

La littératie en matière de santé et ses effets

Animateur :

Nick Kates, M.B., B.Sc., FRCP(C), MCFP(hon)

Directeur des programmes, Hamilton Family Health Team

Divulgation des conférenciers

- **Nom de la séance** : La littératie en matière de santé et ses effets
- **Conférenciers** : D^r Nick Kates, Linda Shohet, Ph.D., Lina Rinaldi, Kelly O' Halloran
- **Relations avec des intérêts commerciaux** :
 - Sans objet

Divulgation du soutien commercial

- Aucun soutien commercial n'a été reçu pour cette séance.

Atténuation des sources potentielles de partialité

- Sans objet

Objectifs de la séance

1. Élaborer une compréhension des principaux attributs de la littératie en matière de santé cernés par de récentes études, notamment les liens avec les résultats individuels en matière de santé, la qualité et le risque, ainsi que les coûts.
2. Discuter du rôle des fournisseurs et des organismes de soins de santé à l'égard de la littératie en matière de santé et cerner des stratégies pour devenir un « organisme présentant un haut niveau de littératie en matière de santé ».

Conférenciers :

Linda Shohet, Ph.D.

Centre d'alphabétisation

Lina Rinaldi,

Directrice de l'exploitation et chef de direction, Soins infirmiers, Brant Community Healthcare System, et cadre déléguée associée

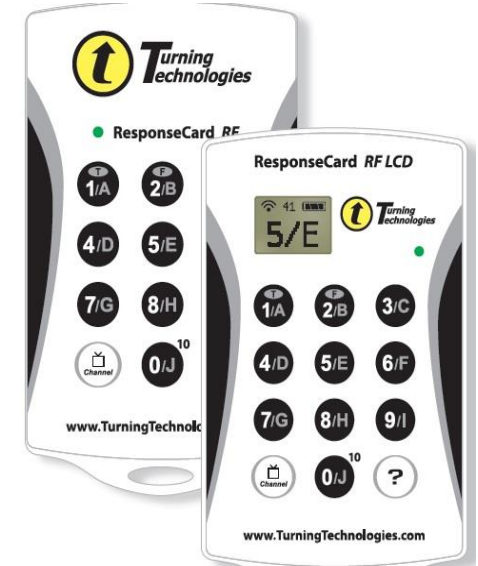
Kelly O' Halloran, R.N.(E.C.), M.Sc.N.,

Hamilton Health Sciences et chef de projet

Participation du public – Clavier

Nous voulons connaître votre opinion

- On vous demandera de nous faire part de vos commentaires au début et à la fin de la séance.
- À l'aide du clavier qui se trouve sur votre chaise, répondez en ne choisissant qu'une seule réponse.
- Du temps vous sera alloué pour répondre aux questions.
- Vous verrez les réponses sous forme abrégée instantanément.



À l'aide de votre clavier, répondez à la question suivante :

Question pour l'essai du clavier

L'un des énoncés suivants au sujet de l'Ontario est inexact. Lequel?

- a) L'Ontario contient le tiers des réserves d'eau douce mondiales.
- b) C'est en Ontario que se trouve la plus grosse pièce de monnaie.
- c) L'améthyste est la pierre officielle de l'Ontario.
- d) Le jeu de dix quilles a été inventé en Ontario.
- e) 28 % des Ontariens sont nés à l'extérieur du Canada.

À l'aide de votre clavier, répondez à la question suivante :

Question 1 du sondage

D'après vous, quel est l'aspect le plus important de la littératie en matière de santé?

- a) Utiliser un langage ordinaire pour communiquer.
- b) Tester les compétences en lecture du patient/client/pensionnaire.
- c) Tester les compétences en communication du fournisseur de soins de santé.
- d) Offrir aux patients/clients/pensionnaires des renseignements sur la santé en différentes langues.
- e) Aider les patients à comprendre le système de santé et à y naviguer.

À l'aide de votre clavier, répondez à la question suivante :

Question 2 du sondage

Dans quelle mesure croyez-vous que votre organisme fait preuve de littératie en matière de santé?

- a) Pas du tout
- b) Parfois
- c) La plupart du temps
- d) Totalement
- e) Je ne suis pas certain(e) de ce que cela signifie.

Littératie en matière de santé : Un concept transformateur

Linda Shohet, Ph.D.
Centre d'alphabétisation

Des faits surprenants

Une importante proportion des adultes canadiens ont de faibles compétences en littératie et en numératie.

Les adultes canadiens présentent une meilleure compétence en résolution de problèmes dans des environnements technologiques (appelée « RP-ET ») que la moyenne de la population des pays de l'OCDE.

Les adultes de 16 à 24 ans ne sont pas aussi compétents en résolution de problèmes dans des environnements riches en technologie que ceux âgés de 25 à 34 ans.

La compétence varie autant d'une province et d'un territoire à l'autre qu'entre les pays.

Source : OCDE, Interprétation des résultats du PEICA, diapositives 8, 10, 11 et 12
http://www.centreforliteracy.qc.ca/sites/default/files/Thorn_W-OECD.pdf

Aperçu

- Définitions d'alphabétisation et de littératie en matière de santé : concepts et enjeux en évolution
- Mesure des niveaux de compétence en littératie : données canadiennes fournies par le PEICA
- Littératie et santé : ce que nous savons et ce que nous ignorons
- Littératie et fournisseurs de soins de santé : conséquences pour la pratique
- Charte de Calgary : principes de l'enseignement de la littératie en santé
- Module 2013 des crédits de MDcme

La littératie : l'évolution au fil du temps

Est passée

d'une condition de littératie/d'analphabétisme

à

un continuum de compétences/d'aptitudes

Problème de littératie : tout écart entre la demande du milieu et la compétence de la personne.

La littératie est un concept en évolution

Utiliser des renseignements imprimés et écrits pour fonctionner au sein de la société, atteindre ses objectifs, perfectionner ses connaissances et accroître son potentiel. [traduction]

Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes (EIACA, 2003)

La littératie est l'intérêt, l'attitude et la capacité des personnes à utiliser adéquatement les outils socioculturels, notamment la technologie numérique et les outils de communication, pour accéder aux renseignements, les gérer, les assimiler et les évaluer, acquérir de nouvelles connaissances et communiquer avec d'autres pour contribuer efficacement à la société. [traduction]

Programme pour l'évaluation internationale des compétences des adultes (PEICA) 2010-2013

Littératie

La littératie est un ensemble complexe d'aptitudes nécessaires pour comprendre et utiliser les systèmes de symboles dominants d'une culture – alphabets, nombres, icônes – à des fins de perfectionnement personnel et communautaire. La nature de ces aptitudes et la demande à l'égard de celles-ci varient d'un contexte à un autre...
[traduction]

Le Centre d'alphabétisation (<http://www.centreforliteracy.qc.ca/>)

La littératie en matière de santé comme concept en évolution

La littératie en matière de santé combine la réflexion et les aptitudes sociales qui déterminent la motivation et la capacité des personnes à trouver, à comprendre et à utiliser des renseignements d'une manière qui promeut et maintient une bonne santé. La littératie en matière de santé permet davantage que lire des dépliants et prendre des rendez-vous. En offrant aux personnes l'accès à des renseignements sur la santé et la capacité d'utiliser ces renseignements efficacement, la littératie en matière de santé est essentielle à la responsabilisation. [traduction]

Organisation mondiale de la santé (OMS), 1998

Toutefois, la littératie en matière de santé **ne dépend pas uniquement de la personne**. Elle dépend également des aptitudes, des préférences et des attentes des fournisseurs de renseignements sur la santé : nos médecins, infirmiers, administrateurs, travailleurs offrant des soins médicaux à domicile, médias et bien d'autres. La littératie en matière de santé découle d'une combinaison d'information, de services de santé et de facteurs sociaux et culturels, et fait appel à la recherche et à l'aspect pratique de différents domaines. [traduction]

Health Literacy: A Prescription to End Confusion, Institute of Medicine, 2004

La capacité d'accéder à l'information, de la comprendre, de l'évaluer et de la communiquer pour promouvoir, maintenir et améliorer la santé dans une gamme de milieux au cours d'une vie. [traduction]

A Vision for a Health Literate Canada: Report of the Expert Panel on Health Literacy, Canadian Public Health Association, 2008

Littératie en matière de santé – concept élargi

La capacité des personnes à trouver, à évaluer et à utiliser des renseignements sur la santé pour prendre des décisions appropriées à cet égard et conserver une bonne santé, et la capacité des systèmes et des organisations à fournir ces renseignements d'une manière qui soit accessible à tous (précaution universelle).

Quatre domaines :

- *Fondamentale* : comprend la langue et les nombres.
- *Scientifique/technologique* : comprend un certain niveau de compréhension des sciences physiques et naturelles, de la technologie et de l'incertitude scientifique.
- *Civile/communautaire* : comprend la littératie en matière de médias, la connaissance des processus des administrations municipales et des gouvernements provinciaux et fédéraux.
- *Culturelle* : comprend la reconnaissance des croyances communautaires, des coutumes, des visions du monde et de l'identité sociale.

Zarcadoolas, Pleasant et Greer

Sondages internationaux sur la littératie des adultes

EIACA 1994, EIACA 2003, PEICA 2013

- Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), Statistiques Canada et organismes des États-Unis
- Compare les taux de littératie dans les pays industrialisés participants.
- Définit cinq niveaux de littératie.
- Le sondage de 2003 présentait une composante sur la littératie en matière de santé.
- PEICA 2013 a fait le virage vers les compétences – y compris la littératie, la numératie, des composantes de lecture, la résolution de problèmes dans des environnements technologiques – et recueillait des renseignements personnels à l'aide d'un questionnaire portant sur les antécédents, notamment ceux en lien avec la santé.
- PEICA Canada : 27 000 répondants, le plus vaste échantillonnage sur 24 pays

La littératie du PEICA : Note moyenne relative aux compétences et pourcentage de la population à chaque niveau, provinces et territoires sélectionnés, Canada 2013

	Note moyenne relative aux compétences	Inférieur au niveau 1	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveaux 4 et 5
T.-N.-L.	265,5	3,4	17,2	36,2	33,6	9,6
Québec	269	4,1	14,9	34,3	35,5	11,3
Ontario	275,5	3,9	11,1	31,8	38,3	14,9
Canada	273,5	3,8	12,7	32,0	37,6	13,9

Niveaux 4 et 5 du PEICA

- Comprend les aptitudes à la lecture, à l'analyse et à la synthèse d'idées provenant de sources multiples.
- Au Canada : 13,9 %
- En Ontario : 14,9 %
- Table sur les définitions antérieures de compétences informationnelles
- **La majorité de l'information sur la santé nécessite des compétences de niveau 4 ou 5**

Littératie en matière de santé au Canada

- Sous-analyse de l'EIACA réalisée en 2003
- Appliquer la littératie dans un contexte de santé.
- 190 questions ont été posées dans cinq domaines en lien avec la santé : la sensibilisation, la protection, la prévention, les soins et le maintien, la navigation au sein du système.
- Les données ont servi à rédiger des rapports sur la littératie en matière de santé en 2008.

Que savons-nous?

- Près de la moitié des Canadiens adultes éprouvent une quelconque difficulté à lire/comprendre les caractères imprimés ou un texte numérique.
- Le pourcentage varie selon la province et le territoire.
- Le pourcentage de la population qui éprouve de la difficulté en matière d'information sur la santé est supérieur à 60.
- Ces difficultés sont discernables dans des segments particuliers de la population : les immigrants, les personnes âgées, les Autochtones et les francophones.

Que savons-nous?

- La majorité de l'information sur la santé continue d'être transmise sous forme imprimée.
- L'information sur la santé est rapidement transférée au Web.
- La littératie en matière de santé est plus qu'une question de littératie.
- En outre, à propos de la littératie des autres médias : visuelle, auditive, télévisuelle, en ligne (résolution de problèmes dans des environnements technologiques)
- Au cours des dernières années, la recherche sur la littératie en matière de santé a été plutôt ciblée : le matériel imprimé, les capacités en lecture, les compétences individuelles, les secteurs des soins de santé. MAINTENANT, elle s'élargit.
- Interventions prometteuses, évaluation limitée

Et alors?

Il revient aux fournisseurs et aux systèmes
d'adopter des mesures d'adaptation appropriées pour une gamme
d'obstacles à la communication :
l'éducation, la langue, le handicap, l'âge, les préférences d'apprentissage...

Nouvelles méthodes

Il existe un grand nombre d'outils de mesure de la littératie en matière de santé

p. ex., REALM, TOFHLA, ESLA, NVS, SIRACT, MART, LAD, etc.

Lacunes : outils non fondés sur la théorie, démarche limitée; lecture, reconnaissance des mots, manque de sensibilité culturelle, étiquetage potentiellement nuisible des patients en milieux cliniques, n'évaluent pas la communication orale, se concentrent sur une seule dimension alors que la littératie en matière de santé présente de multiples dimensions

Andrew Pleasant, <http://www.centreforliteracy.qc.ca/sites/default/files/measuring.pdf>

L'American Medical Association a déclaré que le dépistage de la littératie en matière de santé pourrait ne pas être approprié pour l'exercice clinique quotidien, mais qu'il l'est davantage pour les applications en recherche (Elliott, 2008).

<http://www.ama-assn.org/amednews/2008/06/02/hlsd0602.htm>

Mesure de la littératie en matière de santé dans les organisations et les systèmes

États-Unis : L'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) a créé un « outil d'évaluation de la littératie en matière de santé » (AHRQ, 2011).

Commission mixte (É.-U.) : Les normes en littératie en matière de santé font partie du processus d'homologation des hôpitaux.

Charte de Calgary – principes d'enseignement de la littératie en santé

Ensemble de principes sous-jacents au programme de cours en littératie en matière de santé proposé à la suite du congrès sur la littératie (HL Institute) qui a eu lieu à Calgary en 2008

Porte sur les compétences des personnes et les obstacles créés par les fournisseurs et les systèmes de services de santé. Les définitions précédentes se concentraient largement sur le patient et sous-estimaient le rôle du personnel du système de santé.

Fait la distinction entre la littératie et la communication en matière de santé.

Littératie en matière de santé : utilisation d'un ensemble de compétences et de capacités.

Communication : processus d'échange d'information.

Certaines, pas la totalité, des compétences sont les mêmes.

P. ex., une personne peut avoir d'excellentes compétences en communication, mais peut ne pas jouir d'une très bonne littératie en matière de santé.

http://www.centreforliteracy.qc.ca/Healthlitinst/Calgary_Charter_Oct_09.pdf

Charte de Calgary

La littératie en matière de santé s'applique à toutes les personnes et aux systèmes de santé.

- **Une personne peut faire preuve de littératie en matière de santé** en utilisant les compétences nécessaires pour trouver, comprendre, évaluer, communiquer et utiliser l'information.
- **Les fournisseurs peuvent faire preuve de littératie en matière de santé** en présentant l'information de manières qui améliorent la compréhension et la capacité des utilisateurs des services à agir en fonction de celle-ci.
- **Les fournisseurs peuvent faire preuve de littératie en matière de santé** en fournissant un accès égal, facile et dépourvu de honte à la prestation de soins de santé et à l'information en matière de santé.

La littératie en matière de santé en 2013

- Augmentation et élargissement de la recherche sur la littératie en matière de santé
 - Nombre d'études sur la littératie en matière de santé dans Pub Med au 5 novembre 2013 : 5 718
 - 1 700 ont débuté entre 2010 et 2012.
 - 1 018 ont débuté entre juillet 2012 et novembre 2013, et elles sont axées sur les résultats, la sécurité, le risque et la qualité en matière de santé.
- *Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations*, IOM, juin 2012

Dix qualités des organisations faisant preuve de littératie en matière de santé (10 Attributes of Health-Literate Organization)



This graphic reflects the views of the authors of the Discussion Paper "Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations" and not necessarily of the authors' organizations or of the IOM. The paper has not been subjected to the review procedures of the IOM and is not a report of the IOM or of the National Research Council.

Projet de volet de transition des congés

Lina Rinaldi,

Directrice de l'exploitation et chef de direction, Soins infirmiers, Brant Community Healthcare System,
et cadre déléguée associée

Remerciements

- Teresa Smith, présidente, Hôpital général de Hamilton, Hamilton Health Sciences et cadre déléguée associée
- CASC de HNHB, plus particulièrement l'équipe de transition d'intervention rapide du CASC



Comité directeur sur la circulation des patients du RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant (HNHB)

□ Contexte

- Groupe d'experts provincial sur l'autre niveau de soins (ANS) – 2006
- Comité directeur des ANS du RLISS de HNHB – 2007
- Composition du comité

Promouvoir, soutenir et éclairer dans les régions du RLISS de HNHB les stratégies qui veilleront à ce que les personnes se trouvent dans l'établissement le plus approprié, qui optimiseront la capacité du système et qui éviteront et réduiront le chevauchement en intégrant les secteurs.

Modèle logique du plan d'action conjoint

Pourquoi soutenir l'élaboration d'un volet de transition des congés?

- Les réadmissions non planifiées après 30 jours représentent environ 705 millions de dollars des coûts hospitaliers évalués en Ontario en 2008-2009.
- En Ontario, le taux de réadmission après 30 jours de 15 % est élevé comparativement à certains systèmes de santé de pointe.
- Les réadmissions ne se produisent pas seulement pour des raisons cliniques, mais également pour des raisons socioéconomiques.
- Elles sont souvent le résultat de déficiences dans la coordination et la communication au sein du système de soins de santé, comme le fait de ne pas réussir à s'assurer qu'un patient ait un rendez-vous de suivi déjà prévu avec son médecin de soins primaires au moment du congé.
- Les réadmissions évitables ne sont pas seulement liées à l'activité hospitalière. Ainsi, il existe un important besoin d'assurer une communication et une coordination efficace pour soutenir des transitions sécuritaires et efficaces au sein de tous les secteurs du continuum de soins.

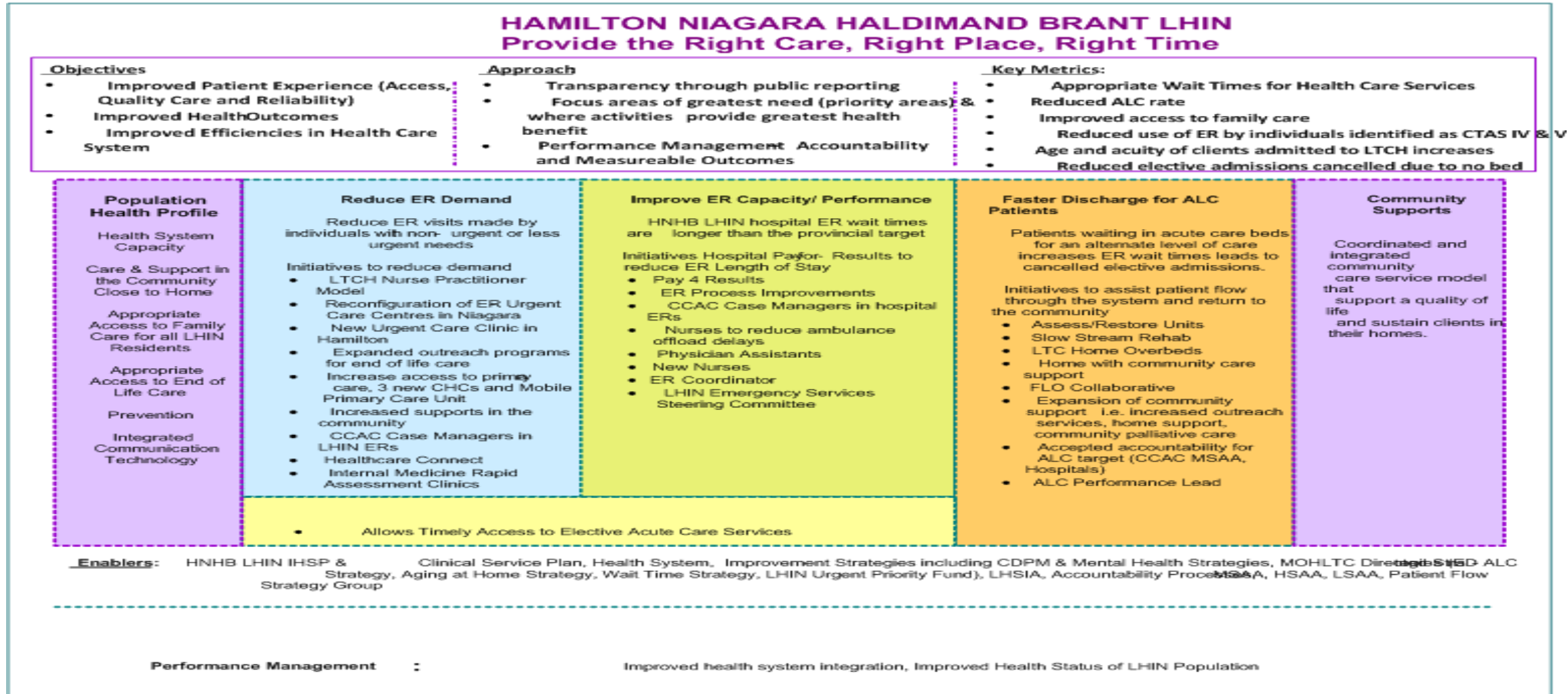
Allaudeen, N., Vidyarthi, A., Miselli, J. et Auerback, A. Redefining Readmission Risk factors for General Medicine Patients. Journal Of Hospital Medicine, vol. 6, n° 2 (2011). MSSLD (2011). Enhancing the Continuum of Care. Report of the Avoidable Hospitalization Advisory Panel.

Pourcentage de cas de patients hospitalisés atteints de MPOC et d'insuffisance cardiaque réadmis dans n'importe quel hôpital de HNHB dans les 30 jours suivant le congé

1^{er} avril au 30 septembre 2012

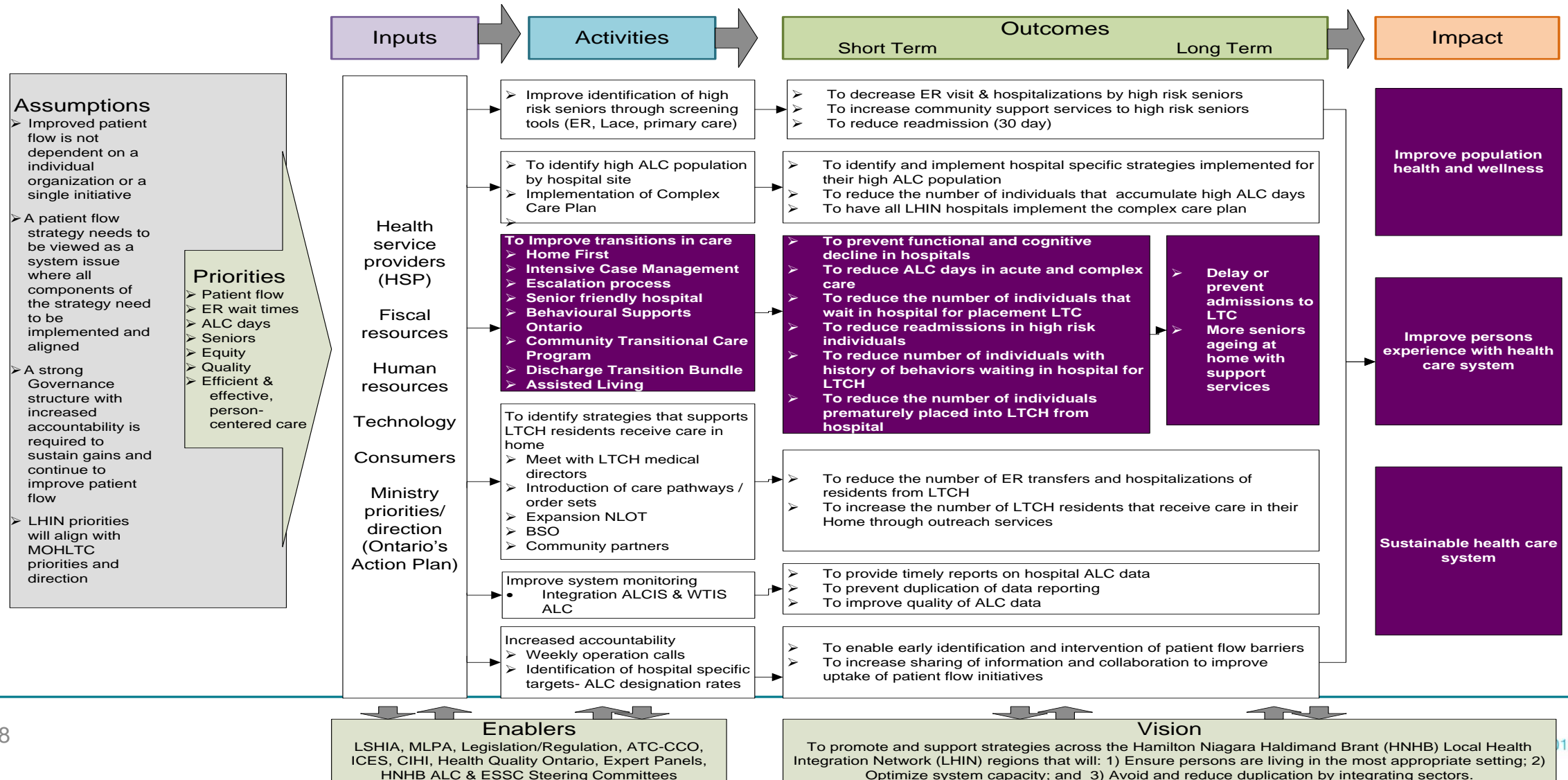
Description du GMA	Non réadmis	Réadmis après 30 jours ou moins	Réadmis après plus de 30 jours	Total global	Réadmis dans les 30 jours
MPOC	865	252	204	1321	19,1 %
Insuffisance cardiaque (sans angiogramme)	843	287	177	1307	22,0 %

Comité directeur sur la circulation des patients du RLISS de HNHB (autrefois le comité directeur des ANS)



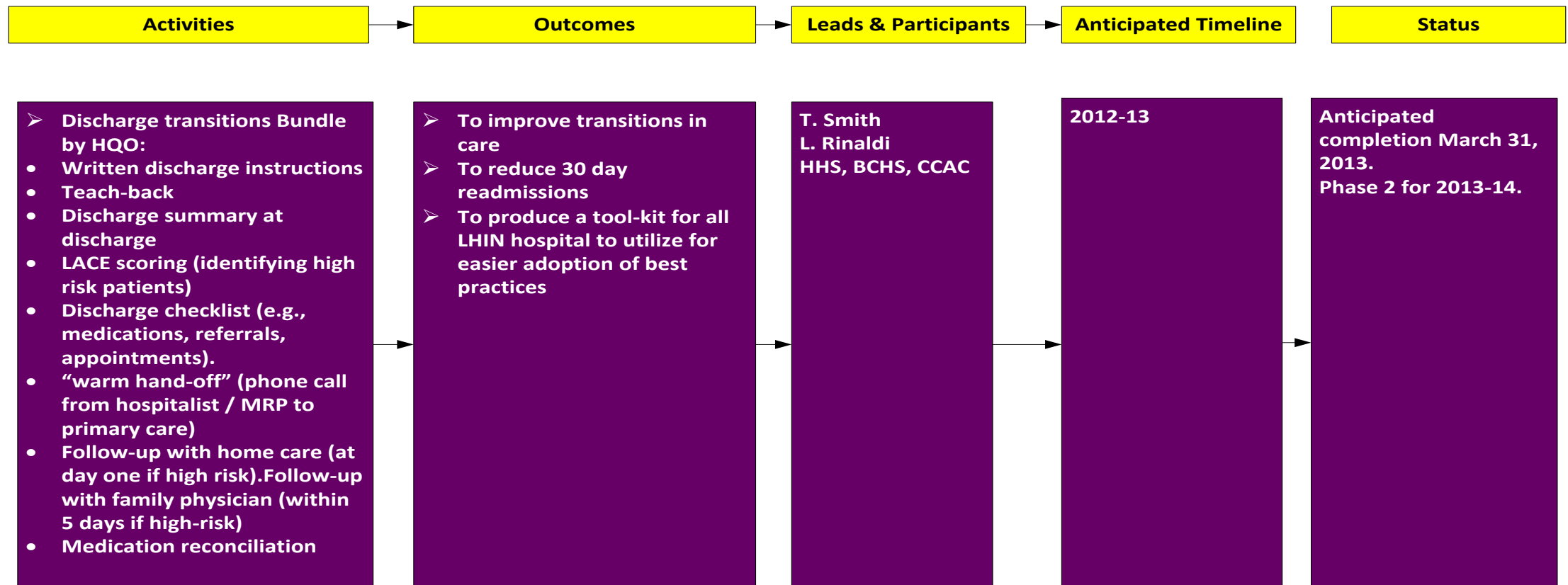
Comité directeur sur la circulation des patients du RLISS de HNHB (autrefois le comité directeur des ANS)

HNHB LHIN Alternate Level of Care 2012-13 Action Plan Logic Model



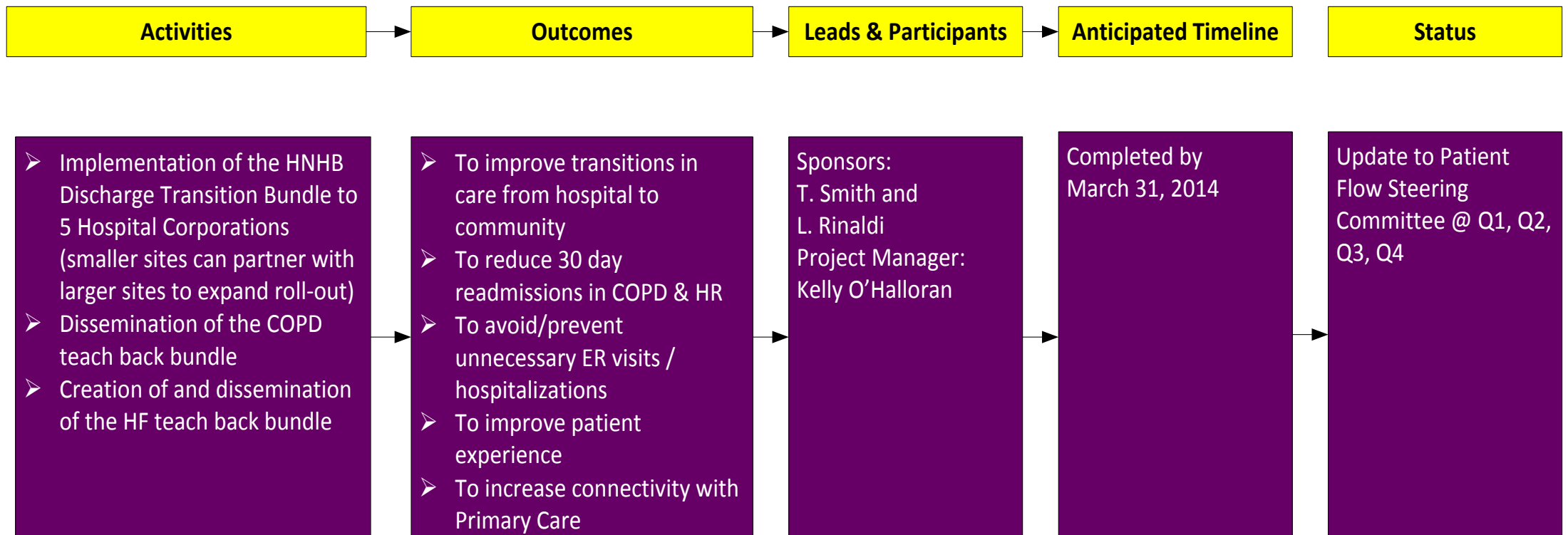
Comité directeur sur la circulation des patients du RLISS de HNHB (autrefois le comité directeur des ANS)

Comité directeur sur la circulation des patients du RLISS de HNHB Plan de travail 2012–2013



Comité directeur sur la circulation des patients du RLISS de HNHB (autrefois le comité directeur des ANS)

Plan de travail 2013–2015 du Comité directeur sur la circulation des patients du RLISS de HNHB

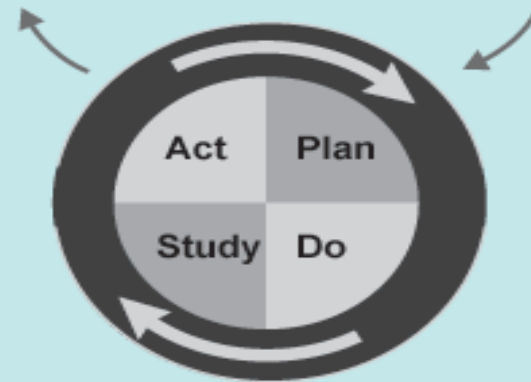


Élaboration et mise en œuvre

Kelly O' Halloran, R.N.(E.C.), M.Sc.N.,
Hamilton Health Sciences et chef de projet

The Quality Improvement Framework

Model for Improvement



Que tentons-nous d'accomplir?

- Améliorer la qualité des soins.
- Améliorer la qualité de vie des patients et des familles.
- Améliorer la compréhension du patient/de la personne soignante à l'égard de la condition clinique et du plan de soins.
- Aider les patients et les personnes soignantes à perfectionner leurs compétences en autoprise en charge.
- Améliorer la continuité des soins pour les patients après qu'ils ont reçu leur congé de l'hôpital.
- Cerner et soutenir les patients et les personnes soignantes à risque après le congé de l'hôpital.
- Réduire le nombre de visites évitables au service des urgences (SU) et des réadmissions dans les hôpitaux.

Comment saurons-nous qu'un changement constitue une amélioration?

Résultats du système – soins actifs

- Réadmissions dans les 30 jours, toutes causes confondues
- Nombre de jours entre le dernier congé et la réadmission
- Nombre de visites dans une clinique de soins d'urgence / au service des urgences avant les réadmissions

Résultats du système – collectivité

- Nombre de patients sans médecin aiguillés vers Accès Soins
- Visite aux soins primaires dans les sept jours pour les patients présentant un risque de réadmission allant de modéré à élevé

Mesures du processus – CASC

- Aiguillage vers le CASC 48 heures avant le congé chaque fois que c'est possible pour tous les patients admis pour moins de 72 heures
- Évaluation du CASC avec l'outil RAI-Contact Assessment pour les patients aiguillés vers le CASC effectuée dans les 24 heures pour les patients présentant un risque élevé
- Première visite de l'équipe de transition d'intervention rapide du CASC pour les patients présentant un risque élevé dans les 24 heures suivant le congé et dans les 48 heures pour les patients présentant un risque modéré

Comment saurons-nous qu'un changement constitue une amélioration? (suite)

Mesures du processus – soins actifs

- Nombre de patients avec instruction renversée documentée
- Nombre de patients présentant un risque allant de modéré à élevé possédant un exemplaire du document de mise en congé normalisé au moment de ce dernier, y compris la liste complète des médicaments et des rendez-vous de suivi
- Nombre de patients présentant un risque allant de modéré à élevé et de médecins généralistes à qui l'on a remis la liste des ordonnances/médicaments (devrait comprendre les nouvelles ordonnances et les médicaments déjà prescrits au moment de l'admission)
- Patients présentant un risque allant de modéré à élevé auxquels des renseignements ont été remis au moment du congé à l'égard des personnes avec lesquelles communiquer et de la manière d'utiliser les médicaments
- Liste des médicaments prescrits au moment du congé envoyée à la pharmacie, y compris la liste complète des médicaments
- Les patients présentant un risque de réadmission allant de modéré à élevé se verront attribuer un rendez-vous avec le médecin de famille dans les sept jours suivant leur congé.

Mesures visant à assurer l'équilibre

- Durée du séjour aux soins actifs

Quel changement pouvons-nous apporter pour améliorer les choses?

- Faire appel à la méthode de l'instruction inversée pour éduquer les patients et les personnes soignantes.
- Faire appel à la méthode de l'instruction inversée pour évaluer la littératie en matière de santé et le risque.
- Travailler en partenariat avec les patients et les personnes soignantes pour perfectionner les compétences en autoprise en charge.
- Fournir aux patients et aux personnes soignantes du matériel d'information écrit pour soutenir le transfert de connaissances.
- Éduquer le personnel et les médecins à l'égard de l'instruction inversée et de la littératie en matière de santé.

Quel changement pouvons-nous apporter pour améliorer les choses? (suite)

- Assurer un suivi en temps opportun avec le médecin de famille pour les patients et les personnes soignantes à risque.
- Assurer un suivi en temps opportun avec le CASC pour les patients et les personnes soignantes à risque.
- Effectuer un rapprochement des médicaments avant le congé de l'hôpital.
- Bien préparer le transfert entre l'hôpital, le médecin de famille et le CASC.
- Adopter l'instruction inversée dans tous les secteurs de santé et continuer d'évaluer le risque.
- Normaliser le matériel d'information des patients et des personnes soignantes dans tous les secteurs de santé.

Progrès réalisés à ce jour

- Cycles « Planifier–Faire–Étudier–Agir » effectués pour tous les composants du volet de transition des congés des patients atteints de MPOC et volet terminé – avril 2013.
- Les cycles « Planifier–Faire–Étudier–Agir » comprenaient de la rétroaction de la part des patients, des familles, des personnes soignantes et des professionnels de la santé de tous les secteurs de la santé.
- Volet sur l'insuffisance cardiaque terminé – septembre 2013.
- Mise en œuvre des volets sur la MPOC et l'insuffisance cardiaque dans tous les hôpitaux du RLISS de HNHB – 2013/2014.
- Évaluation officielle des unités du projet pilote – janvier 2014.

LEÇONS RETENUES

- Les connaissances sur la prise en charge/l'autoprise en charge des maladies chroniques et sur la littératie en matière de santé sont limitées dans les secteurs de la santé.
- L'information n'est pas fournie de façon uniforme aux patients/personnes soignantes.
- Un grand nombre de professionnels de la santé « disent » aux patients ce qu'ils devraient faire sans donner beaucoup d'explications ni évaluer leur compréhension.
- L'évaluation des soutiens nécessaires dans la collectivité n'a pas inclus de façon constante l'évaluation de la littératie en matière de santé.
- La normalisation du matériel d'information aide les professionnels de la santé débutants et occupés.

LEÇONS RETENUES (suite)

- Rendre le matériel d'information disponible dans différents formats aide les patients/personnes soignantes et les professionnels de la santé occupés.
- Les patients/personnes soignantes apprécient le temps que prennent les professionnels de la santé pour leur donner de l'information ET pour évaluer les lacunes ou les obstacles et tenter d'y remédier.
- Les professionnels de la santé étaient très satisfaits de la rétroaction reçue des patients/personnes soignantes et ont eu le sentiment qu'ils faisaient une différence.
- Les maillons santé devraient continuer de tirer profit de ce travail.

Vidéo : Instruction inversée



À l'aide de votre clavier, répondez à la question suivante :

Question 1 du sondage

D'après vous, quel est l'aspect le plus important de la littératie en matière de santé?

- a) Utiliser un langage ordinaire pour communiquer.
- b) Tester les compétences en lecture du patient/client/pensionnaire.
- c) Tester les compétences en communication du fournisseur de soins de santé.
- d) Offrir aux patients/clients/pensionnaires des renseignements sur la santé en différentes langues.
- e) Aider les patients à comprendre le système de santé et à y naviguer.

À l'aide de votre clavier, répondez à la question suivante :

Question 2 du sondage

Dans quelle mesure croyez-vous que votre organisme fait preuve de littératie en matière de santé?

- a) Pas du tout
- b) Parfois
- c) La plupart du temps
- d) Totalement
- e) Je ne suis pas certain(e) de ce que cela signifie.

RÉSUMÉ DE LA SÉANCE

DES QUESTIONS?

Prochaines étapes

Évaluations – Séance 10

- Veuillez remplir vos évaluations de la séance en utilisant l'application HQT ou le formulaire papier fourni. Vous pouvez également numériser le code QR, qui vous dirigera directement sur le site Web du sondage.

Clavier

- Veuillez laisser le clavier de commentaires sur votre chaise.

•**15 h 00** Pause (rafraîchissements) (niveau 800)

•**15 h 30** Cérémonie de remise des prix – Médaille ministérielle d'excellence pour la qualité et la sécurité des services de santé (niveau 800, salle G)

