6 (décembre 2015): 1053-58. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>.

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*. 2012;12:80

Stormacq, Coraline, Stephan Van Den Broucke, et Jacqueline Wosinski. « Does Health Literacy Mediate the Relationship between Socioeconomic Status and Health Disparities? Integrative Review ». *Health Promotion International* 34, n° 5 (1 octobre 2019): e1-17. <https://doi.org/10.1093/heapro/day062>.

Tan, J. S. « Common and Uncommon Parasitic Infections in the United States ». *The Medical Clinics of North America* 62, n° 5 (septembre 1978): 1059-81. [https://doi.org/10.1016/s0025-7125\(16\)31755-2](https://doi.org/10.1016/s0025-7125(16)31755-2).

Tency, A. Vercoutere, F. D’Haenens, G. Van de Velde, G. Naulaers, H. Neels, L. De Catte, M. Raes, K. Van Thienen, T. Van Roy, S. Cordyn, N. Delvaux, P. Van Royen, M. Goossens. « Guide de pratique

multidisciplinaire : Soins du postpartum en première ligne de soins (Partie 2). » I. Version validée par le Cebam le 2 mai 2024.

The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL. « International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19) of M-POHL », 2021.

Thomas, Suzanne D., Sandra C. Mobley, Jodi L. Hudgins, Donald E. Sutherland, Sandra B. Inglett, et Brittany L. Ange. « Conditions and Dynamics That Impact Maternal Health Literacy among High Risk Prenatal-Interconceptional Women ». *International Journal of Environmental Research and Public Health* 15, n° 7 (2 juillet 2018): 1383. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071383>.

Touzani, Rajae, Alexandra Rouquette, Emilien Schultz, Cécile Allaire, Patrizia Carrieri, Julien Mancini, et Jean-Benoit Hardouin. « Psychometric Validation of the French Version of Two Scales Measuring General (HLS19-Q12) and Navigational (HLS19-NAV) Health Literacy Using the Rasch Model ». *BMC Public Health* 24, n° 1 (7 novembre 2024): 3079. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20504-x>.

Turawa, Eunice B, Alfred Musekiwa, et Anke C Rohwer. « Interventions for Preventing Postpartum Constipation ». Édité par Cochrane Pregnancy and Childbirth Group. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, n° 8 (5 août 2020). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011625.pub3>.

Urstad, Kristin Hjorthaug, Marit Helen Andersen, Marie Hamilton Larsen, Christine Råheim Borge, Sølvi Helseth, et Astrid Klopstad Wahl. « Definitions and Measurement of Health Literacy in Health and Medicine Research: A Systematic Review ». *BMJ Open* 12, n° 2 (février 2022): e056294. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056294>.

Vancorenland, Sigrid, Avalosse, Hervé, Vendeleene, Gauthier. « L'accessibilité du trajet de soins autour d'un accouchement ». *Santé & Société* 12 – janvier 2025.

Van Den Broucke, Stephan. « Health Literacy: A Critical Concept for Public Health ». *Archives of Public Health* 72, n° 1 (décembre 2014): 10, 2049-3258-72-10. <https://doi.org/10.1186/2049-3258-72-10>.

Van Der Gaag, Marieke, Monique Heijmans, Cristina Spoiala, et Jany Rademakers. « The Importance of Health Literacy for Self-Management: A Scoping Review of Reviews ». *Chronic Illness* 18, n° 2 (juin 2022): 234-54. <https://doi.org/10.1177/17423953211035472>.

Verbeek, Michelle, et Lynsey Hayward. « Pelvic Floor Dysfunction And Its Effect On Quality Of Sexual Life ». *Sexual Medicine Reviews* 7, n° 4 (octobre 2019): 559-64. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2019.05.007>.

Vogel, Joshua P, Jenny Jung, Tina Lavin, Grace Simpson, Dvora Kluwgant, Edgardo Abalos, Virginia Diaz, et al. « Neglected Medium-Term and Long-Term Consequences of Labour and Childbirth: A Systematic Analysis of the Burden, Recommended Practices, and a Way Forward ». *The Lancet Global Health* 12, n° 2 (février 2024): e317-30. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00454-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00454-0).

Wagner, Teresa, Erika L. Thompson, Amber Gadson, Marie Stark, Kim Bush, et Amy Raines-Milenkov. « Postpartum Education and Health Literacy: New Moms' Perspectives ». *Journal of Consumer Health on the Internet* 24, n° 4 (1 octobre 2020): 346-59. <https://doi.org/10.1080/15398285.2020.1810964>.

Waldherr K, Alfers T, Peer S. Development and validation of the HLS-EU-Q12. Vienna:M-POHL; 2021.

Yee, Lynn M., Robert Silver, David M. Haas, Samuel Parry, Brian M. Mercer, Deborah A. Wing, Uma Reddy, George R. Saade, Hyagriv Simhan, et William A. Grobman. « Association of Health Literacy Among Nulliparous Individuals and Maternal and Neonatal Outcomes ». *JAMA Network Open* 4, n° 9 (1 septembre 2021): e2122576. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.22576>.

## Littérature grise

Culture et Santé Asbl – La littératie en santé : d'un concept à la pratique – <http://www.cultures-sante.be/2016>.

DREES • Études et Résultats • mai 2023 • n° 1269 • Une personne sur dix éprouve des difficultés de compréhension de l'information médicale.

Éducation Santé. La Charte d'Ottawa, avril 2017.

Fondation Roi Baudouin. « Littératie en santé organisationnelle dans la première ligne ». juin 2024

Fondation Roi Baudouin. « Promouvoir la littératie en santé dans la première ligne. Les leçons de 24 pratiques en Belgique ». novembre 2021.

Le Chaînon : La revue des associations de patients et de proches. N°61 – Décembre 2022.

Le Monde. Billet de blog, Charlotte Herzog. #MonPostPartum : un hashtag pour libérer la parole sur l'après-accouchement. 24 Février 2020.

OCDE. *Perspectives économiques de l'OCDE, Volume 2018 Numéro 2*. Perspectives économiques de l'OCDE. OECD, 2018. [https://doi.org/10.1787/eco\\_outlook-v2018-2-fr](https://doi.org/10.1787/eco_outlook-v2018-2-fr).

OCDE (2024), *Les adultes possèdent-ils les compétences nécessaires pour s'épanouir dans un monde en mutation ? : Évaluation des compétences des adultes 2023*, Études de l'OCDE sur les compétences, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/e8d52c02-fr>.

SANTÉ PUBLIQUE FRANCE / Littératie en santé : rapport de l'étude Health Literacy Survey France 2020-2021 / p. 22.

## Bases de données

Medline – Pubmed

Scopus

Google Scholar

Pedro

# ANNEXES

---



10. En général, diriez-vous que votre santé est...

- Excellente
- Très bonne
- Bonne
- Moyenne
- Mauvaise
- ne sait pas

11. Souffrez-vous d'une maladie chronique ? (Par maladie chronique, je parle d'une affection nécessitant des soins de santé prolongés à savoir plus de 6 mois) ?

- Oui                       Non

Si oui, quelle est ou quelles sont-elles ?

.....

Etes-vous suivi par un professionnel de santé pour cela ?                       Oui                       Non

## Annexe 2 : Questionnaire HLS-EU-Q12

### HLS-EU-Q12 FR

Il n'est pas toujours facile d'obtenir des informations compréhensibles, fiables et utiles sur des sujets liés à la santé. Avec les questions suivantes, nous aimerions savoir quelles tâches liées au traitement de l'information sur la santé sont plus ou moins faciles ou difficiles.

Q1. Sur une échelle allant de très facile à très difficile, dans quelle mesure est-il facile pour vous de ...

	très facile	assez facile	assez difficile	très difficile
Q1.2 ... savoir où obtenir de l'aide d'un professionnel (par exemple, médecin, pharmacien, psychologue, ...) quand vous êtes malade ?	4	3	2	1
Q1.4 ... comprendre ce qu'il faut faire en cas d'urgence médicale	4	3	2	1
Q1.6 ... évaluer les risques et bénéfices des différents traitements possibles	4	3	2	1
Q1.9 ... suivre les consignes de votre médecin ou pharmacien ?	4	3	2	1
Q1.10 ... trouver des informations sur comment faire en cas de problèmes psychologiques comme le stress, la dépression ou l'anxiété ?	4	3	2	1
Q1.12 ... comprendre les informations sur les dépistages et examens recommandés, comme le dépistage du cancer colorectal ou le test de glycémie ?	4	3	2	1
Q1.13 ... évaluer la fiabilité des informations concernant l'impact sur la santé de certains comportements comme fumer, ne pas faire assez d'exercices, ou boire trop d'alcool ?	4	3	2	1
Q1.15 ... savoir comment vous protéger des maladies à partir des informations disponibles dans les médias comme les journaux, la télévision ou l'Internet ?	4	3	2	1
Q1.16 ... trouver des informations sur des modes de vie sains tels que l'activité physique et une alimentation équilibrée ?	4	3	2	1
Q1.18 ... comprendre les conseils de votre famille ou de vos amis en matière de santé ?	4	3	2	1
Q1.20 ... évaluer comment vos conditions de logement peuvent affecter votre santé et votre bien-être ?	4	3	2	1
Q1.22 ... prendre des décisions pour améliorer votre santé et votre bien-être ?	4	3	2	1

## Annexe 3 : Information à la patiente

### Étude prospective non-interventionnelle sur le niveau de littératie en santé

Vous êtes invitée à participer de façon volontaire à une enquête.

Avant d'accepter d'y participer, il est important de lire ce formulaire qui en décrit l'objectif et les modalités pratiques. Vous avez le droit de poser à tout moment des questions en rapport avec cette enquête.

#### **Objectif et description de l'enquête**

Il s'agit d'une enquête qui devrait inclure environ 200 patientes en Belgique.

L'objectif de cette enquête consiste à mesurer le niveau de littératie en santé chez les femmes en période de post-partum (après l'accouchement).

La littératie en santé représente les compétences personnelles et les structures organisationnelles, les ressources et l'engagement qui permettent aux individus d'accéder, de comprendre, d'évaluer et d'utiliser l'information et les services de manière à promouvoir et à maintenir une bonne santé. Modification du 28.01.2025

Si vous acceptez de participer à cette enquête, il vous sera demandé de répondre à un questionnaire sur le sujet au cours de l'anamnèse réalisée par votre kinésithérapeute au cours de la première séance.

Il vous sera demandé de participer à l'enquête pendant la durée de la prise en charge kinésithérapique (9 séances).

Aucun frais de votre part, ni de compensation financière n'est prévu dans le cadre de cette étude.

#### **Promoteur de l'enquête**

Le promoteur de l'enquête est la faculté de santé publique à l'université catholique de Louvain.

#### **Participation volontaire**

Votre participation à cette enquête est entièrement volontaire et vous avez le droit de refuser d'y participer. Vous avez également le droit de vous retirer de l'enquête à tout moment, sans en préciser la raison, même après avoir signé le formulaire de consentement. Vous n'aurez pas à fournir de raison au retrait de votre consentement à participer ; toutefois, les données collectées jusqu'à l'arrêt de la participation à l'enquête font partie intégrante de celle-ci. Votre refus de participer à cette enquête n'entraînera pour vous aucune pénalité ni perte d'avantages.

Votre traitement médical ne sera pas affecté par votre décision. Votre médecin traitant sera averti de votre participation à l'enquête si vous le désirez.

#### **Bénéfices et risques**

Nous ne pouvons vous assurer que si vous acceptez de participer à cette enquête, vous tirerez personnellement un quelconque bénéfice direct de votre participation.

Cependant, les informations obtenues grâce à cette étude peuvent contribuer à une meilleure connaissance sur l'impact du niveau de littératie en santé (ou alphabétisation sanitaire) sur la prise en charge en kinésithérapie.

Il n'y a aucun risque de participation à cette enquête hormis une éventuelle rupture de confidentialité des données.

### **Assurance sans faute**

Si vous ou vos ayants droit (famille) subissez un dommage lié à cette enquête, ce dommage sera indemnisé par le promoteur de l'étude conformément à la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine du 7 mai 2004. Vous ne devez prouver la faute de quiconque.

Noms et coordonnées de l'assureur :

MS AMLIN INSURANCE SE, établie à 1030 Bruxelles, Bd. du Roi Albert II n° 37

.....

Numéro de police d'Assurance : **LXX111372**

.....

### **Protection de la vie privée**

Votre identité et votre participation à cette enquête demeureront strictement confidentielles.

Les données à caractère personnel seront anonymisées. Les sujets ne seront pas identifiés par leur nom, ni d'aucune autre manière reconnaissable et ce, dans aucun des dossiers, résultats ou publications en rapport avec la recherche.

Par conséquent, en ce qui concerne l'analyse des questionnaires et bilans fonctionnels, quel que soit l'investigateur, les procédures suivantes seront mises en place :

1. Lors du recueil des données, nous éliminerons toutes les informations d'identification : nom, prénom, âge, numéro de téléphone, email.
2. Les lieux de vie seront généralisés.
3. Nous attribuerons des pseudonymes aux différents participantes.
4. Nous ferons attention à ne pas utiliser des citations dans lesquelles les participantes pourraient être identifiées.

L'investigateur principal, Le Cloirec Delphine, kinésithérapeute, est la gestionnaire des données et conservera ces dernières le temps de leur traitement, c'est-à-dire jusqu'au mois de décembre 2025.

La protection des données personnelles est assurée par la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée et par les réglementations européennes (réglementation générale européenne sur la

protection des données à caractère personnel [RGPD] du 25 mai 2018) et belges en vigueur. Ces droits sont également garantis par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

Selon le RGPD, vous disposez d'un droit de regard sur le traitement de vos données. Si vous avez des questions à ce sujet, vous pouvez contacter le responsable de la protection des données du centre d'étude à l'adresse suivante : [privacy@uclouvain.be](mailto:privacy@uclouvain.be).

En cas de plainte concernant le mode de traitement de vos données, vous pouvez contacter l'Autorité Belge de Protection des Données : Rue de la Presse 35 - 1000 Bruxelles - Tél. : 02 274 48 00 - e-mail : [contact@apd-gba.be](mailto:contact@apd-gba.be)

### **Comité d'éthique**

Cette enquête est évaluée par un comité d'éthique indépendant, à savoir le Comité d'Éthique du Site Sainte-Elisabeth CHU UCL Namur, qui a émis un avis favorable le 19 novembre 2024.

### **Personnes à contacter si vous avez des questions à propos de l'enquête**

Si vous estimez avoir subi un dommage lié à l'enquête ou si vous avez des questions, voulez donner un avis ou exprimer des craintes à propos de l'expérimentation ou à propos de vos droits en tant que patient participant à une étude clinique, maintenant, durant ou après votre participation, vous pouvez contacter :

Responsable de l'étude : Le Cloirec Delphine  
Email : [delphine.lecloirec@student.uclouvain.be](mailto:delphine.lecloirec@student.uclouvain.be)  
Téléphone : 0486/94.39.39

L'étude se déroule dans 4 cabinets de kinésithérapie privés, et le service externe de kinésithérapie périnéale du CHU – UCLouvain – site Sainte-Elisabeth.

Pour la gestion des plaintes non résolues par l'investigateur, vous pouvez contacter comme médiateur le Comité d'Éthique :

E-mail : [commission.ethique-saintluc@uclouvain.be](mailto:commission.ethique-saintluc@uclouvain.be)

## Annexe 4 : Formulaire de consentement éclairé à la participante

1. Je soussigné(e) (NOM, Prénom(s)), .....  
déclare avoir lu l'information qui précède et accepter de participer à **l'étude prospective non-interventionnelle sur le niveau de littératie en santé**.
2. On m'a remis une copie de ce formulaire de consentement éclairé signé et daté, ainsi que de la note d'information destinée au patient. J'ai reçu une explication concernant la nature, le but, la durée de l'enquête et j'ai été informé(e) de ce qu'on attend de ma part. On m'a donné le temps et l'occasion de poser des questions sur l'enquête ; toutes mes questions ont reçu une réponse satisfaisante. L'intervention m'a été expliquée en détails, avec les effets indésirables et les risques connus potentiels.
3. J'ai été informé(e) de l'existence d'une assurance.
4. Je sais que cette enquête a été soumise et approuvée par le Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc - UCLouvain.
5. Je suis libre de participer ou non, de même que d'arrêter l'enquête à tout moment sans qu'il soit nécessaire de justifier ma décision et sans que cela n'entraîne le moindre désavantage.
6. En signant ce document, j'autorise l'utilisation des données me concernant dans le respect de
  - la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient ;
  - la loi du 7 mai 2004 relative à l'expérimentation sur la personne humaine ;
  - les réglementations européennes et belges en vigueur (réglementation générale européenne sur la protection des données à caractère personnel [RGPD] du 25 mai 2018 et la loi belge du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée).
7. Je n'ai subi aucune pression physique ni psychologique induite pour ma participation à l'enquête.
8. Je consens de mon plein gré à participer à cette enquête.

.....

Nom, prénom et Signature

de la patiente

...../...../20.....

Date (jour/mois/année)

Je, soussigné, Mme/Mlle/M. (NOM, Prénoms) ..... confirme que j'ai expliqué la nature, le but et la durée de l'enquête à la patiente mentionné(e) ci-dessus.

.....

Signature de la personne qui procure l'information

...../...../20.....

Date (jour/mois/année)

