



Littératie
en santé

Mai 2024

A background image showing silhouettes of various people walking on a light-colored floor. The floor is marked with a grid of thin lines that intersect to form a network of points, similar to a social network or a data visualization. The people are scattered across the grid, some standing alone, some in small groups, and some walking. The overall tone is light and airy.

Littératie en santé
Rapport de l'étude Health Literacy
Survey France 2020-2021

ÉTUDES ET ENQUÊTES

En partenariat avec



Résumé

Littératie en santé : rapport de l'étude *Health Literacy Survey France 2020-2021*

La France a participé pour la première fois à une enquête sur la littératie en santé (LS) des adultes. La littératie en santé renvoie à la motivation et aux compétences nécessaires à un individu pour repérer, comprendre, évaluer et utiliser des informations sur la santé qui permettent de maintenir et améliorer sa santé. Elle est considérée comme un déterminant majeur de la santé des populations.

L'enquête *Health Literacy Survey 2019-2021* (HLS19) est le fruit d'une collaboration internationale conduite par le réseau *Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy* (M-POHL). Ce réseau M-POHL a été créé sous l'égide de l'Initiative européenne d'information sur la santé (*European Health Information Initiative - EHII*) de l'OMS Europe en février 2018. Il s'appuie sur la première enquête européenne sur la littératie en santé (HLS-EU 2009-2012).

La France a participé à cette collaboration aux côtés de 16 autres pays entre 2019 et 2021.

Les principaux objectifs de cette enquête étaient :

- 1) La validation de l'adaptation française des instruments de mesure de la LS développés en amont de cette enquête.
- 2) L'estimation du niveau de LS et des principales difficultés dans la population générale adulte résidant en métropole.
- 3) L'étude des déterminants sociodémographiques de la LS.
- 4) L'exploration des associations entre LS et d'autres variables évaluant l'état de santé et des comportements tels que la pratique de l'activité physique.

Une enquête en ligne a été conduite en deux vagues (mai 2020 et janvier 2021) auprès de 2 003 adultes résidant en France métropolitaine appartenant au panel d'Ipsos ISay¹. Les internautes ont été sélectionnés selon la méthode des quotas respectant la structure de la population française selon l'âge, le genre, la région et la zone de résidence. Le questionnaire incluait :

- le questionnaire obligatoire pour participer à l'enquête internationale HLS19 : questionnaire de LS générale HLS-Q12 et caractéristiques sociodémographiques, comportementales et de santé ;
- des modules optionnels de LS spécifique sur la navigation dans le système de santé (HLS-NAV), la communication (HLS-COM) et les compétences numériques en santé (HLS-DIGI) ;
- quelques items liés aux sujets de recherche des chercheurs impliqués et à l'épidémie de Covid-19.

L'analyse permettant de valider les échelles montre que les différents questionnaires évaluant la LS générale (HLS-Q12) et les LS spécifiques (HLS-NAV, HLS-COM, HLS-DIGI) possèdent des propriétés psychométriques acceptables mais les quatre scores calculés présentent dans l'enquête un effet plafond plus ou moins important.

Les résultats mettent en évidence un score moyen de LS générale plutôt élevé (77,5/100). En classant les niveaux de LS en quatre catégories : *excellent*, *suffisant*, *problématique* ou *inadéquat*, ces résultats sont toutefois à nuancer avec 14,3% des personnes ayant un niveau « inadéquat » et 29,8% un niveau « problématique » de LS. Le niveau inadéquat de LS est associé à un statut social perçu défavorable, des difficultés financières et des problèmes de santé chroniques.

¹ <https://www.ipsosisay.com/fr-fr>

Les scores moyens et niveaux des échelles de LS spécifiques sont plus contrastés. En effet la part des répondants ayant un niveau inadéquat est de 49,2% pour la LS Navigation, 18,5% pour la LS en communication (ou LS interactive) et 52,0% en LS numérique.

Ces 3 scores spécifiques sont significativement ($p < 0,001$) corrélés au score HLS-Q12 : HLS-NAV ($r = 0,63$), HLS-COM ($r = 0,52$) et HLS-DIGI ($r = 0,59$). Cependant les liens ne sont pas très forts ($r < 0,7$) suggérant que les différents scores peuvent apporter des informations complémentaires. Pour ces trois instruments, on observe également un gradient social. Les difficultés financières sont associées à un niveau inadéquat pour les trois instruments ; un statut social défavorable est associé à un niveau inadéquat de LS Navigation et de LS interactive mais pas de LS numérique.

La difficulté perçue des différentes tâches investiguées dans ces échelles additionnelles est très variable, permettant de dégager des pistes intéressantes. Par exemple, une majorité des répondants expriment des difficultés pour déterminer si des intérêts commerciaux se cachent derrière les informations proposées sur Internet (69,2%), pour se défendre si les soins reçus ne répondent pas à leurs besoins (67,7%), pour comprendre les réformes en cours du système de santé qui pourraient affecter leurs soins (66,2%) ou encore pour juger de la fiabilité des informations trouvées sur Internet (64,8%).

Cette première enquête visant à fournir un état des lieux de la LS en France a mis en évidence les difficultés fréquentes des adultes français pour accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de prendre des décisions concernant leur santé. Les résultats pour la France confirment les résultats d'une large littérature internationale indiquant un gradient social du niveau de LS. Le statut social et les difficultés financières n'expliquent pas totalement le niveau de LS mais indiquent que les populations les plus défavorisées socioéconomiquement sont plus à risque de rapporter des difficultés. Bien qu'il soit difficile de comparer les résultats français à ceux des autres pays ayant participé à l'enquête HLS19, notamment du fait de modes de recueil variés, les résultats obtenus sont globalement similaires et renforcent le besoin de développer des interventions et des actions variées, depuis l'échelon local jusqu'à l'échelle internationale.

MOTS-CLÉS : LITTÉRATIE EN SANTÉ, NAVIGATION DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ, COMMUNICATION AVEC LES MÉDECINS, LITTÉRATIE EN SANTÉ NUMÉRIQUE, GRADIENT SOCIAL, INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ, COMPORTEMENTS DE SANTÉ, ÉTAT DE SANTÉ, PERCEPTION DE LA RECHERCHE MÉDICALE

Citation suggérée : Touzani R, Allaire C, Schultz E, Ousseine Y, Dembélé E, Rigal L, Vandentorren S, Guillemin F, Rouquette A, Mancini J. *Littératie en santé : rapport de l'étude Health Literacy Survey France 2020-2021*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2024. 99 p. Disponible à partir de l'URL : <https://www.santepubliquefrance.fr> et <https://sesstim.univ-amu.fr/fr/projet/hls19>

ISSN : 2609-2174 - ISBN-NET : 979-10-289-0857-7 - RÉALISÉ PAR LA DIRECTION DE LA COMMUNICATION, SANTÉ PUBLIQUE FRANCE - DÉPÔT LÉGAL : MAI 2024

Abstract

Health literacy survey: report from the Health Literacy Survey France 2020-2021

France participated for the first time in a survey on adult health literacy (HL). Health literacy refers to the motivation and skills needed for an individual to identify, understand, evaluate and use health information to maintain and improve their health. It is considered a major determinant of population health.

The Health Literacy Survey 2019-2021 (HLS19) is the result of an international collaboration led by the Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL). The M-POHL network was created under the WHO Europe's European Health Information Initiative - EHII) in February 2018. It is based on the first European survey on health literacy (HLS-EU 2009-2012).

France participated in this collaboration alongside 16 other countries between 2019 and 2021.

The main objectives of this survey were:

- 1) Approval of the French adaptation of HL measuring instruments developed as part of this survey.
- 2) Estimation of the level of HL and the main difficulties in the general adult population residing in mainland France.
- 3) Study of the socio-demographic and socio-economic determinants of HL.
- 4) Exploring associations between HL and other variables assessing health status and behaviours such as physical activity.

An online survey was conducted in two waves (May 2020 and January 2021) among 2,003 adults residing in mainland France belonging to the Ipsos ISay panel². Internet users were selected according to the quota method respecting the structure of the French population according to age, gender, region and area of residence. The questionnaire included:

- the mandatory questionnaire for participating in the international HLS19 survey: general HL questionnaire HLS-Q12 and socio-demographic, behavioural and health characteristics;
- specific HL optional modules on navigating the health system (HLS-NAV), communication (HLS-COM) and digital health skills (HLS-DIGI);
- a few items related to the research subjects of the researchers involved or the context of the survey related to the Covid-19 epidemic.

The analysis used to validate the scales shows that the various questionnaires assessing general HL (HLS-Q12) and specific HL (HLS-NAV, HLS-COM, HLS-DIGI) have acceptable psychometric properties, but the four scores calculated show a more or less significant ceiling effect in the survey.

The results show a fairly high overall HL score (77.5/100). By classifying HL levels into four categories: *excellent*, *sufficient*, *problematic* or *inadequate*, these results are however to be qualified with 14.3% of people with an "inadequate" level and 29.8% of people with a "problematic" level of HL. The inadequate level of HL is associated with unfavourable perceived social status, financial difficulties, and chronic health problems.

The mean scores and levels of specific HL scales are more contrasted. The proportion of respondents with an inadequate level is 49.2% for navigation HL, 18.5% for communication HL (or interactive HL) and 52.0% for digital HL.

These 3 specific scores are significantly ($p < 0.001$) correlated with HLS-Q12: HLS-NAV ($r = 0.63$), HLS-COM ($r = 0.52$) and HLS-DIGI ($r = 0.59$). However, the links are not too close ($r = 0.7$) suggesting

² <https://www.ipsosisay.com/fr-fr>

that different scores can provide additional information. For these three instruments, there is also a social gradient. Financial difficulties are associated with an inadequate level of the three instruments; unfavourable social status is associated with an inadequate level of navigation HL and interactive HL but not digital HL.

The perceived difficulty of the various tasks investigated in these additional scales varies greatly, making it possible to identify interesting links. For example, a majority of respondents express difficulty in determining whether there are commercial interests behind the information proposed online (69.2%), in defending themselves if the care received does not meet their needs (67.7%), in understanding the ongoing reforms of the health system that could affect their care (66.2%) or in judging the reliability of the information found online (64.8%).

This first survey aimed at giving a situational analysis of HL in France revealed the frequent difficulties among French adults in accessing, understanding, evaluating and using information to make decisions about their health. The results for France confirm the results from a broad section of international literature indicating a social gradient in the level of HL. Social status and financial difficulties do not fully explain the HL level but indicate that the most socio-economically disadvantaged populations are more at risk of reporting difficulties. Although it is difficult to compare the French results with those of other countries that participated in the HLS19 survey, particularly due to the variety of collection methods, the results obtained are generally similar and reinforce the need to develop various interventions and actions, from local to international level.

KEYWORDS: HEALTH LITERACY, HEALTH SYSTEM NAVIGATION, COMMUNICATION WITH PHYSICIANS, DIGITAL HEALTH LITERACY, SOCIAL GRADIENT, SOCIAL INEQUALITY IN HEALTH, HEALTH BEHAVIOURS, HEALTH STATUS, PERCEPTION OF MEDICAL RESEARCH

Suggested citation: Touzani R, Allaire C, Schultz E, Ousseine Y, Dembélé E, Rigal L, Vandentorren S, Guillemin F, Rouquette A, Mancini J. *Littératie en santé : rapport de l'étude Health Literacy Survey France 2020-2021*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2024. 99 p. Disponible à partir de l'URL : <https://www.santepubliquefrance.fr> et <https://sesstim.univ-amu.fr/fr/projet/hls19>

ISSN: 2609-2174 - ISBN-NET: 979-10-289-0857-7 - PRODUCED BY THE COMMUNICATIONS DEPARTMENT, SANTÉ PUBLIQUE FRANCE - LEGAL SUBMISSION: MAY 2024

Comité de pilotage

Cécile Allaire*	Santé publique France
Élodie Dembélé	Sesstim (UMR1252 Aix Marseille Université, Inserm, IRD, Isspam)
Francis Guillemain*	CIC Épidémiologie clinique - CHRU, Inserm, Université de Lorraine, Nancy, France
Julien Mancini*	Sesstim (UMR1252 Aix Marseille Université, Inserm, IRD, Isspam) & Service Biostatistiques et technologies de l'information et de la communication (APHM)
Yousseoufa Ousseine*	Santé publique France
Laurent Rigal*	CESP (Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations), Université Paris-Saclay, Inserm 1018
Alexandra Rouquette*	CESP Université Paris-Saclay, Université Paris-Sud, Inserm U1018 & Département d'épidémiologie et de santé publique, AP-HP, Bicêtre Hôpitaux universitaires Paris Sud, Le Kremlin-Bicêtre, France
Émilien Schultz	Médialab (Sciences Po) & Sesstim (UMR1252 Aix Marseille Université, Inserm, IRD, Isspam)
Stéphanie Vandentorren*	Santé publique France
Rajae Touzani*	Sesstim (UMR1252 Aix Marseille Université, Inserm, IRD, Isspam) & Institut Paoli-Calmettes

* Membres du réseau Réflis.

Remerciements

Ce travail a été financé par Santé publique France et la Ligue contre le cancer (Équipe CaLIPSo labellisée en 2019).

Nous remercions le groupe de relecture du rapport :

Anne-Déborah Bouhnik, Géraldine Cazorla (Sesstim) ;
Laurent Rigal (Inserm CESP) ;
Francis Guillemain (CIC Épidémiologie clinique - CHRU, Inserm, Université de Lorraine, Nancy) ;
Pierre Arwidson, Laëtitia Huiart et Stéphanie Vandentorren (Santé publique France).

Nous remercions le Réseau francophone de la littératie en santé (Réflis), en particulier les professeurs Francis Guillemain, Laurent Rigal, Alexandra Rouquette et Stephan Van den Broucke pour leur aide à la réalisation de l'enquête française et/ou à l'interprétation des analyses conduites.

Nous remercions les membres internationaux de la réunion de consensus pour avoir réglé les derniers détails du questionnaire francophone :

- Belgique : Stephan Van den Broucke ;
- France : Julien Mancini et Alexandra Rouquette ;
- Suisse : Patrick Bodenmann, Lionel De Alencastro, Carole Délétroz et Isabelle Villard.

Nous remercions les étudiantes en Master (Firielle Dala, Vama Jhumkhawala, Marie Quilley, Julia Rennert) qui ont participé à l'analyse des données.

Nous remercions les personnels de Santé publique France (Raphaël Andler, Corinne Delamaire, Romain Guignard et Benoît Salanave) qui ont suggéré des recodages optimaux pour les variables décrivant les comportements et états de santé des participants.

Structures impliquées

Santé publique France est l'agence nationale de santé publique. Placée sous la tutelle du ministère chargé de la santé, elle a pour mission d'améliorer et de protéger la santé des populations.

L'agence a été créée en 2016. Elle est issue de la fusion de quatre entités : l'Institut de veille sanitaire (InVS), l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus) et le groupement d'intérêt public Addiction, drogue, alcool info service (Adalis).

L'agence est un centre de référence en santé publique fondé sur le continuum entre la connaissance et l'intervention. Sa mission principale s'articule autour de trois grands axes :

- Anticiper : assurer l'exécution d'un système national de veille et de surveillance afin de détecter et d'anticiper les risques sanitaires et d'apporter des éléments de décision à la puissance publique.
- Comprendre : améliorer la connaissance sur l'état de santé de la population, les comportements, les risques pour la santé et concevoir les stratégies d'intervention en prévention et promotion de la santé.
- Agir : promouvoir la santé, agir sur les environnements, expérimenter et appliquer les programmes de prévention, répondre aux crises sanitaires.

L'agence agit à la fois sur les déterminants de santé et en direction des populations et place la prise en compte des inégalités sociales de santé au cœur de sa méthode de travail.

Le Sesstim (Sciences économiques et sociales de la santé & traitement de l'information médicale) est une unité mixte de recherche (UMR1252) dirigée par le Pr Roch Giorgi. Il est sous la tutelle de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), de l'Institut de recherche pour le développement (IRD) et de l'Université d'Aix-Marseille (AMU). Il est un des membres fondateurs de l'Institut des sciences de la santé publique d'Aix-Marseille (Isspam). Le Sesstim se compose actuellement de trois équipes :

- CaLIPSo : Cancer et lutte contre les inégalités dans la prévention et dans les soins (responsables : Patrizia Carrieri IR, Pr. Julien Mancini)
- SanteRCom : Santé et recherche communautaire (responsable : Perrine Roux DR)
- QUANTIM : Méthodes quantitatives et traitement de l'information médicale (responsable : Pr. Roch Giorgi).

La mission principale du Sesstim est de produire une recherche d'excellence, pluridisciplinaire et interdisciplinaire, en sciences humaines et sociales et en santé publique, pouvant conduire à des changements dans les différents champs de la médecine prédictive, personnalisée, préemptive et participative. Son projet se focalise sur le développement de recherches et d'innovations à travers le transfert de méthodes quantitatives et qualitatives. Il associe biologie et clinique pour promouvoir la recherche dans le domaine des innovations biomédicales.

Les travaux de recherche sont dirigés contre les maladies cancéreuses et les maladies infectieuses et transmissibles. Ils prennent en compte les facteurs individuels, populationnels ou contextuels et leurs questionnements ciblent les populations françaises, les populations des pays du Nord en général mais aussi celles du Sud (bassin méditerranéen ou de l'Afrique subsaharienne, principalement).

Le partenaire de l'Étude HLS19 est l'équipe CaLIPSo qui a développé une recherche transversale intitulée « Information, autonomie et décisions en cancérologie » abordant notamment la question des inégalités en santé via la participation à la prise de décision de toutes les personnes qui le souhaitent quel que soit leur niveau de compréhension des informations médicales (i.e., leur niveau de LS).

Le Réflis est le premier réseau francophone de chercheurs consacré à la LS et la LS numérique. Sa mission première est de comprendre le rôle de la LS dans la construction des inégalités sociales de santé. Le réseau fédère 18 équipes, avec des chercheurs représentant une large partie des disciplines de la santé publique.

Les projets de recherche s'articulent autour des sujets suivants :

- L'exploration des liens entre inégalités sociales, LS et prévention (dépistage, nutrition...) et/ou les soins de pathologies chroniques (diabète, troubles mentaux, cancer, pathologies rhumatismales, VIH, ostéoporose...).
- La mesure de la LS, en particulier la validation en français des questionnaires de mesure de la LS, questionnaires qui sont mis à disposition de la communauté scientifique travaillant avec des publics francophones.
- La construction et l'évaluation d'interventions ayant pour but d'améliorer la LS à destination de différentes populations : les jeunes, les personnes défavorisées, les patients souffrant de maladies chroniques, etc.

Abréviations

AFC	Analyse factorielle confirmatoire
APHM	Assistance publique des hôpitaux de Marseille
APRP	<i>Average Percentage Response Patterns</i>
AP	Activité Physique
CAWI	<i>Computer Assisted Web Interview</i>
CESP	Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations
CIC	Centres d'investigation clinique
CFI	<i>Comparative Fit Index</i>
CHRU	Centre hospitalier régional universitaire
CIO	<i>Cancer Information Overload</i>
DIF	<i>Differential Item Functioning</i>
EC	Essai clinique
EHII	Initiative européenne d'information sanitaire (<i>European Health Information Initiative</i>)
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
Isspam	Institut des sciences de la santé publique (Université d'Aix-Marseille)
IMC	Indice de masse corporelle
IRD	Institut de recherche pour le développement
HLS-COM	<i>Communicative Health Literacy</i> (6 items)
HLS-DIGI	<i>Digital Health Literacy</i> (8 items)
HLS-NAV	<i>Navigational Health Literacy</i> (12 items)
HLS19	<i>Health Literacy Survey 2019-2021</i>
HLS-EU	Enquête européenne <i>Health Literacy Survey</i> conduite en 2011
HLS-Q12	Questionnaire de littératie en santé générale (12 items)
LS	Littératie en santé
MEHM	<i>Minimum European Health Module</i>
M-POHL	<i>Measuring Population and Organisational Health Literacy (Action Network)</i>
NTIC	Nouvelles technologies de l'information et de la communication
OMS	Organisation mondiale de la santé
OR	<i>Odds Ratio</i>
Réflis	Réseau francophone de la littératie en santé
RMSEA	<i>Root Mean Square Error Approximation</i>
SD	<i>Standard Deviation</i>
Sesstim	Sciences économiques et sociales de la santé & traitement de l'information médicale
SRMSR	<i>Standardized Root Mean Square Residual</i>
TLI	<i>Tucker-Lewis Index</i>
UMR	Unité mixte de recherche
Vican	La vie après un diagnostic de cancer

Sommaire

Résumé.....	2
Abstract.....	4
Comité de pilotage	6
Remerciements	6
Structures impliquées.....	7
Abréviations	9
1. Contexte général et objectifs.....	12
2. Méthodes	15
2.1 Population.....	15
2.2 Questionnaire	16
2.2.1 Partie A et B : Littératie en santé générale et spécifiques.....	16
2.2.2 Partie C : Perception de la recherche médicale et des essais cliniques, niveau de confiance dans les institutions.....	16
2.2.3 Partie D : L'épidémie de coronavirus (Covid-19).....	16
2.2.4 Partie E : Caractérisation des répondants	17
2.2.5 Adaptation française du questionnaire HLS19	17
2.3 Considérations éthiques.....	18
2.4 Accès aux questionnaires et données.....	18
2.5 Analyses	18
2.5.1 Éléments de validation des échelles.....	19
2.5.2 Corrélation entre les différentes échelles.....	19
2.5.3 Description des réponses aux 4 échelles de LS : scores, catégories et difficultés.....	19
2.5.4 Déterminants.....	20
2.5.5 Associations entre LS générale et indicateurs de comportements de santé, de mode de vie, d'état de santé	20
2.5.6 Association entre LS et perception de la recherche médicale.....	21
3. Littératie en santé générale (HLS-Q12).....	22
3.1 Introduction.....	22
3.2 Résultats.....	23
3.2.1 Description des niveaux de LS générale dans la population et identification des principales difficultés.....	23
3.2.2 Les déterminants de la littératie en santé générale.....	26
3.2.3 Validation de l'échelle HLS-Q12	28
3.3 Synthèse.....	28
4. Compétences pour naviguer dans le système de santé (HLS-NAV).....	29
4.1 Introduction.....	29
4.2 Résultats.....	30
4.2.1 Distribution du score HLS-NAV.....	30
4.2.2 Pourcentage moyen de réponses (APRP).....	30
4.2.3 Distribution des catégories de HLS-NAV	31
4.2.4 Principales difficultés selon les items de HLS-NAV.....	31
4.2.5 Étude des déterminants de la LS-Navigation	33
4.2.6 Validation de l'échelle HLS-NAV.....	35
4.3 Synthèse.....	35

5. Compétences pour communiquer avec les médecins (HLS-COM)	37
5.1 Introduction	37
5.2 Résultats.....	38
5.2.1 Description des niveaux de compétences pour communiquer avec les médecins et identification des principales difficultés	38
5.2.2 Étude des déterminants de la LS interactive.....	40
5.2.3 Éléments de validation de l'échelle HLS-COM.....	43
5.3 Synthèse.....	43
6. Littératie en santé numérique (HLS-DIGI)	45
6.1 Introduction	45
6.2 Résultats.....	46
6.2.1 Distribution du score de LS numérique (HLS-DIGI)	46
6.2.2 Pourcentage moyen de réponses (APRP)	46
6.2.3 Les catégories de niveaux de LS numérique	47
6.2.4 Les principales difficultés perçues	47
6.2.5 Les déterminants de la LS numérique	48
6.2.6 Validation de l'échelle HLS-DIGI.....	51
6.3 Synthèse.....	51
7. Littératie en santé et comportements préventifs	53
7.1 Introduction	53
7.2 Résultats.....	54
7.2.1 Indicateurs de santé et de mode de vie	54
7.2.2 Facteurs associés aux indicateurs de santé et de mode de vie	55
7.3 Synthèse.....	56
8. Association entre littératie en santé et état de santé perçu	58
8.1 Introduction	58
8.2 Résultats.....	58
8.3 Synthèse.....	60
9. La perception de la recherche médicale en France	62
9.1 Introduction	62
9.2 Résultats.....	63
9.2.1 Perception générale de la recherche médicale	63
9.2.2 Perception de la recherche clinique	64
9.2.3 La LS joue un rôle dans la connaissance des essais cliniques et l'avis porté sur ces essais	65
9.3 Synthèse.....	67
10. Discussion	68
Références bibliographiques	71
Annexe 1. Description de l'échantillon selon les deux vagues de l'étude.....	76
Annexe 2. Questionnaire	78
Annexe 3. Correspondance entre les items du questionnaire français et leurs libellés dans la base HLS19	98

1. CONTEXTE GÉNÉRAL ET OBJECTIFS

Éléments clés

- La littératie en santé se comprend comme la motivation et les compétences des individus pour accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information pour maintenir et améliorer leur santé.
- Elle est considérée comme un déterminant majeur de la santé des populations.
- Un réseau européen propose depuis plusieurs années de mesurer et décrire la littératie en santé de la population par des enquêtes.
- La France a participé pour la 1^{re} fois à cette enquête en 2020-2021.

La littératie en santé est définie comme « la connaissance, les compétences, la motivation et la capacité d'un individu à repérer, comprendre, évaluer et utiliser des informations sur la santé lors de la prise de décision dans les contextes des soins de santé, de la prévention des maladies et de la promotion de la santé pour maintenir ou améliorer la qualité de la vie au cours de la vie » (1). Ce concept multidimensionnel comprend, selon Nutbeam, des compétences variées : on parle de LS fonctionnelle, interactive (ou communicationnelle) et critique (2). La LS fonctionnelle correspond aux compétences de base en lecture et en écriture qui permettent à l'individu de comprendre les informations sur la santé et d'utiliser le système de santé. La LS interactive fait référence aux capacités de l'individu à interagir en posant des questions, en décrivant sa situation, en expliquant et/ou discutant de problèmes de santé avec des soignants. La LS critique fait référence à la capacité à porter un jugement sur les informations en santé afin de prendre des décisions de santé éclairées pour gérer correctement ses problèmes de santé et prendre soin de sa santé.

Dans le modèle conceptuel développé par Sørensen *et al.*, ces dimensions sont représentées par quatre processus clés : l'accès, la compréhension, l'évaluation et l'application des informations relatives à la santé (1). Ces processus sont impliqués dans trois champs de mobilisation de la LS : les soins, la prévention des maladies et plus globalement la promotion de la santé. Ainsi, avec cette définition large, le concept de LS a trouvé sa place dans la santé publique (3), permettant de dépasser une vision plus étroite de la LS centrée sur le soin. Les études initiales se focalisaient en effet sur la LS fonctionnelle et ses répercussions sur l'observance thérapeutique (4). Aujourd'hui, un nombre croissant de travaux sur le sujet permettent de décrire et mieux comprendre les liens entre LS, déterminants sociaux, comportements et état de santé.

Ils convergent pour indiquer des liens entre une LS limitée³ et une santé dégradée, une position sociale plus défavorable, un moindre recours à la prévention, au dépistage et aux soins, ainsi qu'à des comportements de santé moins favorables.

La prévalence d'une LS limitée au sein de la population semble élevée d'après les données disponibles. En Europe, l'enquête HLS-EU conduite en 2011 dans huit pays européens (5), a montré que presque un participant sur deux (47,6%) avait une LS limitée, avec une variabilité importante allant de 28,7% (Pays Bas) à 62,1% (Bulgarie). Par ailleurs, plusieurs groupes de population définis par un âge avancé d'une part, des difficultés financières, un plus faible statut social, un moindre niveau d'éducation d'autre part, présentaient des proportions plus élevées de personnes ayant une LS limitée, suggérant la présence d'un gradient social. L'amélioration du niveau de LS est donc un enjeu majeur de santé publique et un levier permettant d'élaborer des stratégies visant à améliorer l'équité en santé et/ou réduire les inégalités sociales de santé

³ Il existe de multiples caractérisations possibles des niveaux de Littératie en santé (LS). Dans ce rapport, la formulation « LS limitée » renvoie au regroupement des niveaux problématique et inadéquat de LS utilisé dans l'enquête HLS-EU de 2011.

(5-7). Au niveau européen, ceci s'est traduit par la création en 2017 du réseau M-POHL (Encadré). Ce réseau s'est donné pour objectif d'améliorer la LS en Europe en facilitant la production de données comparables au niveau international et en mobilisant les acteurs publics pour mener des interventions probantes.

Encadré : L'étude HLS19, un projet de l'OMS Europe porté par le réseau M-POHL

Les études européennes sur la littératie en santé HLS-EU (*European Health Literacy Surveys*) sont portées par le réseau *Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy* (M-POHL). Ce réseau a été créé officiellement en 2017 dans le cadre de l'initiative européenne d'information sanitaire (EHII) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

L'objectif principal du réseau M-POHL est de déployer une enquête régulière sur la littératie en santé dans la région européenne de l'OMS qui couvre un vaste territoire géographique comprenant 53 pays et s'étendant du Groenland à la Fédération de Russie et de la Méditerranée à la mer Baltique. La 1^{re} version de l'étude HLS-EU a été menée en 2012 dans 8 pays, et la seconde entre 2019 et 2021 dans 17 pays incluant des pays hors de l'Union européenne (cf. liste dans la partie 2. Méthodes).

Avant 2019, aucune enquête à visée représentative n'avait été conduite en population générale française pour dresser un état des lieux des niveaux de LS. Une prévalence élevée des difficultés fonctionnelles avait cependant été suggérée par l'étude Vican utilisant une question de dépistage de la LS fonctionnelle auprès d'un échantillon représentatif de plus de 4 000 patients atteints de cancer (8). La France a donc saisi l'opportunité d'intégrer le réseau M-POHL aux côtés d'autres pays européens pour participer à l'enquête HLS19 lancée en 2019 et dont le terrain d'enquête s'est tenu en 2020 et 2021, via un partenariat entre Santé publique France, le réseau Réflis et l'unité de recherche Sesstim.

Différents instruments de mesure ont été utilisés dans l'enquête française HLS19 :

- La LS générale avec le HLS-Q12⁴ (*General Health Literacy*, 12 items) : mesure brève permettant une évaluation du niveau de LS comparable entre pays, ciblant les 3 domaines et 4 processus clés de la LS ;
- La LS numérique avec le HLS-DIGI (*Digital Health Literacy*, 8 items) : évaluation des compétences spécifiques nécessaires pour utiliser au mieux les nouvelles technologies de l'information et de la communication en santé ;
- La LS Navigation avec le HLS-NAV (*Navigational Health Literacy*, 12 items) : évaluation des compétences spécifiques nécessaires pour naviguer dans le système de santé ;
- La LS interactive approchée par le questionnaire HLS-COM (*Communicative Health Literacy with physicians in health care services*, version courte à 6 items) : évaluation des compétences spécifiques nécessaires pour communiquer avec les médecins.

⁴ Selon la dénomination du Réseau européen, les questionnaires utilisés sont : HLS₁₉-Q12-FR, HLS-DIGI-FR, HLS-NAV-FR et HLS-COM-P-Q6-FR.

Les principaux objectifs de l'enquête française, présentés dans ce rapport national, étaient :

- 1) l'estimation du niveau de LS et l'identification des principales difficultés dans la population générale adulte résidant en métropole ;
- 2) l'analyse du lien entre des déterminants sociodémographiques des LS générale et spécifiques ;
- 3) l'exploration des associations entre mesures de LS et d'autres variables évaluant attitudes et comportements et l'état de santé de la population ;
- 4) la validation de l'adaptation française des instruments de mesure de la LS développés dans le cadre de cette enquête. Ces résultats sont présentés à la fin de chacun des chapitres pour faciliter la lecture du rapport, bien qu'étant l'étape préalable aux analyses.

2. MÉTHODES

Éléments clés

- Enquête menée auprès de 2 003 répondants en 2 vagues (en mai 2020 et janvier 2021).
- Adultes de 18 à 75 ans représentatifs de la population adulte résidant en France métropolitaine selon l'âge, le sexe, la région et la zone de résidence, selon la méthode des quotas.
- Questionnaire en ligne combinant les questions de l'enquête HLS19 adaptée en français et des questions spécifiques à l'enquête conduite en France.
- Validation psychométrique des échelles de mesure de la littératie en santé avant analyses descriptives et des facteurs associés aux différents scores obtenus.

L'enquête internationale HLS19 a été menée entre novembre 2019 et juin 2021 auprès de 42 445 adultes dans 17 pays, principalement européens : Autriche, Belgique, Bulgarie, Suisse, Tchéquie, Allemagne, Danemark, France, Hongrie, Irlande, Israël, Italie, Norvège, Portugal, Russie, Slovénie et Slovaquie. Les méthodes utilisées pour la composante française de cette enquête sont indiquées ci-dessous.

2.1 Population

Conformément aux normes minimales de collecte de données de l'enquête HLS19, une enquête en ligne (*Computer Assisted Web Interview, CAWI*) a été conduite auprès d'un échantillon d'au minimum 1 000 participants adultes sélectionnés selon la méthode des quotas. Les répondants potentiels ont été sélectionnés dans le panel en ligne Ipsos iSay⁵ selon les quotas préétablis définis par groupe d'âge (18-25 ; 26-35 ; 36-45 ; 46-55 ; 56-65 ; 66-75), sexe, région de résidence (13 régions métropolitaines) et densité de population du lieu de résidence (prédominance rurale ou urbaine) à partir des données de recensement de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) de 2015. À la différence des autres pays, il a été décidé de ne pas interroger les plus de 75 ans devant la difficulté à recruter suffisamment de personnes représentatives dans cette tranche d'âge via un panel en ligne.

Une première vague de recrutement a eu lieu entre le 27 mai et le 5 juin 2020 permettant la participation de 1 003 personnes. Ce recrutement rapide a été rendu possible par un léger assouplissement des quotas au bout de quelques jours. La plus grande différence entre objectif et recrutement liée à cet assouplissement a été de -1,5% pour les participants âgés de 18 à 25 ans (11,5% de l'échantillon au lieu des 13,0% prévus). Les différences ont été corrigées lors de l'analyse à l'aide d'une pondération. La durée moyenne de réponse au questionnaire était de 21 minutes.

Du fait de la période particulière de cette première vague d'enquête (2 semaines après la fin du premier confinement en France pendant l'épidémie de Covid-19), une deuxième vague avait été planifiée pour vérifier la stabilité des estimations hors contexte épidémique. Cet objectif n'a pas pu être atteint mais la deuxième vague a tout de même été réalisée du 8 au 18 janvier 2021 auprès de 1 000 participants. La même méthode d'enquête a été utilisée avec le même léger assouplissement des quotas après quelques jours. La plus grande différence entre objectif et recrutement pour cette deuxième vague était de -1,3% pour les participants ruraux (21,1% de l'échantillon au lieu des 22,4% prévus). Le questionnaire (cf. ci-dessous) a

⁵ Il s'agit de volontaires inscrits à un panel, qui participent à des enquêtes en ligne. Ils sont récompensés par des points cadeaux.

été légèrement modifié, en incluant notamment l'échelle de LS numérique (HLS-DIGI). La durée moyenne de réponse au questionnaire était de 24 minutes.

Une pondération a été appliquée afin que les deux échantillons soient représentatifs de la population de référence (Insee 2015). La description des échantillons est présentée dans l'annexe 1.

2.2 Questionnaire

Le questionnaire proposé inclut les items obligatoires pour participer à l'enquête HLS19, quelques modules optionnels d'HLS19 et d'autres items en lien avec les thématiques de recherche du Sesstim telles que la confiance dans la recherche médicale ou le contexte lié à l'épidémie de la Covid-19 (Tableau 2.1). Le questionnaire utilisé lors de la deuxième vague est similaire hormis l'ajout de l'échelle HLS-DIGI et la modification de certains items contextuels (Annexe 2).

Il était divisé en cinq parties, dans les deux vagues.

2.2.1 Partie A et B : Littératie en santé générale et spécifiques

La LS générale est évaluée à l'aide de l'échelle HLS-Q12 et les LS spécifiques à l'aide des échelles HLS-NAV, HLS-DIGI et HLS-COM. Ces échelles seront présentées dans les parties 3 à 6 qui leurs sont consacrées.

2.2.2 Partie C : Perception de la recherche médicale et des essais cliniques, niveau de confiance dans les institutions

La perception de la recherche médicale a été mesurée à l'aide d'une échelle à 8 (vague 1) et 9 (vague 2) items développée par le Sesstim. La section sur les essais cliniques reprend les items utilisés dans une enquête précédente sur l'attitude des patients envers la participation hypothétique à un essai clinique (9). Par ailleurs, pour aborder la question de la recherche clinique, nous avons intégré des questions des enquêtes sur la perception de la science en société, notamment autour de la confiance dans différents acteurs comme les médecins, les scientifiques ou les politiques (10).

Certaines questions spécifiques à l'enquête française ont été ajoutées à celles requises ou optionnelles de l'enquête HLS19 mais n'ont pas été traitées dans le cadre de ce rapport. Quatre questions ont évalué la perception des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) pour les consultations médicales (deux questions sur les consultations utilisant la vidéo et deux autres sur les applications mobiles) afin de compléter l'évaluation de la LS interactive. Le questionnaire *Cancer Information Overload* (CIO, 5 items) ou une adaptation pour la Covid-19 ont également été utilisés pour évaluer le sentiment d'information sur ces maladies (11).

2.2.3 Partie D : L'épidémie de coronavirus (Covid-19)

Cette partie comporte des questions portant sur l'épidémie de Covid-19 (utilisation de l'application de traçage, application des gestes barrières et connaissance des risques de transmission). Ces questions ne font pas partie de celles requises ou optionnelles dans l'enquête HLS19 et n'ont pas été traitées dans le cadre de ce rapport.

2.2.4 Partie E : Caractérisation des répondants

Les questions obligatoires (31 « *core correlates* ») de l'enquête HLS19 sont principalement issues des grandes enquêtes internationales sur la santé (*European Health Interview Survey, European Social Survey, Eurobarometer*) et portent sur les caractéristiques socio-démographiques, comportementales et de santé des répondants en accord avec le modèle de Vienne (12) qui distingue :

- des déterminants personnels comme les facteurs sociodémographiques tels que le sexe, l'âge, le niveau d'éducation, le statut migratoire ;
- des déterminants environnementaux caractérisant le lieu de résidence ;
- des comportements de santé liés au mode de vie : consommations de tabac et d'alcool, activité physique et nutrition ;
- des indicateurs de l'état de santé tels que la santé perçue ou les maladies/problèmes de santé à long terme ;
- et des indicateurs de recours aux soins.

Ces « corrélats » ont été sélectionnés par l'équipe de l'enquête HLS19 car ils sont reconnus comme déterminants ou conséquences potentielles du niveau de LS ou comme variables modératrices ou médiatrices dans les associations impliquant la LS.

Tableau 2.1 : Les différents items inclus dans l'enquête française HLS19

Type d'item	Thématique	Nombre d'items	
		Vague 1	Vague 2
Obligatoire HLS19	HLS-Q12	12	12
	Caractérisation des répondants	31	31
Optionnel HLS19	HLS-NAV	12	12
	HLS-COM	6	6
	HLS-DIGI	-	8
Items contextuels*	NTIC pour consultations médicales**	4	4
	Sentiment d'information sur le cancer (ou sur la Covid-19)**	5	6
	Recherche médicale	8	9
	Essais cliniques	12	12
	Confiance dans les institutions	6	7
	Épidémie Covid-19**	7	11

* Spécifiques à l'enquête française ; certains items contextuels ont été modifiés ou ajoutés lors de la vague 2.

** Questions non analysées dans le cadre de ce rapport.

2.2.5 Adaptation française du questionnaire HLS19

La traduction de l'anglais au français a été réalisée par des traducteurs professionnels en Suisse et en Belgique. Une réunion de consensus s'est tenue en ligne le 8 janvier 2020 avec 7 membres des équipes de recherche impliquées en Suisse (4 participants), Belgique (1 participant) et France (2 participants) ayant abouti à une version consensuelle en français.

Un test de cette version a été mené par l'institut de sondage Ipsos et auprès de quelques membres de l'équipe de recherche française. Afin de garder une version la plus proche possible de celle utilisée en Suisse et en Belgique, seules quelques modifications très mineures ont été apportées :

- Questions sur la taille et le poids des répondants : une catégorie de refus de réponse a été ajoutée ;
- Statut professionnel : une catégorie supplémentaire a été ajoutée dans le questionnaire pour distinguer parmi les personnes sans emploi celles qui recherchent actuellement un emploi (« Ne travaille pas actuellement, mais en recherche d'emploi »/« Ne travaille pas actuellement et ne recherche pas d'emploi ») ;
- Une partie de la question traduite « Est-il facile ou difficile pour vous d'avoir les moyens d'acheter des médicaments si vous en avez besoin ? » jugée redondante dans le contexte du questionnaire a été supprimée et remplacée par « Est-il facile ou difficile pour vous d'acheter des médicaments si vous en avez besoin ? ».

Lors de la deuxième vague, nous avons ajouté le module optionnel sur la LS numérique (HLS-DIGI). Nous avons également utilisé la version française développée en Suisse par l'office fédéral de la santé publique et la fondation Careum, en ajoutant simplement des pronoms à tous les débuts d'items par souci d'harmonisation. L'institut de sondage a souligné que dans les catégories de réponses, il y avait un mélange entre le nombre de semaines et de jours qui pouvait prêter à confusion, mais nous n'avons pas modifié ces catégories. Concernant le premier item de l'échelle HLS-DIGI, le terme « requêtes » a été jugé difficile à comprendre et remplacé par « formulations ».

2.3 Considérations éthiques

Lorsqu'un membre s'inscrit sur le site Ipsos iSay, un consentement global est obtenu par Ipsos avec une information complète fournie avant l'inscription (https://social.ipsos.com/static/FAQ_JoiningISay) et un engagement de la société Ipsos à respecter, au niveau international, les lois, réglementations et règles relatives à la protection des données (www.ipsos.com/en-be/privacy-data-protection). Un consentement spécifique supplémentaire a été demandé aux participants avant de commencer l'enquête et après avoir reçu des informations sur l'enquête. Des données anonymes ont été transmises à l'équipe de recherche. L'étude a été approuvée par le comité d'évaluation éthique de l'Inserm (CEEI-IRBIRB00003888) le 4 avril 2020 (numéro d'approbation 20-675).

2.4 Accès aux questionnaires et données

L'accès aux échelles validées dans le cadre de l'enquête HLS19 nécessite un accord du consortium à l'origine de l'enquête avec une demande d'utilisation à formuler sur le site : https://m-pohl.net/Design_Methods.

L'accès aux données de l'enquête est possible via une demande aux membres du comité de pilotage : reflis.site@gmail.com.

2.5 Analyses

La méthode d'enquête pouvait varier selon les pays, notamment dans le mode de collecte des données (enquêtes en face-à-face, téléphoniques ou en ligne) et les classes d'âges étudiées. Aussi faut-il interpréter avec prudence les comparaisons entre la France et l'ensemble des pays participant à HLS19 fournies dans ce rapport.

Dans l'ensemble du document, les variables discrètes ou continues ont été décrites par leur moyenne et écart-type (ou médiane, 1^{er} et 3^e quartiles si plus appropriés), les variables catégorielles par les fréquences et pourcentages. Un risque alpha bilatéral était fixé à 5% pour

l'ensemble des tests statistiques réalisés. Les participants ont répondu à tout le questionnaire, tout en sachant que les modalités « je ne sais pas » ou « je ne souhaite pas répondre » n'étaient pas proposées (sauf pour les questions portant sur la taille, le poids, le revenu du foyer et la Covid-19).

Toutes les analyses réalisées dans le cadre de ce rapport portent sur des données pondérées et ont été effectuées avec le logiciel statistique Stata versions 14 et 17 (StataCorp, College Station, TX, USA).

2.5.1 Éléments de validation des échelles

- Le coefficient alpha de Cronbach a été utilisé pour déterminer la cohérence interne des différentes échelles (13). Un coefficient alpha de Cronbach $\geq 0,70$ a été considéré comme satisfaisant (14).
- Une analyse factorielle confirmatoire (AFC) a été réalisée pour confirmer la validité structurelle des différentes échelles. L'ajustement du modèle AFC a été évalué à l'aide des indices de qualité d'ajustement suivants : Root Mean Square Error Approximation - RMSEA), bon ajustement si $< 0,05$ (15) ; CFI et TLI, bon ajustement si proche de 1 (16) et Standardized Root Mean Square Residual (SRMSR), bon ajustement si $\leq 0,08$ (17).
- Modèle de Rasch (invariance) : l'ajustement des items a été évalué à l'aide de l'« *infit* » qui est un résidu d'ajustement pondéré en fonction de l'information ou de la variance avec une valeur attendue égale à 1 (*infit* < 1 indique un élément sur-discriminant ou sur-ajusté, et *infit* > 1 indique un élément sous-discriminant ou sous-ajusté). Pour HLS19, l'étude étant menée en population générale, il a été considéré qu'un *infit* entre 0,7 et 1,3 était suffisant (18). Nous avons également testé si les items fonctionnaient de la même manière pour différents groupes de répondants (âge, sexe, niveau d'études et difficultés financières) à l'aide du DIF (*Differential Item Functioning*).

2.5.2 Corrélation entre les différentes échelles

Le lien entre les différentes échelles a été évalué via le calcul du coefficient de corrélation de Pearson. Nous attendions un lien positif significatif entre la LS générale (censée inclure les compétences navigationnelles, interactives et numériques) et les échelles spécifiques. Nous attendions également des liens positifs mais moins forts entre ces échelles spécifiques. Les différents liens ne devaient pas être trop forts (coefficient de corrélation inférieur à 0,70) pour indiquer que les différentes échelles n'étaient pas trop redondantes. Pour les échelles spécifiques, nous avons calculé des coefficients de corrélation partielle pour vérifier que les corrélations identifiées étaient en grande partie expliquées par leurs corrélations au niveau de LS générale.

2.5.3 Description des réponses aux 4 échelles de LS : scores, catégories et difficultés

Les indicateurs suivants ont été utilisés pour décrire les réponses aux quatre échelles de LS :

- Le score : en accord avec la méthodologie M-POHL, le score a été calculé comme le pourcentage d'items avec des réponses « très facile » ou « facile ». Un score plus élevé indique donc un niveau plus élevé de LS.
- L'APRP (*Average Percentage Response Patterns*) : le pourcentage moyen de la fréquence de sélection d'une catégorie de réponse sur l'ensemble des items de l'échelle, a aussi été décrit et mis en parallèle avec l'APRP de l'ensemble des autres pays participant à l'étude HLS19.

- Les catégories de niveaux de LS : quatre niveaux ont été déterminés selon la méthode proposée par M-POHL :
 - **Excellent** : « très facile » ≥50% des items + au maximum 1 item « très difficile » ou « difficile ».
 - **Suffisant** : « très facile » ou « facile » ≥80% des items + au maximum 2 items « très difficile » ou « difficile ».
 - **Problématique** : tous les répondants qui ne font pas partie des groupes « excellent », « suffisant » ou « inadéquat ».
 - **Inadéquat** : « très difficile » ou « difficile » ≥50% des items + au maximum 1 item « très facile ».

Les réponses aux items de chaque échelle ont été décrites par le pourcentage de réponses « très difficile » ou « difficile » afin d'identifier des difficultés particulières en France métropolitaine.

2.5.4 Déterminants

Les déterminants pressentis initialement et analysés ont été le genre, l'âge, la zone de résidence, le niveau d'éducation, les difficultés financières, le statut social perçu (la perception de se situer à un niveau plus bas ou plus élevé dans la société), une limitation ou maladie chronique et la formation dans le domaine de la santé. Après les analyses bivariées (test du χ^2), des régressions logistiques multinomiales ont été utilisées avec la catégorie « suffisante » comme modalité de référence. L'association entre les déterminants pressentis et les catégories de niveaux de LS a été estimée à l'aide d'*odds ratio* (OR, rapport de côtes) ajustés. Le niveau d'éducation, et la zone de résidence n'ont pas été inclus dans ces modélisations car non liés à la LS dans les analyses bivariées. Pour certaines des échelles de LS, une stratification sur le genre ou sur la présence de maladies chroniques a été réalisée pour analyser des groupes d'individus plus homogènes.

2.5.5 Associations entre LS générale et indicateurs de comportements de santé, de mode de vie, d'état de santé

Les indicateurs de comportements de santé et de mode de vie étudiés sont :

- **L'indice de masse corporelle déclaré (IMC)** : Poids normal (18,5-25) vs surpoids-obésité (>25) ;
- **L'activité physique déclarée (AP)** : < 5 jours d'AP vs ≥ 5 jours d'AP par semaine ;
- **La consommation journalière déclarée de fruits/légumes** : Moins de 7 jours vs tous les jours de la semaine.

L'indicateur d'état de santé étudié était :

- **L'état de santé perçu** : très bon ; bon ; assez bon ; mauvais et très mauvais ; à partir de la première question du *Minimum European Health Module* (MEHM, « Comment est votre état de santé en général ? »). Pour les analyses et du fait de la présence de peu de personnes déclarant avoir un très mauvais état de santé, nous avons opté à regrouper les deux dernières modalités (mauvais - très mauvais).

La stratégie d'analyse pour étudier les associations avec la LS (générale ou spécifique) a été identique pour chacun de ces indicateurs. Des analyses bivariées entre LS et chaque indicateur ont d'abord été réalisées. Ensuite des régressions logistiques binaires et multinomiales (pour l'état de santé perçu) ont été réalisées avec l'indicateur en variable à expliquer et la LS générale en variable explicative, stratifiées sur le genre ou la présence de maladies chroniques et ajustées sur l'âge, le statut social et les difficultés financières.

2.5.6 Association entre LS et perception de la recherche médicale

Deux principales questions ont été analysées :

- la familiarité avec le terme « essai clinique » avec 5 modalités de réponses allant de ne pas le connaître [1] à très familier [5] ;
- l'avis sur les essais cliniques, noté sur une échelle de très négatif [1] à très positif [10].

Par ailleurs, une série de questions sur différents aspects concernant les essais cliniques a été posée avec à chaque fois une échelle allant de « pas du tout d'accord » [1] à « tout à fait d'accord » [10]. La fréquence des différentes modalités de ces variables a été étudiée en analyse descriptive et la liaison entre elles avec le coefficient de corrélation linéaire de Bravais-Pearson.

Pour l'analyse multivariée utilisée dans cette partie, deux régressions logistiques ont été construites. La première portait sur le fait d'être familier avec les essais cliniques (déclarer connaître bien ou très bien les essais cliniques). La deuxième portait sur le fait d'avoir un avis positif, en codant 1 les réponses > 5 sur 10 et 0 les autres. Les deux modèles ont été construits avec une sélection parmi les variables indépendantes (catégories HLS-Q12, genre, âge, difficultés financières, niveau d'éducation, formation en santé, état de santé perçu, confiance dans les médecins, recherche d'information en santé).

3. LITTÉRATIE EN SANTÉ GÉNÉRALE (HLS-Q12)

Éléments clés

- L'enquête met en avant les difficultés rencontrées par 44,1% de la population pour accéder, comprendre, évaluer et appliquer l'information en santé (14,3% ont un niveau « inadéquat » et 29,8% un niveau « problématique »). Ces résultats sont cohérents au sein des pays européens participants.
- Le niveau inadéquat de littératie en santé est associé à un statut social défavorable, des difficultés financières et des problèmes de santé chroniques déclarés.
- La difficulté perçue des différentes tâches est très variable selon les individus : entre 3,6% et 40,5% déclarent des difficultés pour « savoir comment se protéger des maladies à partir des informations disponibles dans les médias ».
- Le questionnaire HLS-Q12 possède des propriétés psychométriques acceptables pour mesurer la littératie en santé générale des adultes français.

3.1 Introduction

La première enquête HLS-EU menée en 2011 a utilisé l'échelle de mesure de la LS à 47 items (5). Pour faciliter la passation du questionnaire, des versions courtes de 16 (HLS-EU-Q16) et 6 items (HLS-EU-Q6) ont été proposées. La version à 6 items n'a pas démontré de bonnes propriétés psychométriques dès sa version initiale en anglais. Par contre la version à 16 items a été adaptée dans de nombreuses langues, dont le français, et a montré des propriétés psychométriques généralement bonnes mais variables selon les indicateurs utilisés (19). Les analyses menées sur la version française n'ont pas confirmé une invariance⁶ de la mesure selon l'âge, le genre et le niveau d'éducation, pourtant essentielle pour la validation du questionnaire, et ont indiqué un faible pouvoir discriminant parmi les sujets ayant un niveau de LS moyen à élevé (19). D'autres résultats ont mis en évidence qu'une échelle à 12 items sélectionnés selon le modèle conceptuel original pouvait avoir de meilleures propriétés psychométriques que cette version à 16 items (20, 21). Ces résultats ont conduit le Consortium européen (22) à proposer pour l'enquête menée en 2019 une nouvelle version courte à 12 items (HLS-Q12) incluant 1 item pour chacune des 12 cellules de la matrice conceptuelle HLS-EU (4 processus x 3 champs de mobilisation de la LS, Tableau 3.1 adapté de Sørensen *et al.* (1)).

Tableau 3.1 : Matrice des sous-dimensions de la LS basée sur le modèle conceptuel HLS-EU utilisé pour le développement des instruments HLS19

Littératie en santé	Accès/Obtention d'informations pertinentes pour la santé	Comprendre les informations	Apprécier/Juger/Évaluer les informations	Appliquer/Utiliser des informations pertinentes pour la santé
Soins				
Prévention des maladies				
Promotion de la santé				

⁶ Pour qu'une mesure soit invariante, l'instrument de mesure doit fonctionner de la même manière quelles que soient les conditions de la mesure. Par exemple, si les items d'une échelle ne sont pas compris de la même manière selon l'âge des répondants, la mesure fournie par cette échelle ne signifiant pas la même chose selon l'âge, sa comparaison selon les groupes d'âge n'a pas de sens. L'étude de l'invariance de la mesure est donc une étape essentielle des études de validation des questionnaires. L'expression *differential item functioning* (DIF) est utilisée dans la littérature internationale pour signaler un problème d'invariance.

L'échelle HLS-Q12 a été utilisée par tous les pays participants à HLS19 (17 pays), auprès de 42 445 répondants, dont 2 003 répondants français. Dans cette partie sont présentés les résultats concernant trois objectifs spécifiques sur la LS générale dans cette enquête :

- La description des niveaux de LS générale dans la population résidant en métropole et l'identification des principales difficultés ;
- L'étude des déterminants sociodémographiques et socioéconomiques de la LS générale ;
- La validation de l'adaptation française de l'échelle HLS-Q12.

3.2 Résultats

3.2.1 Description des niveaux de LS générale dans la population et identification des principales difficultés

3.2.1.1 Distribution du score HLS-Q12

Les moyennes, écarts-types et quartiles de la distribution du score HLS-Q12 sont décrits dans le Tableau 3.2, pour la France et pour l'ensemble des pays ayant participé à HLS19. La distribution en France était légèrement plus favorable (semble un peu en décalage « à droite ») que pour l'ensemble des pays avec un score moyen de LS de 77,5/100 (76,0 pour l'ensemble des pays) et un 75^e percentile à 100 (91,7 pour l'ensemble des pays).

Tableau 3.2 : Moyenne, écart-type et percentiles du score HLS-Q12

	France	Moyenne HLS19
Moyenne	77,5	76,0
Écart-type	22,9	22,9
25 ^e percentile	58,3	58,3
50 ^e percentile	83,3	83,3
75 ^e percentile	100	91,7

Dans la Figure 3.1, représentation graphique de la distribution de la LS générale en France métropolitaine, est observé un effet plafond important avec plus de 25% des participants ayant un score égal à 100.

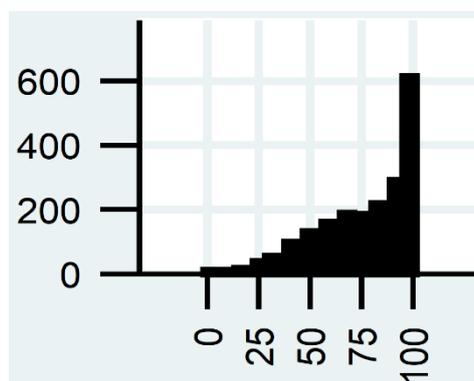


Figure 3.1 : Distribution du score HLS-Q12

3.2.1.2 Les réponses apportées par les participants (APRP - Average Percentage Response Patterns)

La Figure 3.2 montre le pourcentage moyen de réponses « très facile » à « très difficile » apportées sur l'ensemble des 12 questions de l'échelle. L'ensemble des items sont en moyenne perçus comme faciles par les répondants : plus des trois-quarts (77,5%) ont répondu par « facile » ou « très facile ». D'autre part, seulement 2,5% ont considéré en moyenne les items « très difficiles ». Les résultats en France sont similaires à ceux observés dans l'ensemble des pays HLS19.

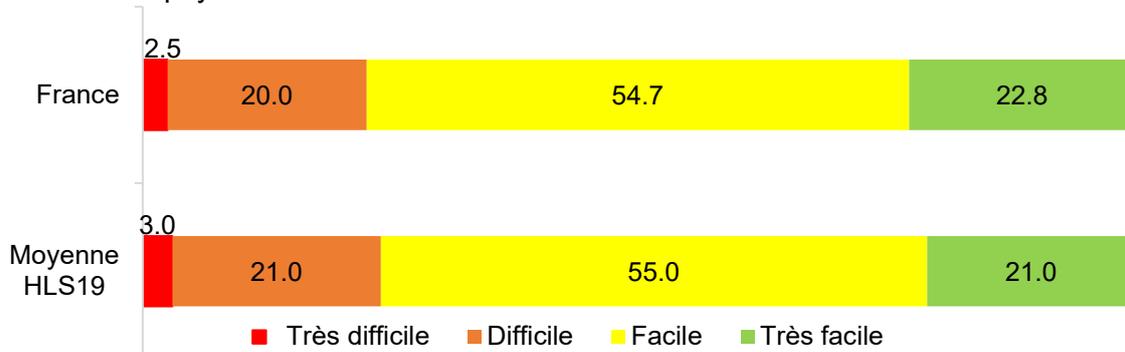


Figure 3.2 : Pourcentage moyen de réponses (APRP) aux 12 items HLS-Q12

3.2.1.3 Les catégories de niveaux de LS

Parmi les répondants, 14,3% des personnes sont classées ayant un niveau « inadéquat » et 29,8% ayant un niveau « problématique » de LS (Figure 3.3). Ces proportions sont assez similaires à celles observées en moyenne dans les pays HLS19.

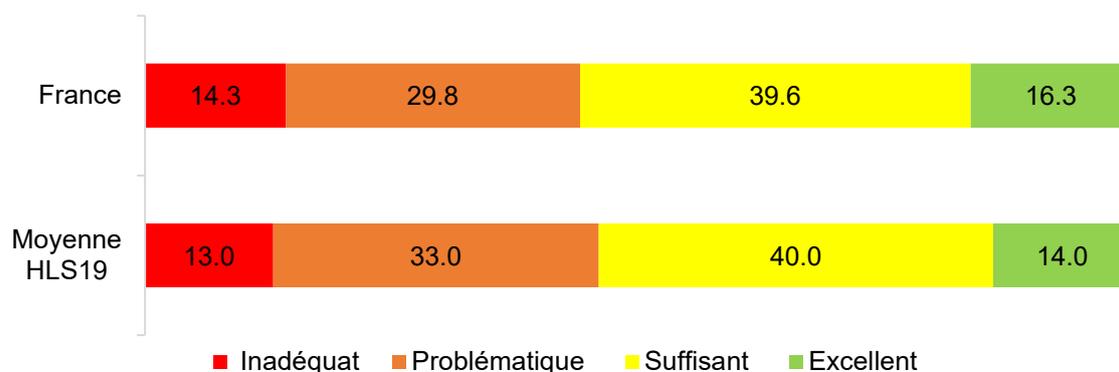


Figure 3.3 : Pourcentage de répondants par niveau catégoriel du HLS-Q12

3.2.1.4 Les principales difficultés

Le pourcentage de participants qui ont répondu par « très difficile » ou « difficile » aux différentes questions de l'échelle est présenté dans la Figure 3.4. Il varie de 3,6% à 40,5%, « suivre les consignes de votre médecin ou pharmacien » étant jugé le plus facile et « évaluer les risques et bénéfices des différents traitements médicaux possibles » (39,9% de « difficile » ou « très difficile ») et « savoir comment vous protéger des maladies à partir des informations disponibles dans les médias » (40,5% de « difficile » ou « très difficile ») les plus difficiles. Le classement des items est très proche de celui observé dans l'ensemble des 17 pays ayant participé à HLS19.

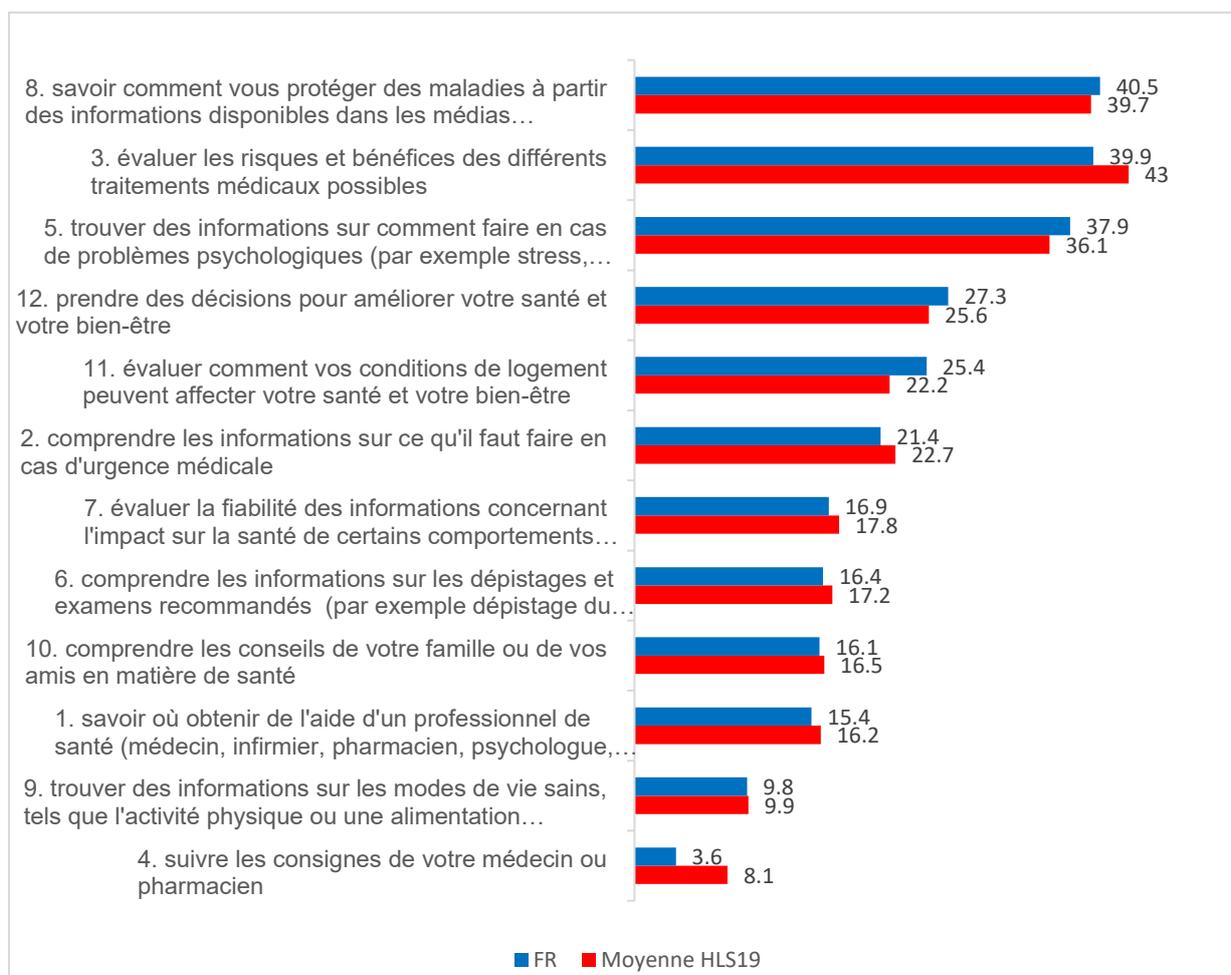


Figure 3.4 : Pourcentage des réponses très difficiles ou difficiles pour chaque item du HLS-Q12 (classés du plus difficile au plus facile)

3.2.2 Les déterminants de la littératie en santé générale

Les analyses bivariées concernant les déterminants de la LS générale sont indiquées dans le Tableau 3.3. Plusieurs déterminants pressentis sont significativement associés aux catégories du HLS-Q12. Le niveau de LS est significativement associé à l'âge ($p=0,048$) sans que la relation soit linéaire. En outre, le niveau de littératie augmente avec le statut social perçu ($p<0,001$) et diminue avec les difficultés financières ($p<0,001$), et le fait d'avoir une ou plusieurs maladies chroniques ($p=0,001$). Par ailleurs avoir suivi une formation dans le domaine de la santé a un lien positif avec le niveau de LS ($p<0,001$).

Tableau 3.3 : Les déterminants associés aux niveaux de HLS-Q12 : analyses bivariées

	Inadéquat	Problématique	Suffisant	Excellent
Genre	$p=0,615$			
Femme	137 (48,7)	314 (53,4)	401 (51,0)	165 (51,1)
Homme	150 (51,3)	282 (46,6)	394 (49,0)	160 (48,9)
Âge	$p=0,048$			
18-25 ans	28 (10,4)	94 (17,1)	88 (12,2)	30 (9,8)
26-35 ans	53 (18,1)	92 (15,4)	151 (19,0)	58 (17,9)
36-45 ans	61 (21,2)	101 (16,7)	146 (18,3)	72 (22,0)
46-55 ans	65 (22,6)	106 (17,5)	163 (20,3)	61 (18,7)
56-65 ans	42 (14,5)	119 (19,8)	149 (18,3)	60 (18,3)
66-75 ans	38 (13,2)	84 (13,5)	98 (11,9)	44 (13,3)
Niveau d'éducation	$p=0,159$			
Inférieur au baccalauréat	52 (18,1)	95 (15,7)	150 (18,6)	61 (18,8)
Baccalauréat - Bac+2	134 (47,2)	275 (46,2)	340 (43,0)	122 (37,8)
≥Bac+3	101 (34,7)	226 (38,1)	305 (38,4)	142 (43,4)
Zone de résidence	$p=0,851$			
Rurale	66 (24,3)	124 (22,2)	167 (22,4)	66 (21,3)
Urbaine	221 (75,7)	472 (77,8)	628 (77,6)	259 (78,7)
Statut social perçu [de 1 à 10]	$p<0,001$			
Moyenne (SD)	5,1 (1,5)	5,6 (1,5)	5,7 (1,5)	6,1 (1,7)
Difficultés financières	$p<0,001$			
Aucune	128 (44,4)	359 (59,8)	543 (68,1)	237 (72,8)
Oui	159 (55,6)	237 (40,2)	252 (31,9)	88 (27,2)
Maladies ou problèmes de santé durables	$p=0,010$			
Non	141 (49,3)	318 (53,7)	471 (59,8)	173 (53,7)
Oui	146 (50,7)	278 (46,3)	324 (40,3)	152 (46,3)
Formation dans le domaine de la santé	$p<0,001$			
Non	258 (90,0)	471 (78,7)	659 (82,9)	218 (67,5)
Oui	29 (10,0)	125 (21,3)	136 (17,1)	107 (32,5)

Pourcentages en colonne (sauf mention contraire) ; par exemple il y a 48,7% de femmes parmi les répondants dans la catégorie « Inadéquat ».

L'analyse multivariée (Tableau 3.4) confirme l'association significative avec les 5 déterminants identifiés ci-dessus. Dans le modèle de régression logistique multinomiale, le risque d'un niveau de littératie inadéquat diminue avec l'augmentation du statut social perçu et la formation dans le domaine de la santé. En revanche il augmente en cas de difficultés financières et de maladie(s) chronique(s).

Le risque de littératie problématique diminue chez les répondants entre 26 et 55 ans et augmente avec la présence de difficultés financières.

La probabilité d'avoir un niveau de littératie excellent augmente avec un statut social perçu plus élevé et une formation dans le domaine de la santé.

Tableau 3.4 : Les facteurs associés aux catégories de HLS-Q12 : analyse multivariée

	HLS-Q12		
	Inadéquat	Problématique	Excellent
Genre féminin	0,81	1,04	1,08
Âge (réf: 18-25 ans)			
26-35 ans	1,04	0,57**	1,16
36-45 ans	1,20	0,64*	1,53
46-55 ans	1,10	0,60**	1,19
56-65 ans	0,77	0,73	1,25
66-75 ans	1,24	0,79	1,3
Statut social perçu (+1 point)	0,83***	0,97	1,15**
Difficultés financières (réf: aucune)	2,04***	1,35*	0,92
Maladies ou problèmes de santé durables (réf: non)	1,40*	1,23	1,19
Formation dans le domaine de la santé (réf: non)	0,54**	1,27	2,22***

Les OR en gras sont statistiquement significatifs : * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$
Modalité de référence du modèle : Suffisant

Après stratification sur le genre, les effets sont assez similaires. L'effet non linéaire de l'âge est plus marqué dans la strate des femmes alors qu'apparaît chez les hommes une association significative entre la classe d'âge la plus élevée (66-75 ans) et un niveau inadéquat de LS. La présence d'une maladie chronique n'est plus significativement associée à une plus faible LS chez les femmes alors que cette association semblait se renforcer chez les hommes.

Tableau 3.5 : Les facteurs associés aux catégories HLS-Q12 stratifiés sur le genre : analyse multivariée

	Femmes			Hommes		
	Inadéquat	Problématique	Excellent	Inadéquat	Problématique	Excellent
Âge (réf: 18-25 ans)						
26-35 ans	0,78	0,49**	1,08	1,76	0,71	1,24
36-45 ans	1,11	0,58*	1,09	1,67	0,76	1,98
46-55 ans	0,81	0,46**	1,02	1,80	0,83	1,34
56-65 ans	0,42*	0,56*	1,14	1,60	1,03	1,36
66-75 ans	0,58	0,64	1,33	2,92*	1,03	1,23
Statut social perçu (+1 point)	0,89	1,03	1,38***	0,77***	0,91	0,98
Difficultés financières (réf: aucune)	1,83**	1,52*	1,21	2,17**	1,17	0,70
Maladies ou problèmes de santé durables (réf: non)	1,22	1,03	1,07	1,68*	1,49*	1,34
Formation dans le domaine de la santé (réf: non)	0,34**	1,02	1,59*	0,79	1,65*	3,32***
N		1 017			986	

Les OR en gras sont statistiquement significatifs : * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$
Modalité de référence du modèle : Suffisant

3.2.3 Validation de l'échelle HLS-Q12

Le coefficient alpha de Cronbach a permis de confirmer la fiabilité de l'échelle ($\alpha=0,81$). Les analyses factorielles confirmatoires ont démontré un bon ajustement du modèle à une variable latente (RMSEA=0,02; CFI=1,00 ; TLI=0,99, SRMSR=0,05). Quant aux analyses des réponses à l'aide du modèle de Rasch, elles indiquent que l'échelle HLS-Q12 peut être utilisée comme mesure unidimensionnelle de la LS. Certains items présentent un fonctionnement différentiel selon des facteurs personnels (absence d'invariance selon l'âge pour l'item « comprendre les informations sur les dépistages et examens recommandés » et selon le niveau d'éducation pour l'item « trouver des informations sur les modes de vie sains, tels que l'activité physique ou une alimentation équilibrée »).

Le score HLS-Q12 était significativement corrélé ($p<0,001$) aux 3 autres échelles spécifiques : HLS-DIGI ($r=0,59$), HLS-NAV ($r=0,63$), et HLS-COM ($r=0,52$).

3.3 Synthèse

Les résultats obtenus indiquent que l'adaptation française de la nouvelle échelle de 12 items HLS-Q12 possède des propriétés psychométriques acceptables pour mesurer la LS générale des adultes français métropolitains. En effet, les divers indicateurs présentent des valeurs satisfaisantes. La principale limite est l'absence d'invariance pour deux items qui conduit à interpréter avec précaution les comparaisons selon l'âge et le niveau d'éducation. Dans l'enquête HLS19, certains pays ont utilisé l'échelle originale à 47 items (HLS-Q47) et ont pu ainsi étudier la corrélation entre le score HLS-Q47 et le score HLS-Q12. La forte corrélation retrouvée ($\rho= [0,88 ; 0,94]$) renforce l'idée selon laquelle le HLS-Q12 peut être utilisé comme un substitut acceptable du questionnaire HLS-Q47 (12). Bien que d'autres sélections d'items aient pu être proposées à partir des 47 items initialement sélectionnés (20, 21), cette version relativement brève à l'avantage d'inclure un item pour chacune des 12 cellules de la matrice conceptuelle HLS-EU (1). L'autre principale limite est l'effet plafond du score obtenu par addition des items considérés « faciles » et « très faciles ». Le score moyen obtenu ainsi (77,5/100) est même légèrement plus élevé que dans l'ensemble des pays ayant participé à HLS19. Cependant l'échantillon français n'inclut pas les personnes âgées de plus de 75 ans contrairement aux échantillons des autres pays, ce qui pourrait expliquer cette tendance qui suggère un meilleur niveau de LS en France (69% de répondants âgés de moins de 56 ans). La catégorisation en 4 modalités du score, identifie plus de personnes avec un niveau inadéquat (14,3%) dans l'enquête française.

Si le score moyen de LS est élevé avec plus de 15% des répondants qui ont un niveau excellent de LS, cette évaluation globale de la LS confirme une prévalence non négligeable des difficultés perçues par les adultes français. En moyenne, plus de 20% des répondants perçoivent difficiles (22,5%) les items qui composent le HLS-Q12. Globalement, 14,3% des personnes ont un niveau de LS inadéquat et 29,8% ont un niveau problématique de LS. D'autres recherches sont nécessaires pour mieux appréhender les difficultés ressenties mais celles-ci semblent plus fréquentes quand il s'agit de savoir comment se protéger des maladies à partir d'informations disponibles dans les médias ou d'évaluer les risques et bénéfices de différents traitements.

L'exploration des déterminants sociodémographiques de la LS générale suggère la présence d'un gradient social. Des difficultés financières et la perception d'être à un niveau plus bas dans la société sont en effet, associés à un niveau plus faible de LS générale.

4. COMPÉTENCES POUR NAVIGUER DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ (HLS-NAV)

Éléments clés

- Des difficultés à naviguer dans le système de santé français sont fréquemment exprimées avec 73,1% des Français qui ont un niveau insuffisant de LS-Navigation, dont 49,2% un niveau inadéquat.
- Huit des 12 items de LS-Navigation sont perçus comme difficiles pour plus de la moitié des répondants.
- Les difficultés perçues sont particulièrement élevées pour « se défendre si les soins reçus ne répondent pas aux besoins » (67,7%) et pour « comprendre les réformes en cours du système de santé qui pourraient affecter les soins » (66,2%).

4.1 Introduction

Les utilisateurs du système de santé sont amenés à s'orienter, interagir et communiquer avec les bons interlocuteurs pour recevoir des réponses et une prise en charge adéquates. Le système de santé s'appuie sur une multitude d'acteurs et de structures, exigeant des compétences et des connaissances spécifiques (23). Quand elles font défaut, les retards de diagnostic et de traitement sont possibles, et plus généralement un manque de confiance dans les acteurs de santé et dans le système de soins (24).

Des études mettent en avant les difficultés des personnes à faible niveau de LS générale ont pour s'orienter dans le système de santé et traiter des informations souvent complexes (25, 26). Ajoutons que le fait de s'orienter dans le système de santé requiert une forme spécifique de LS. La LS-Navigation représente plus finement cette capacité de gérer les informations afin de naviguer sans difficulté dans le système de santé (27). Cette forme spécifique de LS a été peu étudiée. C'est pourquoi le réseau M-POHL a développé un nouvel instrument qui permet de mesurer la LS-Navigation en population générale (12). La définition de LS-Navigation retenue par ce réseau fait référence aux connaissances, motivations et compétences des personnes pour accéder, comprendre, évaluer, appliquer les informations et communiquer sous diverses formes pour naviguer de manière adéquate dans le système de santé et les services de soins afin d'obtenir les soins les plus appropriés pour soi-même ou pour ses proches (12, 28). L'échelle nommée HLS-NAV composée de 12 items permet de mesurer le niveau de difficulté perçue pour accéder (3 items), comprendre (3 items), évaluer (3 items) et appliquer (3 items) les informations pour naviguer dans le système de santé. L'échelle HLS-NAV a été utilisée en questionnaire optionnel en sept langues par huit pays participants à HLS19 (Allemagne, Autriche, Belgique, France, Portugal, République Tchèque, Slovaquie et Suisse), auprès de 16 821 répondants.

Dans cette partie sont présentés les résultats de l'enquête concernant trois objectifs spécifiques concernant les compétences pour naviguer dans le système de santé : la description des niveaux de compétences des Français à naviguer dans le système de santé, l'étude des facteurs associés à la HLS-NAV et la validation de la version française de l'échelle HLS-NAV.

4.2 Résultats

4.2.1 Distribution du score HLS-NAV

Le score moyen est de 50,4/100 avec un écart type de 34,1. La moyenne de l'ensemble des pays ayant participé à HLS19 est plus élevée que celle de la France. La distribution du score HLS-NAV est détaillée dans le Tableau 4.1.

Tableau 4.1 : Moyenne, écart-type et percentiles du score HLS-NAV

	FR	Moyenne HLS19
Moyenne	50,4	55,3
Écart-type	34,1	31,8
25 ^e percentile	16,7	-
50 ^e percentile	41,7	-
75 ^e percentile	83,3	-

Nb : Les quartiles n'ont pas été calculés pour l'ensemble des pays participants.

Le graphique ci-dessous nous montre que le score HLS-NAV n'a pas une distribution gaussienne (Figure 4.1). Bien que les scores soient plutôt distribués vers des valeurs basses, nous observons un effet plafond avec un peu plus que 19,0% de réponses « facile » ou « très facile » à tous les items de l'échelle. Cet effet plafond a aussi été observé chez tous les autres pays participants à HLS19 (sauf pour l'Allemagne qui a utilisé un recueil téléphonique) (12).

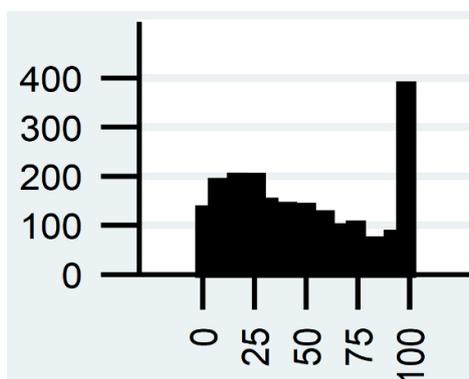


Figure 4.1 : Distribution des scores HLS-NAV

4.2.2 Pourcentage moyen de réponses (APRP)

Concernant le pourcentage moyen de réponses de l'échelle HLS-NAV (Figure 4.2), les 12 items ont été perçus plutôt difficiles pour les répondants. En effet, la moitié des participants (49,6%) ont en moyenne répondu par difficile ou très difficile, dont 39,6% par « difficile », alors qu'une personne sur dix seulement (11,3%) a perçu en moyenne les items « très faciles ». Ces pourcentages sont assez comparables à ceux des autres pays participants à HLS19.

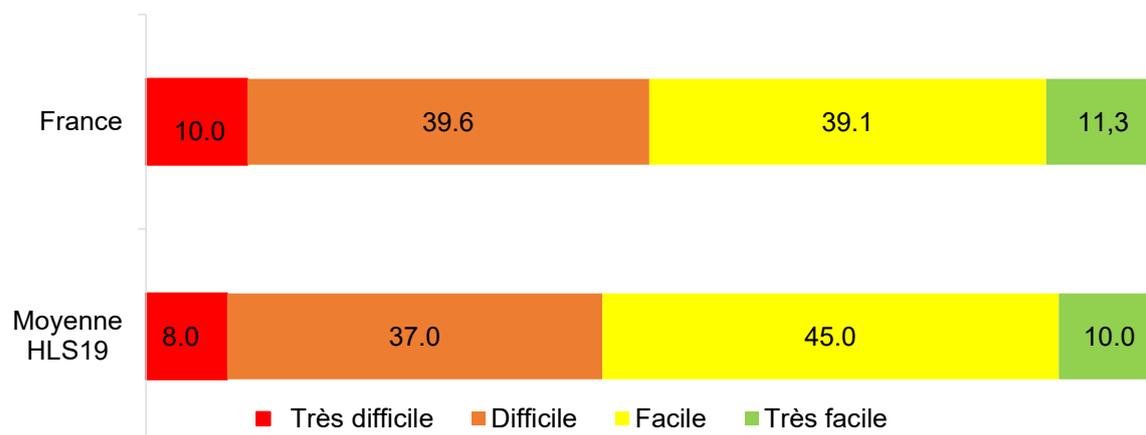


Figure 4.2 : Pourcentage moyen de réponses (APRP) aux 12 items HLS-NAV

4.2.3 Distribution des catégories de HLS-NAV

Les trois quarts des répondants ont une LS-Navigation insuffisante, dont 49,2% un niveau inadéquat. Seuls 8,1% ont un excellent niveau de LS-Navigation (Figure 4.3).

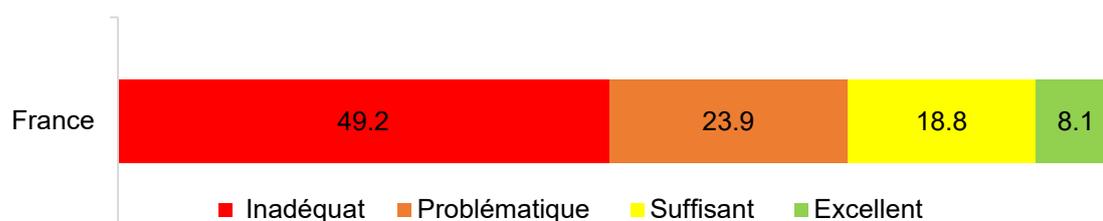


Figure 4.3 : Pourcentage de répondants par niveau catégoriel du HLS-NAV

4.2.4 Principales difficultés selon les items de HLS-NAV

Les pourcentages de réponses « difficile » ou « très difficile » par item de HLS-NAV sont présentés dans la Figure 4.4 en comparaison avec les autres pays de HLS19. Les pourcentages varient entre 17,3% pour l’item 9 et 67,7% pour l’item 12 de l’échelle HLS-NAV. Notons aussi que le pourcentage de « difficile » ou « très difficile » des différents items est supérieur à 50% pour 8 items sur 12. L’item 12 « vous défendre si les soins que vous recevez ne répondent pas à vos besoins » ainsi que l’item 4 « comprendre les réformes en cours du système de santé qui pourraient affecter vos soins » sont considérés les plus difficiles (respectivement 67,7% et 66,2% de « très difficile »).

Les proportions de « difficile » ou « très difficile » des différents items sont plus élevées que celles observées dans les autres pays de HLS19, sauf pour les items 2 et 9. Ces derniers « savoir à quel type de service médical ou prestataire de soins particulier (par exemple : médecin, hôpital, pharmacie) vous adresser en cas de problèmes de santé » et « comprendre comment prendre un rendez-vous auprès d’un service médical ou d’un prestataire de soins » étaient perçus comme étant les plus faciles.

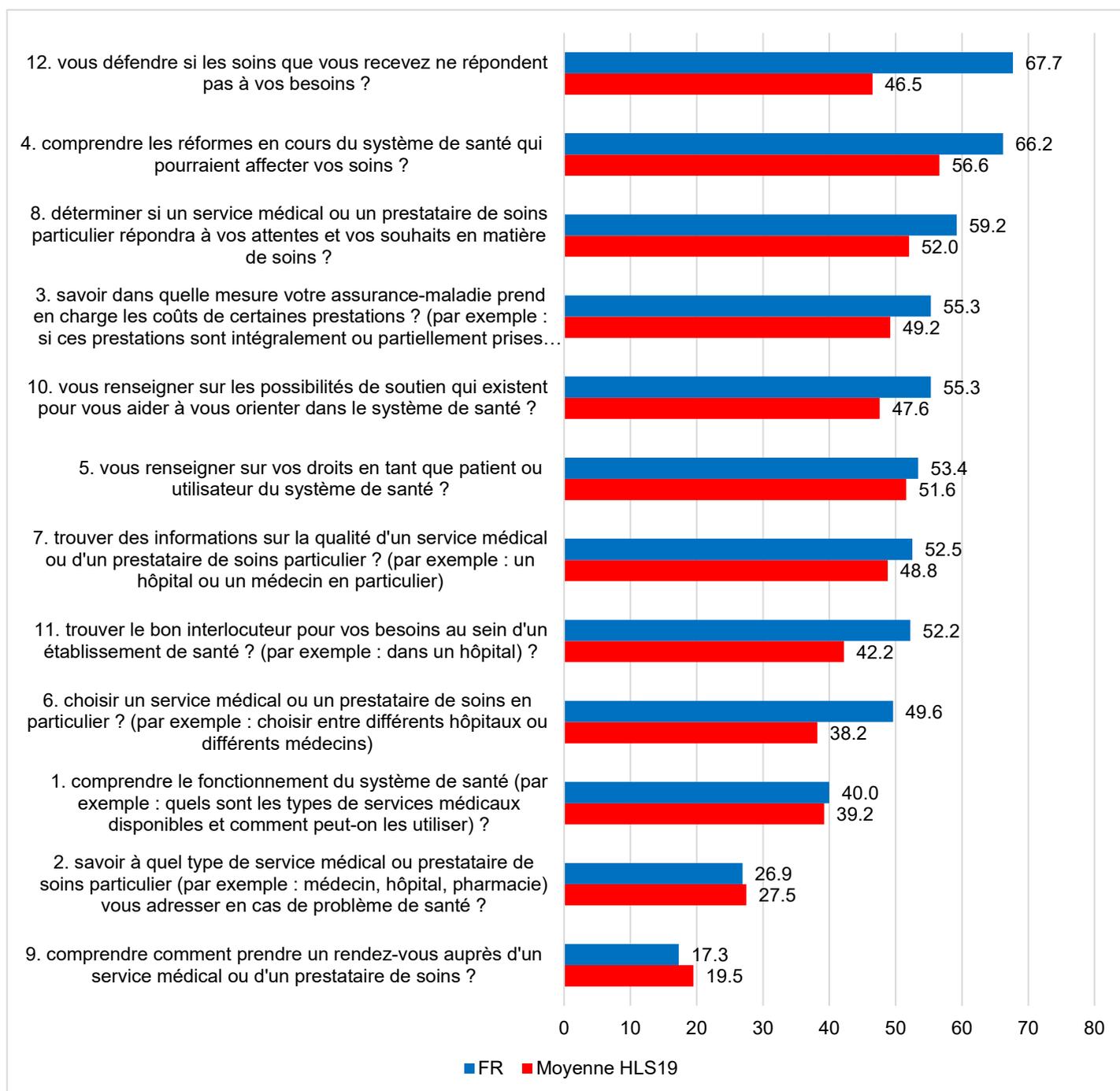


Figure 4.4 : Pourcentage des réponses très difficiles ou difficiles pour chaque item de HLS-NAV (classés du plus difficile au plus facile)

4.2.5 Étude des déterminants de la LS-Navigation

Le Tableau 4.2 présente les analyses bivariées des déterminants de LS-Navigation. Presque toutes les variables sont significativement associées aux niveaux de HLS-NAV sauf la zone de résidence. La capacité à naviguer dans le système de santé est plus souvent excellente chez les hommes ($p < 0,001$), chez les personnes avec un niveau d'études supérieur ($p = 0,019$), un statut social perçu élevé ($p < 0,001$) et une formation dans le domaine de la santé ($p < 0,001$). Un niveau inadéquat de LS-Navigation est plus souvent observé chez les personnes déclarant des difficultés financières ($p < 0,001$). Un niveau de LS-Navigation limité est plus souvent observé chez les répondants âgés entre 46 et 65 ans et ceux ayant une maladie chronique (relation non linéaire).

Tableau 4.2 : Les déterminants associés aux niveaux de HLS-NAV : analyses bivariées

	Inadéquat	Problématique	Suffisant	Excellent
Genre	$p < 0,001$			
Femme	54,8	52,8	45,8	39,6
Homme	45,2	47,2	54,2	60,4
Âge	$p < 0,001$			
18 – 25 ans	10,3	18,8	11,3	16,5
26 – 35 ans	16,6	15,2	22,1	19,9
36 – 45 ans	18,6	16,2	21,8	21,8
46 – 55 ans	20,7	20,4	16,8	15,7
56 – 65 ans	19,6	17,0	16,8	16,3
66 – 75 ans	14,2	12,4	11,2	9,8
Niveau d'études	$p = 0,019$			
Inférieur au baccalauréat	15,6	19,0	19,1	23,6
Baccalauréat - Bac+2	46,6	43,1	41,5	32,5
≥Bac+3	37,8	37,9	39,4	43,9
Zone de résidence	$p = 0,701$			
Rurale	21,2	23,5	23,5	23,6
Urbaine	78,8	76,5	76,5	76,4
Statut social perçu [1-10]	$p < 0,001$			
Moyenne (SD)	5,4 (1,5)	5,8 (1,5)	5,9 (1,4)	6,1 (1,8)
Difficultés financières	$p < 0,001$			
Aucune	57,1	63,9	74,4	70,2
Oui	42,9	36,1	25,6	29,8
Maladies ou problèmes de santé durable	$p < 0,001$			
Non	52,2	55,2	65,7	52,4
Oui	47,8	44,8	34,3	47,6
Formation dans le domaine de la santé	$p < 0,001$			
Non	85,0	76,4	81,0	59,5
Oui	15,0	23,6	19,0	40,5

Pourcentages en colonne

Une modélisation par régression logistique multinomiale a permis d'identifier les facteurs indépendamment associés aux niveaux de LS-Navigation (Tableau 4.3). La probabilité d'avoir un niveau limité de LS-Navigation augmente en présence de difficultés financières et de maladies chroniques. Par ailleurs, le genre masculin et une augmentation du niveau de statut social perçu diminuent la probabilité d'avoir un niveau inadéquat de LS-Navigation.

Notons que l'âge est seulement associé au niveau problématique de LS-Navigation. En effet, le risque d'avoir un niveau problématique diminue chez les jeunes (26-45 ans) mais aussi chez ceux qui sont âgés de 56 à 65 ans.

Une formation dans le domaine de santé est significativement associée à un excellent niveau de HLS-NAV.

Tableau 4.3 : Les facteurs associés aux catégories de HLS-NAV : analyse multivariée

	HLS-NAV		
	Inadéquat	Problématique	Excellent
Genre féminin	1,35*	1,25	0,74
Âge (réf: 18-25 ans)			
26-35 ans	0,81	0,40***	0,58
36-45 ans	0,92	0,43**	0,63
46-55 ans	1,28	0,70	0,59
56-65 ans	1,15	0,54*	0,57
66-75 ans	1,36	0,60	0,48
Statut social perçu (+1 point)	0,85***	0,99	1,08
Difficultés financières (réf: aucune)	1,68***	1,55**	1,32
Maladies ou problèmes de santé durables (réf: non)	1,54**	1,53**	1,67*
Formation dans le domaine de la santé (réf: non)	0,75	1,25	2,69***

Modalité de référence du modèle : Suffisant

Les OR en gras sont statistiquement significatifs à : * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

En stratifiant sur la présence de maladies chroniques (Tableau 4.4), l'âge, le genre et le statut social perçu ne sont plus associés à la LS-Navigation chez les personnes déclarant une maladie chronique. Chez ces derniers, les difficultés financières et la formation dans le domaine de santé augmentent respectivement le risque d'avoir un niveau inadéquat et excellent de LS-Navigation.

Pour les personnes ne souffrant pas de maladie chronique, le genre féminin et un niveau social inférieur sont significativement associés au niveau inadéquat de LS-Navigation.

Tableau 4.4 : Les facteurs associés aux catégories HLS-NAV stratifiés sur la présence de comorbidités : analyse multivariée

	Absence de maladie chronique			Présence de maladie(s) chronique(s)		
	Inadéquat	Problématique	Excellent	Inadéquat	Problématique	Excellent
Genre féminin	1,82***	1,39	0,72	0,85	0,99	0,65
Âge (réf: 18-25 ans)						
26-35 ans	0,76	0,35***	0,51	1,19	0,71	0,91
36-45 ans	0,94	0,41**	0,59	1,09	0,65	0,81
46-55 ans	1,33	0,72	0,71	1,55	1,00	0,61
56-65 ans	1,23	0,46*	0,80	1,34	0,86	0,56
66-75 ans	0,87	0,45*	0,21*	2,59	1,23	1,03
Statut social perçu (+1 point)	0,78***	0,91	0,99	0,96	1,12	1,21
Difficultés financières (réf: aucune)	1,54*	1,72*	1,29	2,02**	1,46	1,46
Formation dans le domaine de la santé (réf: non)	0,55**	0,98	2,15**	1,17	1,86*	4,04***
N	1 103			900		

Modalité de référence du modèle : Suffisant

Les OR en gras sont statistiquement significatifs à : * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

4.2.6 Validation de l'échelle HLS-NAV

L'échelle française HLS-NAV montre une consistance interne assez forte avec un coefficient alpha de Cronbach de 0,91. L'analyse factorielle indique des saturations (*loadings*) supérieures à 0,70 pour presque tous les items de l'échelle [0,72 – 0,93], sauf pour l'item 9 « comprendre comment prendre un rendez-vous auprès d'un service médical ou d'un prestataire de soins », avec toutefois une valeur largement supérieure à 0,40 (0,57). Les autres indicateurs indiquent aussi un bon ajustement du modèle à une variable latente : RMSEA=0,06 ($p=0,010$) ; CFI=1,00 ; TLI=0,99 ; SRMSR=0,05. Quant aux analyses des réponses à l'aide du modèle de Rasch, elles n'indiquent pas une unidimensionnalité stricte de l'échelle HLS-NAV. Par contre elles indiquent l'absence de signe de catégories de réponses non ordonnées.

Les items 3, 7 et 8 présentent un fonctionnement différentiel selon l'âge. En effet, les répondants âgés de plus de 26 ans ont tendance à trouver plus facile l'item 7 (« trouver des informations sur la qualité d'un service médical ou d'un prestataire de soins particulier »). Ceux de plus de 46 ans trouvent plus facile l'item 3 et 8 (« savoir dans quelle mesure votre assurance-maladie prend en charge les coûts de certaines prestations » et « déterminer si un service médical ou un prestataire de soins particulier répondra à vos attentes et vos souhaits en matière de soins »). La même observation est faite pour les hommes concernant l'item 9 (« comprendre comment prendre un rendez-vous auprès d'un service médical ou d'un prestataire de soins »).

La corrélation avec les autres échelles indique une forte corrélation de HLS-NAV avec HLS-DIGI (0,67) et la LS générale (0,63), ainsi qu'une corrélation modérée avec HLS-COM (0,44).

4.3 Synthèse

Les résultats obtenus indiquent que l'adaptation française de la nouvelle échelle HLS-NAV de 12 items possède des propriétés psychométriques acceptables pour mesurer les compétences des adultes pour naviguer dans le système de santé en France métropolitaine. Le modèle de Rasch indique par contre que l'échelle HLS-NAV n'est pas strictement unidimensionnelle. Cependant, la multi-dimensionnalité était attendue étant donné les trois notions différentes traitées par l'échelle (système, organisation et interaction).

L'utilisation de la nouvelle échelle HLS-NAV dans cette étude nous a permis d'obtenir une première vision du niveau de compétences des Français à naviguer dans le système de santé. Il en ressort des difficultés non négligeables avec un score moyen de 50,4/100. En outre, 73,1% avaient un niveau de LS-Navigation limité dont 49,2% un niveau inadéquat. En effet, la moitié des participants ont répondu « difficile » ou « très difficile » à la majorité des items de l'échelle. Notons que ces résultats restent assez comparables avec ceux des autres pays participants à HLS19, mais devraient être interprétés avec précaution compte tenu de la diversité des systèmes de santé des différents pays. Cela confirme que traiter les informations nécessaires pour naviguer dans le système de santé est souvent compliqué pour une grande partie des utilisateurs en France.

Deux items qui mesurent des capacités à agir (item 12 : « vous défendre si les soins que vous recevez ne répondent pas à vos besoins ») et à comprendre des informations complexes (item 4 : « comprendre les réformes en cours du système de santé qui pourraient affecter vos soins ») pour naviguer dans le système de santé étaient perçus les plus difficiles avec des pourcentages de réponses « difficile » ou « très difficile » similaires (respectivement 67,7% et 66,2%). Par ailleurs, trois items [5, 7 et 10] mesurant des capacités à accéder à l'information pour naviguer dans le système de santé étaient également perçus comme difficile ou très difficile, avec des pourcentages allant de 52,5% à 55,3%.

Les difficultés semblent donc multiples concernant les connaissances et compétences à mobiliser pour comprendre les informations sur le système de santé, son organisation et son fonctionnement. De plus, le traitement de l'information sur les politiques et les réformes appliquées au système de santé pour bien connaître ses droits sont aussi perçus comme difficile ou très difficile par les personnes interrogées. Les résultats indiquent en particulier que les utilisateurs du système de santé ont de réelles difficultés à se défendre s'ils estiment que les soins proposés ne répondent pas à leurs besoins (difficulté exprimée par l'item 12). Ceci peut être le reflet de difficultés à savoir comment se défendre mais aussi de difficultés à critiquer les soins reçus dans un contexte d'interaction médecin – patient souvent paternaliste, comme souligné dans les résultats sur la LS interactive (cf. partie 5 du rapport).

L'analyse multivariée a permis d'indiquer que le niveau social et économique a un impact sur la LS liée à la navigation. En effet, les personnes avec un niveau social et économique plus faible déclarent plus de difficultés à s'orienter dans le système de santé. Cependant, ce gradient social disparaît chez les personnes qui présentent des problèmes de santé durable. Cela laisse penser que les difficultés diminuent lorsque les personnes recourent plus au système de santé. Toutefois la présence de problèmes de santé durables est associée à une LS-Navigation à la fois excellente et limitée, semblant indiquer que certaines personnes progressent alors que d'autres restent en difficulté vis-à-vis du système de santé.

5. COMPÉTENCES POUR COMMUNIQUER AVEC LES MÉDECINS (HLS-COM)

Éléments clés

- Le score moyen de littératie en santé interactive est plutôt élevé en France, avec 10,7% des personnes qui présentent un niveau « problématique » et 18,5% un niveau « inadéquat » de littératie en santé interactive.
- La difficulté perçue oscille entre 10,8% et 25,9% lorsqu'il s'agit « d'exprimer ses opinions et préférences personnelles à son médecin ».
- Le niveau de littératie en santé interactive est associé à l'âge, au genre, au statut social perçu, aux difficultés financières, aux problèmes de santé chroniques et à la formation dans le domaine de la santé.
- Le questionnaire HLS-COM (*Communicative Health Literacy*) comporte des propriétés psychométriques acceptables pour mesurer les compétences des adultes pour communiquer avec les médecins.

5.1 Introduction

La LS interactive ou communicationnelle permet aux patients de participer activement aux échanges et à la communication avec les professionnels de santé et ainsi obtenir, comprendre et utiliser les informations nécessaires. La communication, en particulier avec les médecins, est essentielle lorsqu'il s'agit de comprendre un diagnostic, décider ensemble d'un traitement et le suivre, d'organiser des soins de santé appropriés et de maintenir une bonne santé (29). Cette communication est primordiale pour une appropriation des soins et parvenir à de véritables décisions partagées (30). Une communication de qualité pourrait aussi jouer un rôle accru pour promouvoir la santé à tout âge notamment avec le développement des consultations de prévention (31). Ces compétences spécifiques complètent celles qui caractérisent la LS générale.

La définition retenue par le réseau M-POHL pour la LS interactive fait référence aux compétences communicationnelles et sociales permettant aux personnes de s'engager activement lors d'entretiens en face-à-face avec des professionnels de la santé, afin de transmettre et d'obtenir des informations, de les comprendre et de les appliquer (12). Cependant, l'instrument HLS-COM se focalise uniquement sur la communication médecin-patient. La version courte (6 items) proposée a été construite sur la base d'un cadre théorique complet qui intègre à la fois le concept de LS interactive de Nutbeam (2), les compétences de base du traitement de l'information du réseau M-POHL), et les principales tâches communicatives du Guide Calgary-Cambridge (32) Cette nouvelle échelle a été utilisée dans sept langues dans neuf pays participants à HLS19 (Autriche, Belgique, Bulgarie, République tchèque, Allemagne, Danemark, France, Hongrie et Slovaquie), auprès d'environ 20 000 personnes.

Dans cette partie sont présentés les résultats de l'enquête concernant trois objectifs spécifiques sur les compétences pour communiquer avec les médecins :

- La description des compétences perçues pour communiquer avec les médecins dans la population résidant en métropole et l'identification des principales difficultés ;
- L'étude des déterminants sociodémographiques et socioéconomique de cette LS interactive ;
- La validation de l'adaptation française de l'échelle HLS-COM.

5.2 Résultats

5.2.1 Description des niveaux de compétences pour communiquer avec les médecins et identification des principales difficultés

5.2.1.1 Distribution du score HLS-COM

Les moyennes, écarts-types et quartiles de la distribution du score HLS-COM sont décrits dans le Tableau 5.1, pour la France et pour l'ensemble des pays ayant participé à HLS19. La distribution en France est assez similaire à celle des autres pays HLS19 avec toutefois une moyenne un peu moins élevée.

Tableau 5.1 : Moyenne, écart-type et percentiles du score HLS-COM

	France	Moyenne HLS19
Moyenne	81,4	83,2
Écart-type	27,2	25,8
25 ^e percentile	66,7	66,7
50 ^e percentile	100	100
75 ^e percentile	100	100

Dans la Figure 5.1, représentation graphique de la distribution de l'échelle HLS-COM en France métropolitaine, est observé un effet plafond très important. En effet, plus de la moitié des participants (56,5%) avaient répondu « très facile » aux 6 questions et avaient donc un score égal à 100.

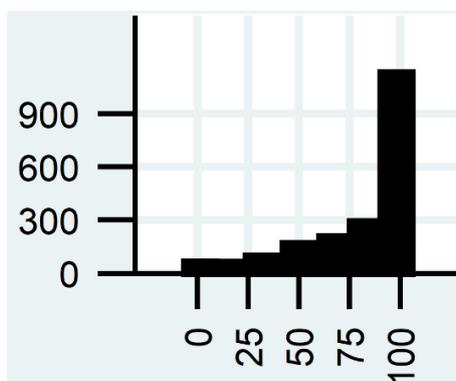


Figure 5.1 : Distribution du score HLS-COM

5.2.1.2 L'APRP (Average Percentage Response Patterns)

La Figure 5.2 indique le pourcentage moyen de réponses sur l'ensemble des 6 items de l'échelle en France et sur l'ensemble des pays HLS19. L'ensemble des items sont en moyenne perçus plutôt faciles par les répondants : plus de 8 répondants sur 10 (81,4%) ont en moyenne répondu par « (très) facile » (dont 55,7% par « facile »). D'autre part, seulement 2,2% ont considéré en moyenne les items « très difficiles ». Les résultats en France sont assez similaires à ceux observés dans les pays HLS19 avec à nouveau une légère tendance des Français à exprimer plus de difficultés.

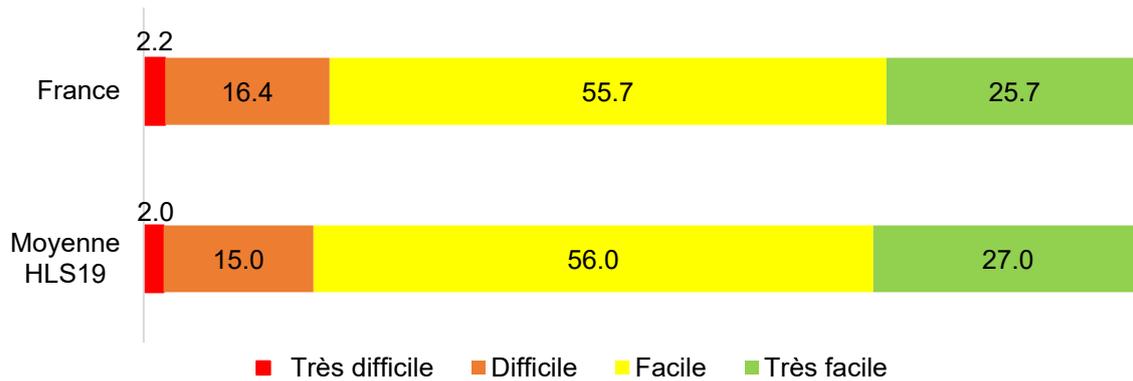


Figure 5.2 : Pourcentage moyen de réponses (APRP) aux 6 items HLS-COM

5.2.1.3 Les catégories de niveaux de LS

Parmi les répondants, 18,5% des personnes sont classées comme ayant un niveau "inadéquat" et 10,7% ayant un niveau « problématique » de LS (Figure 5.3).

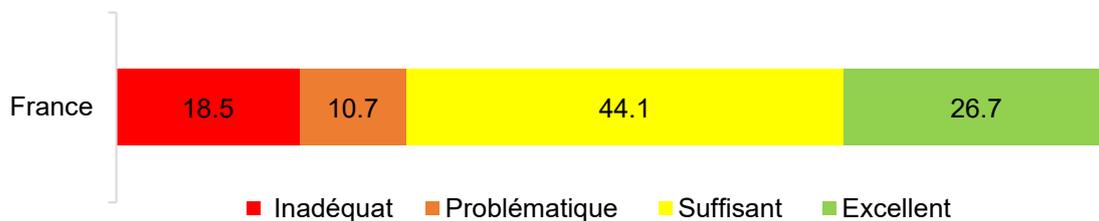


Figure 5.3 : Pourcentage de répondants par niveau catégoriel du HLS-COM

5.2.1.4 Les principales difficultés

Le pourcentage de participants qui ont répondu par « très difficile » ou « difficile » aux différents items du questionnaire HLS-COM est présenté dans la Figure 5.4. Il varie entre 10,8% et 25,9%, l’item « expliquer vos problèmes de santé à votre médecin » étant jugé le plus facile et les items « avoir assez de temps lors de la consultation » et « exprimer vos opinions et préférences personnelles » les plus difficiles (respectivement 24,1% et 25,9% de difficultés rapportées). Comparativement à la moyenne des pays HLS19, les difficultés sont systématiquement plus importantes en France à l’exception de l’item « avoir assez de temps lors de la consultation » qui était jugé moins difficile en France.

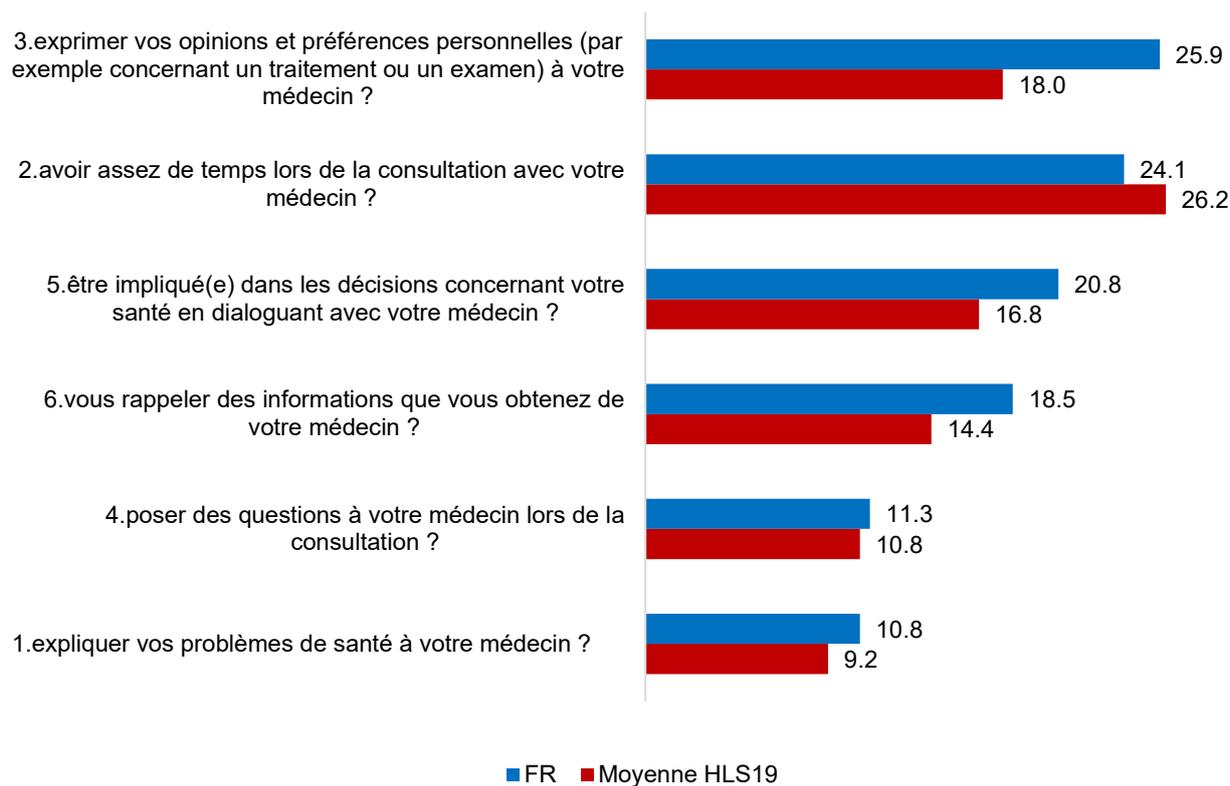


Figure 5.4 : Pourcentage des réponses très difficiles ou difficiles pour chaque item du HLS-COM (classés du plus difficile au plus facile)

5.2.2 Étude des déterminants de la LS interactive

Les analyses bivariées concernant les déterminants de la LS interactive sont indiquées dans le Tableau 5.2. Plusieurs des déterminants présentés étaient significativement associés aux catégories du HLS-COM. Les compétences pour communiquer étaient meilleures chez les hommes, augmentaient avec l'âge, le statut social perçu et une formation dans le domaine de la santé. Par contre, le niveau de LS interactive diminuait avec les difficultés financières ($p < 0,001$). Le fait d'avoir une ou plusieurs maladies chroniques est également significativement associé aux compétences perçues ($p = 0,005$) sans que la relation soit linéaire : les problèmes de santé durables étant observés plus fréquemment à la fois chez les personnes ayant un niveau inadéquat ou excellent.

Tableau 5.2 : Les déterminants associés aux niveaux de HLS-COM : analyses bivariées

		Inadéquat	Problématique	Suffisant	Excellent
Genre				p=0,005	
	Femme	214 (58,0)	120 (57,0)	421 (48,3)	262 (49,6)
	Homme	158 (42,0)	93 (43,0)	462 (51,7)	273 (50,4)
Âge				p<0,001	
	18-25 ans	46 (13,4)	37 (18,7)	101 (12,4)	56 (11,5)
	26-35 ans	70 (18,6)	40 (18,5)	172 (19,4)	72 (13,6)
	36-45 ans	85 (22,8)	41 (19,2)	162 (18,3)	92 (17,1)
	46-55 ans	86 (22,7)	48 (22,3)	162 (18,2)	99 (18,3)
	56-65 ans	46 (12,3)	28 (12,9)	167 (18,6)	129 (23,7)
	66-75 ans	39 (10,3)	19 (8,4)	119 (13,0)	87 (15,9)
Niveau d'éducation				p=0,059	
	Inférieur au baccalauréat	64 (17,2)	25 (11,5)	159 (17,9)	110 (20,5)
	Baccalauréat - Bac+2	168 (45,3)	100 (47,2)	395 (45,0)	208 (39,1)
	≥Bac+3	140 (37,5)	88 (41,3)	329 (37,4)	217 (40,4)
Zone de résidence				p=0,640	
	Rurale	85 (24,4)	44 (21,9)	176 (21,2)	118 (23,2)
	Urbaine	287 (75,6)	169 (78,1)	707 (78,8)	417 (76,8)
Statut social perçu [de 1 à 10]				p<0,001	
	Moyenne (SD)	5,1 (1,5)	5,3 (1,5)	5,8 (1,4)	6,0 (1,6)
Difficultés financières				p<0,001	
	Aucune	174 (46,7)	131 (61,4)	573 (64,6)	389 (72,5)
	Oui	198 (53,3)	82 (38,6)	310 (35,4)	146 (27,5)
Maladies ou problèmes de santé durables				p=0,005	
	Non	195 (53,1)	120 (56,8)	522 (59,5)	266 (50,1)
	Oui	177 (46,9)	93 (43,3)	361 (40,5)	269 (49,9)
Formation dans le domaine de la santé				p<0,001	
	Non	316 (84,9)	163 (76,1)	735 (83,3)	392 (73,4)
	Oui	56 (15,1)	50 (23,9)	148 (16,8)	143 (26,6)

Pourcentages en colonne

L'analyse multivariée réalisée (Tableau 5.3) confirme l'association significative avec les 6 déterminants identifiés ci-dessus. Dans le modèle de régression logistique multinomiale, le risque d'un niveau inadéquat de LS interactive diminue avec l'augmentation du statut social et un âge entre 56 et 65 ans, en revanche il augmente chez les femmes et avec la présence de difficultés financières.

Le risque de LS interactive problématique diminue avec l'augmentation du statut social perçu et chez les répondants de plus de 55 ans. Il augmentait par contre chez les personnes ayant déclaré une formation dans le domaine de la santé.

Plus logiquement une formation dans le domaine de la santé est significativement associée à un excellent niveau de LS interactive. La probabilité d'avoir une excellente LS interactive augmente également avec les problèmes de santé durables et l'absence de difficultés financières.

Tableau 5.3 : Les facteurs associés aux catégories de HLS-COM : analyse multivariée

	Inadéquat	Problématique	Excellent
Genre féminin	1,36*	1,32	1,11
Âge (réf: 18-25 ans)			
26-35 ans	0,88	0,65	0,73
36-45 ans	1,14	0,70	0,98
46-55 ans	1,11	0,82	1,05
56-65 ans	0,56*	0,44**	1,29
66-75 ans	0,75	0,44*	1,15
Statut social perçu (+1 point)	0,82***	0,80***	1,07
Difficultés financières (réf: aucune)	1,51**	0,81	0,72*
Maladies ou problèmes de santé durables (réf: non)	1,28	1,21	1,36**
Formation dans le domaine de la santé (réf: non)	0,89	1,55*	1,74***

Modalité de référence « Suffisant »

Les OR en gras sont statistiquement significatifs : * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Après stratification sur la présence de problèmes de santé durables (Tableau 5.4), les effets sont assez similaires. L'effet négatif du genre féminin sur la LS interactive n'est significatif que chez les participants sans problème de santé durable. Les effets de l'âge ne sont pas linéaires et variaient selon la strate étudiée.

Tableau 5.4 : Les facteurs associés aux catégories HLS-COM stratifiés sur la présence de comorbidités: analyse multivariée

	Non			Oui		
	Inadéquat	Problématique	Excellent	Inadéquat	Problématique	Excellent
Genre féminin	1,57*	1,36	1,11	1,17	1,24	1,12
Âge (réf: 18-25 ans)						
26-35 ans	0,66	0,51*	0,58*	2,71	1,15	1,63
36-45 ans	1,07	0,73	0,83	2,39	0,74	1,89
46-55 ans	0,85	0,78	0,75	2,99*	1,06	2,47*
56-65 ans	0,44*	0,45*	1,14	1,39	0,52	2,45*
66-75 ans	0,49	0,38	1,11	1,95	0,60	2,08
Statut social perçu (+1 point)	0,79***	0,82**	1,10	0,86*	0,79**	1,04
Difficultés financières (réf: aucune)	1,49*	0,73	0,89	1,54*	0,94	0,59**
Formation dans le domaine de la santé (réf: non)	0,97	1,40	1,59*	0,87	1,78*	1,95**
N	1 103			900		

Modalité de référence « Suffisant »

Les OR en gras sont statistiquement significatifs : * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

5.2.3 Éléments de validation de l'échelle HLS-COM

La cohérence interne était élevée ($\alpha=0,89$) avec des corrélations inter-items toutes comprises entre 0,5 et 0,7 et des saturations factorielles (*loadings*) compris entre 0,7 et 0,9. Les autres indicateurs évalués à l'aide d'une analyse factorielle confirmatoire étaient également satisfaisants, indiquant un bon ajustement du modèle à une variable latente (RMSEA=0,02 [0 à 0,04] ; CFI=1,00 ; TLI=1,00 ; SRMSR=0,03). Quant aux analyses des réponses à l'aide du modèle de Rasch, elles indiquent que l'échelle HLS-COM peut être utilisée comme mesure unidimensionnelle de la LS interactive. Une invariance de la mesure était observée pour tous les items qui étaient jugés en adéquation avec le modèle et sans aucun signe de catégories de réponses non ordonnées. Le ciblage aurait par contre pu être meilleur car les items étaient en moyenne assez faciles à endosser (*mean person location* = 1.85).

La corrélation avec les autres échelles est modérée à forte et, comme attendu, plus élevée avec l'échelle de LS générale ($r=0,52$) qu'avec les autres échelles spécifiques : HLS-NAV ($r=0,44$) et HLS-DIGI ($r=0,38$). Pour ces 2 dernières échelles, les coefficients diminuent fortement après prise en compte (corrélation partielle) du score de LS générale : HLS-NAV ($r=0,16$) et HLS-DIGI ($r=0,11$).

5.3 Synthèse

Les résultats obtenus indiquent que l'adaptation française de la nouvelle échelle de 6 items proposée pour la LS interactive possède des propriétés psychométriques acceptables pour mesurer les compétences des adultes résidant en France métropolitaine pour communiquer avec les médecins. En effet, les divers indicateurs utilisés présentaient des valeurs satisfaisantes. La principale limite mise en évidence était le caractère plutôt trop « facile » des items qui se traduit par un fort effet plafond du score obtenu. Le score moyen obtenu est ainsi très élevé (81,4/100) même si légèrement moins élevé que dans l'ensemble des neuf pays ayant utilisé l'échelle HLS-COM (83,2/100). D'autres modalités de calculs du score ont été étudiées (33) afin d'avoir plus de variabilité dans les scores calculés.

En définitive, si le score moyen est très élevé avec plus de 50% des répondants avec un niveau excellent de LS interactive, cette première évaluation globale de la LS interactive indique tout de même des difficultés perçues par certains adultes. En effet, près de 20% des répondants perçoivent en moyenne difficiles les items qui composent le HLS-COM et en plus des 18,5% des personnes catégorisées comme ayant un niveau inadéquat, 10,7% sont considérées comme ayant un niveau problématique de LS interactive. Si, comme dans les autres pays, le temps semble manquer lors des consultations, cela n'empêche pas les répondants d'expliquer leurs problèmes et de poser des questions. Par contre les difficultés ressenties sont plus fréquentes quand il s'agit d'exprimer des opinions ou préférences personnelles et de s'impliquer dans les décisions. Ceci peut illustrer la persistance d'un certain degré de paternalisme médical dans la relation médecin-patient (34). Plus de 20% des participants expriment aussi des difficultés à se rappeler des informations obtenues. Ceci incite à multiplier les sources et rappels d'informations après une consultation médicale (35). La restriction de l'étude à l'interaction médecin-patient est ici une limite majeure et d'autres recherches sont nécessaires pour mieux évaluer la LS interactive en se concentrant également sur d'autres professionnels de la santé.

La corrélation entre les échelles semble indiquer une certaine spécificité de la LS interactive même si elle reste très corrélée à la LS générale ($r=0,52$) et par là aux autres échelles spécifiques évaluant les compétences pour naviguer et utiliser les ressources numériques en santé.

Cela se retrouve dans l'exploration des déterminants socioéconomiques. La modélisation montre, comme pour la LS générale, la présence d'un gradient social avec un effet péjoratif des difficultés financières et de la perception de se situer à un niveau inférieur dans la société. La présence d'un problème de santé durable semble favoriser à la fois un excellent niveau et des difficultés à communiquer. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les personnes qui consultent régulièrement peuvent à la fois communiquer plus facilement mais aussi percevoir plus clairement leurs difficultés. D'autres associations nécessiteront la poursuite des recherches pour mieux les expliquer. Ainsi les femmes sans problème de santé durable rapportaient plus souvent d'importantes difficultés à communiquer avec leur médecin et si la formation dans le domaine de la santé favorise logiquement d'excellentes compétences, elle était aussi de manière surprenante associée au fait d'être catégorisé à un niveau problématique plutôt que suffisant.

6. LITTÉRATIE EN SANTÉ NUMÉRIQUE (HLS-DIGI)

Éléments clés

- Des difficultés à s'appropriier les outils numériques en santé sont fréquemment exprimées avec un score moyen de HLS-DIGI (*Digital Health Literacy*) de 53,9/100.
- Au total, 71,8% des Français ont un niveau limité de littératie en santé numérique, dont 52% ont un niveau inadéquat.
- Quatre des 8 items de littératie en santé numérique sont perçus comme difficiles pour plus de la moitié des répondants.
- Les difficultés perçues sont particulièrement élevées lorsqu'il s'agit de déterminer si des intérêts commerciaux se cachent derrière les informations proposées » (69,2%) et de juger de la fiabilité des informations trouvées » (64,8%).

6.1 Introduction

La numérisation des dispositifs de santé exige des compétences spécifiques de la part des individus. Ceux-ci doivent s'approprier de nouvelles modalités d'échanges et de partage de l'information, notamment la téléconsultation ou les applications de e-santé. Ils ont aussi à disposition une quantité d'informations sur la santé, via différents canaux, avec des émetteurs variés, allant des services publics à des sources individuelles sur les réseaux sociaux.

Un usage approprié de ces ressources nécessite des compétences pratiques mais aussi d'analyse critique de la part des utilisateurs (36).

La question des appropriations de la numérisation en santé est un sujet important, notamment pour déterminer si elle participe à favoriser l'accès ou au contraire est source de nouvelles inégalités en santé (37). Pour mieux en comprendre la portée, une mesure de la LS numérique a été incluse de manière optionnelle dans l'étude HLS19. La LS numérique est comprise comme la capacité à rechercher, accéder, comprendre, évaluer, valider et appliquer des informations de santé en ligne, la capacité à formuler des questions, exprimer une opinion, des pensées ou des sentiments lors de l'utilisation de dispositifs numériques telles que les consultations en ligne, les dossiers médicaux numériques, les réseaux sociaux, les applications en santé, etc. (1).

L'échelle HLS-DIGI se compose de 8 questions permettant d'estimer le degré de difficulté à chercher, trouver, comprendre et juger des informations de santé provenant de sources numériques (cf. Figure 6.4). Comme pour les autres instruments de mesure de la LS dans l'enquête, quatre modalités de réponse ont été proposées (soit : très facile, facile, difficile, très difficile) et un score compris dans une fourchette de 0 à 100, indique le pourcentage d'éléments considérés comme "faciles" ou "très faciles" par un répondant. L'échelle HLS-DIGI a été utilisée en questionnaire optionnel par 13 pays ayant participé à l'enquête HLS19 auprès de 28 057 participants. Pour la France, elle a été incluse uniquement dans la deuxième vague de l'enquête. Nous rappelons que le questionnaire a été rempli en ligne (cf. partie méthodes) nécessitant une certaine familiarité avec les supports numériques.

Dans cette partie sont présentés les résultats de l'enquête concernant trois objectifs spécifiques concernant la LS numérique : la description des niveaux de compétences des Français à s'approprier la numérisation en santé ; l'étude des facteurs associés à la HLS-DIGI ; et la validation de la version française de l'échelle HLS-DIGI.

6.2 Résultats

6.2.1 Distribution du score de LS numérique (HLS-DIGI)

Les moyennes, écarts-types et quartiles de la distribution du score LS numérique sont décrits dans le Tableau 6.1, pour la France et pour l'ensemble des pays ayant intégré cette échelle dans l'enquête HLS19. Le score moyen était de 53,9 (SD=33,5). La moyenne HLS19 était de 62,3.

Tableau 6.1 : Moyenne, écart-type et percentiles du score HLS-DIGI

	France	Moyenne HLS19
Moyenne	53,9	62,3
Écart-type	33,5	32,5
25 ^e percentile	25,0	37,5
50 ^e percentile	50,0	62,5
75 ^e percentile	87,5	100

La Figure 6.1 représentant le graphique de la distribution de la LS numérique en France métropolitaine indique une asymétrie à gauche. On observe en effet un léger effet plafond avec 19,6% des répondants qui considéraient les 8 items (très) faciles.

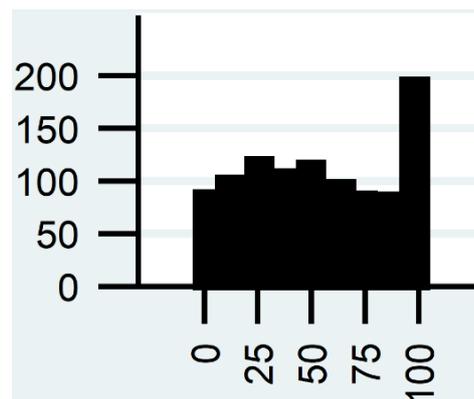


Figure 6.1 : Distribution du score HLS-DIGI

6.2.2 Pourcentage moyen de réponses (APRP)

La Figure 6.2 montre le pourcentage moyen de réponses « très facile » à « très difficile » apportées sur l'ensemble des 8 questions de l'échelle. Un peu plus de la moitié des répondants (53,9%) a perçu les items comme « faciles » ou « très faciles ». Moins de 10% ont trouvé les items dans leur ensemble très difficiles. Les moyennes observées en France sont un peu moins favorables que pour l'ensemble des pays ayant participé à l'enquête.

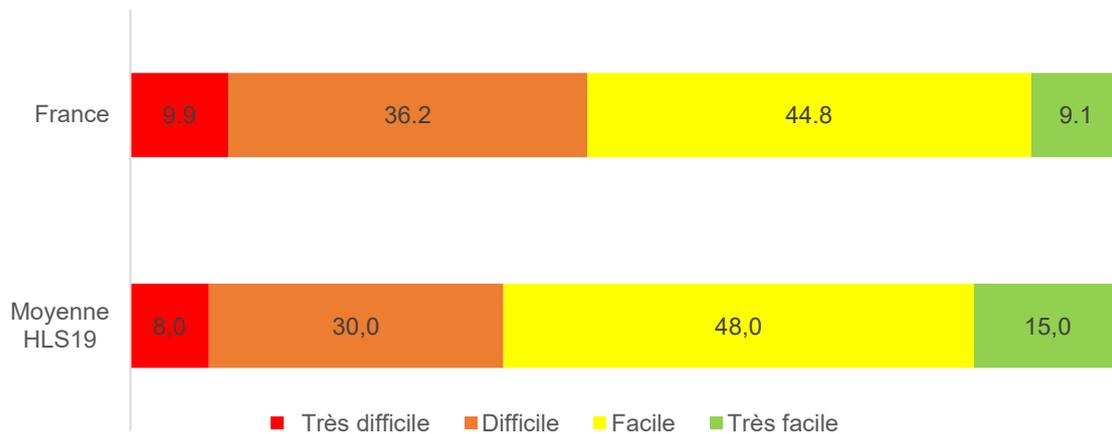


Figure 6.2 : Pourcentage moyen de réponses (APRP) aux 8 items HLS-DIGI

6.2.3 Les catégories de niveaux de LS numérique

Parmi les participants à l'enquête, 52% sont considérés comme ayant un niveau inadéquat et 19,8% un niveau problématique de LS numérique. Seuls 28,1% ont un niveau de LS numérique adéquat, dont 21,5% ayant un niveau suffisant et 6,6% un niveau excellent (Figure 6.3)

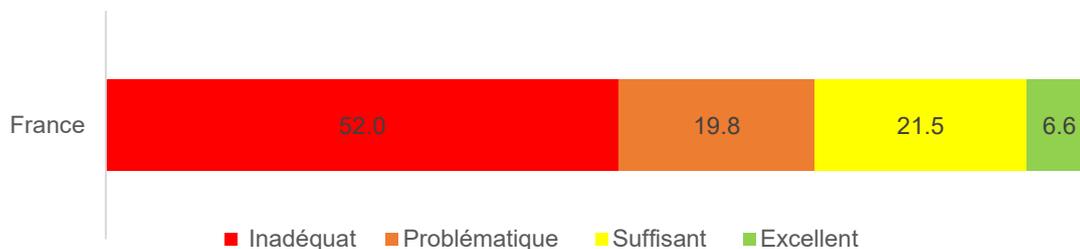


Figure 6.3 : Pourcentage de répondants par niveau catégoriel du HLS-DIGI

6.2.4 Les principales difficultés perçues

Les pourcentages de participants qui ont répondu par « très difficile » ou « difficile » aux différents items sont présentés dans la Figure 6.4. Ils varient entre 22,1% pour l'item 6 « consulter plusieurs sites Internet pour comparer les informations qu'ils proposent sur un même sujet » et 69,2% pour l'item 5 « déterminer si des intérêts commerciaux se cachent derrière les informations proposées ». Quatre items sont perçus comme difficiles pour plus de la moitié des répondants. Hormis l'item 6 jugé plus facile, les Français sont globalement plus nombreux à juger les items comme « difficile » ou « très difficile » comparés aux autres pays HLS19.

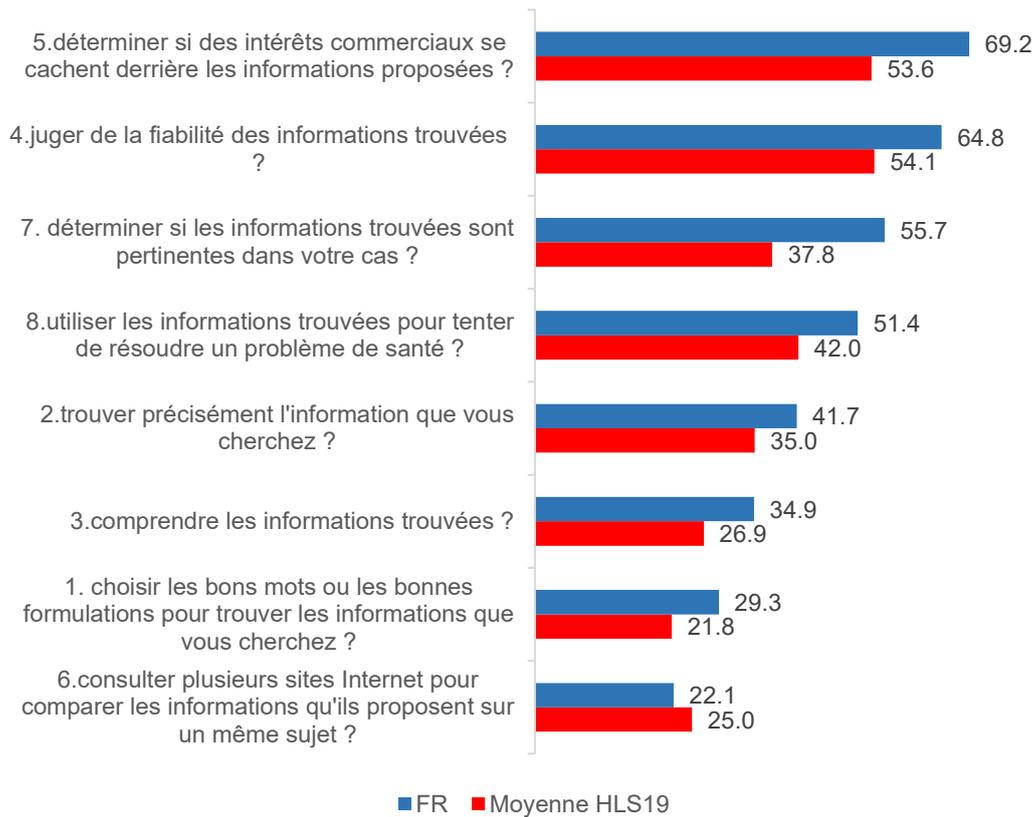


Figure 6.4 : Pourcentage des réponses très difficiles ou difficiles pour les 8 items de l'échelle HLS-DIGI (classés du plus difficile au plus facile)

6.2.5 Les déterminants de la LS numérique

Les analyses bivariées concernant les déterminants de la LS numérique sont présentées dans le tableau 6.2. Le niveau de LS numérique est significativement associé à l'âge, au statut social perçu, aux difficultés financières et à la formation dans le domaine de la santé. En effet, le niveau de LS numérique diminue avec l'âge et les difficultés financières. En revanche, il augmente avec le statut social perçu et la formation dans le domaine de la santé. Le genre, la zone de résidence et le niveau d'éducation ne sont pas associés de façon significative.

Tableau 6.2 : Les déterminants associés aux niveaux de HLS-DIGI : analyses bivariées

	Inadéquat	Problématique	Suffisant	Excellent
Genre	p=0,439			
Femme	269 (52,0)	108 (55,0)	101 (47,1)	33 (50,4)
Homme	252 (48,0)	90 (45,0)	114 (52,9)	33 (49,6)
Âge	p=0,004			
18-25 ans	59 (15,5)	28 (19,9)	29 (17,5)	9 (30,2)
26-35 ans	82 (16,8)	38 (15,9)	38 (28,6)	20 (12,6)
36-45 ans	86 (16,8)	31 (15,9)	60 (28,6)	8 (12,6)
46-55 ans	107 (20,5)	38 (19,1)	40 (18,4)	11 (16,4)
56-65 ans	107 (20,5)	36 (18,2)	28 (12,8)	12 (17,6)
66-75 ans	80 (14,9)	27 (13,1)	20 (8,8)	6 (8,8)
Niveau d'éducation	p=0,271			
Inférieur au baccalauréat	102 (19,4)	33 (16,5)	43 (20,0)	8 (12,2)
Baccalauréat - Bac+2	233 (44,7)	79 (40,2)	86 (40,3)	25 (38,5)
≥Bac+3	186 (36,0)	86 (43,3)	86 (39,7)	33 (49,3)
Zone de résidence	p=0,663			
Rurale	108 (22,1)	39 (20,8)	46 (22,9)	18 (28,3)
Urbaine	413 (78,0)	159 (79,2)	169 (77,1)	48 (71,8)
Statut social perçu [de 1 à 10]	p<0,001			
Moyenne (SD)	5,5 (1,5)	5,9 (1,5)	5,8 (1,5)	6,2 (1,8)
Difficultés financières	p=0,001			
Aucune	304 (58,2)	125 (63,2)	152 (70,6)	51 (76,8)
Oui	217 (41,8)	73 (36,8)	63 (29,4)	15 (23,2)
Maladies ou problèmes de santé durables	p=0,160			
Non	286 (55,2)	105 (53,1)	135 (63,0)	39 (59,5)
Oui	235 (44,8)	93 (46,9)	80 (37,0)	27 (40,5)
Formation dans le domaine de la santé	p<0,001			
Non	436 (83,7)	145 (73,2)	159 (73,9)	38 (58,0)
Oui	85 (16,3)	53 (26,8)	56 (26,1)	28 (42,0)

Pourcentages en colonne

Dans l'analyse multivariée (Tableau 6.3), l'âge, les difficultés financières et la formation dans le domaine de la santé sont significativement associés à la LS numérique. Les personnes âgées de 56 à 65 ans ou celles ayant des difficultés financières ont une plus forte probabilité d'avoir un niveau inadéquat de LS numérique. À l'inverse, celles ayant suivi une formation dans le domaine de la santé sont plus enclines à avoir un excellent niveau de LS numérique.

Tableau 6.3 : Les facteurs associés aux catégories de HLS-DIGI : analyse multivariée

	HLS-DIGI		
	Inadéquat	Problématique	Excellent
Genre féminin	1,19	1,36	1,15
Âge (réf: 18-25 ans)			
26-35	1,07	1,01	1,56
36-45	0,71	0,52	0,42
46-55	1,31	0,97	0,86
56-65	1,88*	1,28	1,30
66-75	1,97	1,28	0,94
Statut social perçu (+1 point)	0,94	1,08	1,15
Difficultés financières (réf: aucune)	1,60*	1,50	0,88
Maladies ou problèmes de santé durables (réf: non)	1,20	1,39	1,06
Formation dans le domaine de la santé (réf: non)	0,56**	0,99	1,94*

Modalité de référence « Suffisant »

Les OR en gras sont statistiquement significatifs : * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

En stratifiant les analyses multivariées sur le genre (Tableau 6.4), seul le statut social perçu rapporté était significativement associé à la LS numérique chez les femmes. Chez les hommes, être âgé de 56 ans et plus et avoir un problème de santé durable augmentait la probabilité d'avoir un niveau de LS numérique inadéquat, tandis qu'avoir eu une formation dans le domaine de la santé diminuait cette probabilité.

Tableau 6.4 : Les facteurs associés aux catégories HLS-DIGI stratifiés sur le genre : analyse multivariée

	Femmes			Hommes		
	Inadéquat	Problématique	Excellent	Inadéquat	Problématique	Excellent
Âge (réf: 18-25 ans)						
26-35 ans	1,04	1,30	1,74	1,19	0,70	1,35
36-45 ans	0,79	0,50	0,35	0,67	0,46	0,41
46-55 ans	1,39	0,97	0,94	1,28	0,82	0,63
56-65 ans	1,04	1,08	1,02	3,85**	1,44	1,70
66-75 ans	1,49	1,15	1,40	2,91*	1,44	0,53
Statut social perçu (+1 point)	0,96	1,18	1,54**	0,92	1,00	0,92
Difficultés financières (réf: aucune)	1,63	1,86	2,07	1,61	1,32	0,33
Maladies ou problèmes de santé durables (réf: non)	0,79	0,95	0,61	1,81*	2,07*	1,76
Formation dans le domaine de la santé (réf: non)	0,64	1,58	2,21	0,48*	0,54	1,78

Modalité de référence « Suffisant »

Les OR en gras sont statistiquement significatifs : * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

6.2.6 Validation de l'échelle HLS-DIGI

La consistance interne mesurée par Alpha de Cronbach est assez élevée ($\alpha=0,86$), montrant une homogénéité des 8 items de l'échelle HLS-DIGI. Les indicateurs évalués à l'aide de l'analyse factorielle confirmatoire sont également satisfaisants, indiquant un bon ajustement du modèle à une variable latente (RMSEA=0,07 ; CFI=0,99 ; TLI=0,99 ; SRMSR=0,06).

La corrélation avec les autres échelles est modérée à forte. Sont constatées une corrélation assez forte avec les échelles HLS-NAV ($r=0,67$) et LS générale ($r=0,59$), et comme attendu, plus faible avec la HLS-COM ($r=0,38$).

6.3 Synthèse

Les résultats obtenus indiquent que l'échelle HLS-DIGI utilisée dans l'enquête possède des propriétés psychométriques acceptables pour mesurer la LS numérique des adultes en France métropolitaine. En effet, les différents indicateurs présentent des valeurs satisfaisantes et l'échelle HLS-DIGI est corrélée à la LS générale ($r=0,59$), ce qui suggère que les deux échelles sont suffisamment indépendantes pour être traitées comme des échelles différentes (12).

L'utilisation de cette échelle nous permet de dresser un premier tableau des compétences des adultes dans l'utilisation de ressources numériques en santé pour la France, et de les comparer aux résultats obtenus dans d'autres pays ayant participé à HLS19.

Dans l'ensemble, les difficultés repérées semblent non négligeables avec près de trois quarts des répondants qui avaient un niveau insuffisant pour chercher, trouver, communiquer, comprendre, et s'approprier des informations numériques en santé. Plus précisément, 52% des répondants avaient un niveau inadéquat et 19,9% un niveau problématique.

Certaines tâches ont posé plus de difficultés que d'autres. Alors que le fait de consulter plusieurs sites internet pour comparer des informations sur un même sujet semble facile ou très facile pour près de 80% des personnes interrogées, d'autres tâches semblent difficiles ou très difficiles pour plus de la moitié d'entre elles. C'est le cas des tâches suivantes : « Utiliser des informations pour résoudre un problème de santé » (difficile ou très difficile pour 54,4% des répondants), « Déterminer si les informations trouvées sont pertinentes dans votre cas » (pour 55,7%), « Juger de la fiabilité des informations trouvées » (pour 64,8%) ou encore « Déterminer si des intérêts commerciaux se cachent derrière les informations proposées » (pour 69,2%).

Ces différentes tâches requièrent en effet des connaissances et aptitudes spécifiques. Selon Norman et Skinner, la LS numérique exige des individus des compétences élargies touchant à 6 domaines de la littératie : la littératie générale (dont la numératie), et les littératies propres aux outils numériques, aux médias, aux sciences, aux mathématiques et à la santé (38). Les individus doivent par exemple développer des stratégies de recherche pointues, prendre des décisions à partir d'une source inépuisable d'outils et d'informations (39). Ils doivent discerner le sens explicite et implicite des messages transmis par les médias et y poser un regard critique (40) ou encore interagir et partager des informations sur les réseaux sociaux ou des plateformes en ligne (37).

La période de pandémie de la Covid-19 a suscité un intérêt croissant sur la place des médias dans la diffusion de l'information et leur influence sur les comportements de santé. La désinformation et sa propagation croissante avec l'usage des réseaux sociaux ont fait partie des difficultés rencontrées par certains utilisateurs (41, 42).

Les résultats de l'étude nous indiquent aussi que certains groupes de la population apparaissent plus désavantagés. Ce sont notamment les personnes plus âgées, les

personnes ayant un statut social perçu moindre et les personnes financièrement défavorisées. Le niveau de LS numérique suit ainsi un gradient social, avec une tendance plutôt linéaire pour l'ensemble des pays participants (12).

Ces résultats sont concordants avec d'autres travaux de recherche. Les personnes plus jeunes, socialement et financièrement favorisées y obtiennent de meilleurs résultats. Le niveau d'éducation et l'origine migratoire sont aussi souvent identifiés comme des déterminants de la LS numérique (36, 39), ce qui n'est pas le cas dans nos résultats.

Différents travaux mettent en avant les retombées d'un niveau élevé en LS numérique, celui-ci étant associé à des comportements de santé protecteurs et de meilleurs résultats de santé (43, 44). Parallèlement, la fracture numérique rencontrée par certaines populations est aujourd'hui bien documentée, distinguant les inégalités d'accès et les inégalités d'usage (45).

La numérisation des informations en santé représente un potentiel intéressant pour lutter contre la complexité de l'information et améliorer l'accès aux services de santé (37, 46).

Les concepteurs et développeurs de sites web, logiciels et applications peuvent atténuer un certain nombre d'obstacles (par exemple des formats variés, des vidéos pédagogiques, l'interactivité). Toutefois les catégories de personnes ayant des compétences plus développées semblent bénéficier de ces outils de façon accrue, grâce à une utilisation plus complète et plus adaptée, avec des retombées en matière de comportements de santé (39, 40, 44). Les auteurs argumentent pour le développement de dispositifs numériques de santé qui prennent en compte les besoins des groupes plus défavorisés, dans une perspective d'équité (37, 39, 40).

Les analyses des résultats de l'étude HLS19 permettront de nourrir ces données et de mieux comprendre l'effet de la numérisation du système de santé sur les inégalités d'accès à la santé pour la France. Les résultats concernant la LS numérique pourront être complétés par des informations complémentaires collectées lors de cette enquête, permettant de mieux décrire l'utilisation des divers outils numériques et leur fréquence (sites web, réseaux sociaux, applications par exemple) et les capacités des usagers à interagir sur des dispositifs en ligne (chat, etc.).

7. LITTÉRATIE EN SANTÉ ET COMPORTEMENTS PRÉVENTIFS

Éléments clés

- Un faible niveau de littératie en santé est généralement associé à des comportements défavorables à la santé.
- Parmi les répondants, 53,0% ont un IMC normal, 25,6% pratiquent une activité physique régulière et 42,6% consomment des fruits et légumes tous les jours.
- Après ajustement sur le genre, l'âge, le statut social perçu et les difficultés financières, l'association entre IMC normal et littératie en santé n'est pas linéaire. Seul un niveau problématique de littératie en santé diminue significativement la probabilité d'avoir un IMC normal.
- Après ajustement sur le genre, l'âge, le statut social perçu et les difficultés financières, les probabilités de pratiquer une activité physique régulière et de consommer tous les jours des fruits et légumes augmentent significativement avec le niveau de littératie en santé.

7.1 Introduction

L'activité physique et l'alimentation sont deux déterminants majeurs de santé. En effet, l'alimentation déséquilibrée (insuffisance de fibres, de fruits et légumes et excès de viande rouge et charcuterie) et le surpoids (obésité incluse) défini par un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 25 sont parmi les facteurs de risque de plusieurs maladies notamment les maladies cardiovasculaires, le diabète et le cancer (47-50). Pour diminuer ces expositions à risque, la compréhension des déterminants et des mécanismes qui influencent les comportements des individus est cruciale.

L'association de la LS avec différents indicateurs de comportements de santé ou de mode de vie a fait l'objet de plusieurs études. En effet, il a été montré qu'un niveau de LS plus élevé augmente la probabilité d'adopter des comportements favorables à la santé tels que manger des fruits et des légumes, pratiquer une activité physique et d'avoir un IMC normal (51-54). En miroir, des faibles niveaux de LS sont associés à une inactivité physique, à des habitudes alimentaires malsaines et à un IMC anormal (obésité ou insuffisance pondérale) (55). Des résultats similaires concernant le niveau d'activité physique et l'IMC ont été observés dans une autre étude (56). Une étude réalisée en Albanie et utilisant l'échelle HLS-EU-Q47 a également montré que le risque d'obésité et de surpoids est deux fois plus élevé chez les personnes avec un niveau de LS inadéquat par rapport à celle ayant un niveau excellent (57). En Italie, les résultats ont montré par ailleurs qu'un niveau inadéquat de LS était un facteur prédictif important à la fois de manger moins de trois portions de fruits et légumes par jour et de ne pas pratiquer suffisamment d'activité (58).

La prévention et la promotion de la santé à travers des comportements et un mode de vie favorable à la santé représentent un enjeu majeur. Ce chapitre s'intéresse à évaluer les comportements de santé et de mode de vie des adultes français et à étudier leurs liens avec la LS.

7.2 Résultats

7.2.1 Indicateurs de santé et de mode de vie

Parmi nos répondants, 53,0% ont un IMC déclaré normal, 25,6% pratiquent une activité physique régulière (≥ 5 jours/semaine) et 42,6% consomment des fruits et légumes tous les jours (Tableau 7.1). Dans les analyses bivariées utilisant les catégories de LS et celles définies pour ces indicateurs, on observe une différence significative selon la LS uniquement pour l'activité physique régulière et la consommation journalière de fruits et légumes (Tableau 7.1).

Tableau 7.1 : Les déterminants associés aux comportements de santé et de mode de vie : analyses bivariées

	IMC		AP		Consommation de fruits / légumes	
	IMC normal	Surpoids	< 5 jours d'AP	≥ 5 jours d'AP	Moins de 7 jours	Tous les jours
	n=957 (53,0)	n=857 (47,0)	n=1 489 (74,4)	n=514 (25,6)	n=1 148 (57,4)	n=855 (42,6)
HLS-Q12	p=0,074		p<0,001		p<0,001	
Inadéquat	123 (12,7)	131 (15,3)	225 (15,1)	62 (12,0)	183 (15,9)	104 (12,1)
Problématique	275 (28,7)	274 (32,0)	455 (30,6)	141(27,4)	364 (31,7)	232 (27,1)
Suffisant	404 (42,3)	320 (37,1)	598 (40,1)	197 (38,2)	445 (38,8)	350 (40,8)
Excellent	155 (16,3)	132 (15,6)	211 (14,2)	114 (22,4)	156 (13,6)	169 (20,0)
Genre	p<0,001		p=0,171		p<0,001	
Femme	521 (55,1)	369 (43,6)	770 (52,3)	247 (48,8)	531 (47,0)	486 (57,3)
Homme	436 (44,9)	488 (56,4)	719 (47,8)	267 (51,2)	617 (53,0)	369 (42,7)
Âge	p<0,001		p<0,001		p<0,001	
18-25 ans	158 (17,9)	40 (5,1)	186 (13,5)	54 (11,7)	176 (16,6)	64 (8,1)
26-35 ans	198 (20,5)	115 (13,4)	285 (19,1)	69 (13,3)	244 (21,0)	110 (13,0)
36-45 ans	168 (17,3)	169 (19,9)	307 (20,5)	73 (14,2)	236 (20,4)	144 (17,0)
46-55 ans	183 (18,8)	192 (22,4)	300 (20,0)	95 (18,2)	211 (18,2)	184 (21,3)
56-65 ans	137 (14,0)	205 (23,8)	247 (16,2)	123 (23,8)	173 (14,7)	197 (22,8)
66-75 ans	113 (11,5)	136 (15,4)	164 (10,7)	100 (18,8)	108 (9,1)	156 (17,8)
Niveau d'éducation	p<0,001		p=0,140		p<0,001	
Inférieur au Bac	129 (13,4)	197 (22,8)	263 (17,6)	95 (18,1)	184 (15,9)	174 (20,2)
Baccalauréat - Bac+2	411 (43,2)	376 (44,0)	666 (44,9)	205 (40,1)	541 (47,3)	330 (38,8)
\geq Bac+3	417 (43,4)	284 (33,2)	560 (37,5)	214 (41,8)	423 (36,8)	351 (41,0)
Zone de résidence	p=0,551		p=0,021		p=0,522	
Rurale	204 (22,7)	175 (21,6)	332 (23,7)	91 (18,7)	247 (22,9)	176 (21,7)
Urbaine	753 (77,3)	682 (78,4)	1 157 (76,3)	423 (81,3)	901 (77,1)	679 (78,3)
Statut social perçu [de 1 à 10]	p=0,109		p=0,010		p=0,003	
Moyenne (SD)	5,7 (1,5)	5,6 (1,6)	5,6 (1,5)	5,8 (1,6)	5,6 (1,6)	5,8 (1,5)
Difficultés financières	p=0,002		p=0,083		p<0,001	
Aucune	642 (66,9)	515 (59,9)	923 (61,9)	344 (66,3)	671 (58,4)	596 (69,3)
Oui	315 (33,1)	342 (40,1)	566 (38,1)	170 (33,7)	477 (41,6)	259 (30,7)

Pourcentages en colonne

IMC : indice de masse corporelle ; AP : activité physique.

7.2.2 Facteurs associés aux indicateurs de santé et de mode de vie

Des analyses de régression multiple ont permis de déterminer les facteurs associés à l'IMC, à la pratique d'activité physique et à la consommation de fruits et légumes chez les femmes et chez les hommes (Tableau 7.2 et Tableau 7.3).

Tableau 7.2 : Les facteurs associés aux indicateurs de santé et de mode de vie : analyse multivariée

		IMC normal	≥ 5 jours d'AP	Consommation de fruits / légumes
HLS-Q12 (réf: suffisant)				
	Inadéquat	0,82	0,88	0,80
	Problématique	0,77*	0,92	0,82
	Excellent	0,91	1,65**	1,37*
Genre féminin		1,56***	0,89	1,73***
Âge (réf: 18-25 ans)				
	26-35 ans	0,43***	0,77	1,26
	36-45 ans	0,25***	0,75	1,82**
	46-55 ans	0,24***	1,02	2,57***
	56-65 ans	0,17***	1,64*	3,35***
	66-75 ans	0,21***	1,92**	4,12***
Statut social perçu (+1 point)		1,02	1,06	1,03
Difficultés financières (réf : aucune)		0,70**	1,00	0,67***
N		1 814	2 003	2 003

Les OR en gras sont statistiquement significatifs : * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$
 IMC : indice de masse corporelle ; AP : activité physique.

Tableau 7.3 : Les facteurs associés aux indicateurs de santé et de modes de vie stratifiés sur le genre : analyse multivariée

		IMC normal		≥ 5 jours d'AP		Consommation de fruits / légumes	
		Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
HLS-Q12 (réf: suffisant)							
	Inadéquat	0,83	0,85	0,74	1,01	0,75	0,82
	Problématique	0,81	0,75	0,64*	1,30	0,87	0,77
	Excellent	0,92	0,88	1,29	2,01**	1,47*	1,27
Âge (réf: 18-25 ans)							
	26-35 ans	0,32***	0,60	0,61	1,00	1,46	0,97
	36-45 ans	0,19***	0,32***	0,49*	1,07	2,00**	1,58
	46-55 ans	0,23***	0,26***	0,99	1,06	3,18***	2,00*
	56-65 ans	0,20***	0,14***	1,33	2,07*	3,03***	3,51***
	66-75 ans	0,34**	0,13***	1,47	2,60**	3,54***	4,51***
Statut social perçu (+1 point)		1,05	1,01	1,17**	0,98	1,06	1,00
Difficultés financières (réf : aucune)		0,69*	0,72	1,18	0,87	0,65**	0,67*
N		890	924	1017	986	1017	986

Les OR en gras sont statistiquement significatifs : * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$
 IMC : indice de masse corporelle ; AP : activité physique.

IMC déclaré normal : L'effet des catégories de LS n'est pas linéaire et seul un niveau problématique de LS diminue significativement la probabilité d'avoir un IMC normal (comparativement au niveau suffisant). En stratifiant les analyses selon le genre, les résultats sont proches mais la LS générale n'est plus significativement associée à l'IMC. Par ailleurs, les femmes ont une plus forte probabilité d'avoir un IMC normal. L'IMC déclaré normal est également plus fréquent chez les hommes et les femmes les plus jeunes et chez les participants sans difficultés financières (association non significative chez les hommes).

Activité physique régulière : La pratique d'une activité physique régulière est significativement associée à la LS générale chez les femmes et chez les hommes. Chez les femmes, un niveau de LS problématique diminue significativement la probabilité de pratiquer une activité physique plus de cinq jours par semaine tandis que chez les hommes, un excellent niveau de LS augmentait cette probabilité. Par ailleurs, l'activité physique régulière est significativement plus fréquente chez les répondants les plus âgés (56-75 ans) particulièrement chez les hommes.

Consommation journalière de fruits et légumes : La consommation journalière de fruits et légumes est significativement associée à une LS excellente, particulièrement chez les femmes (association positive mais non significative chez les hommes). Les femmes de plus de 35 ans et les hommes de plus de 45 ans déclarent également plus souvent consommer des fruits et légumes tous les jours. Par contre, les difficultés financières diminuent significativement la probabilité d'une consommation journalière de fruits et légumes chez les femmes comme chez les hommes.

7.3 Synthèse

Globalement, les résultats montrent qu'un peu plus de la moitié de nos répondants ont un IMC déclaré normal ; un répondant sur quatre pratique une activité physique régulière et quatre répondants sur dix consomment des fruits et légumes tous les jours. La LS est associée à la pratique d'activités physiques, à la consommation des fruits et légumes et plus marginalement à l'IMC des participants.

Une bonne alimentation et une activité physique régulière permettent de rester en bonne santé et d'améliorer sa qualité de vie. L'adoption des meilleurs comportements alimentaires notamment la consommation des fruits et légumes est liée à plusieurs facteurs dont la LS. Ce résultat indique que les compétences clés évaluées par la LS générale à savoir l'accès, la compréhension, l'évaluation et l'application des informations de santé pourraient favoriser des comportements alimentaires favorables à la santé. Ce résultat est en accord avec des travaux antérieurs en Angleterre, Australie et Italie (51, 52, 58). Cependant, il faut noter que l'association entre LS et consommation journalière de fruits et légumes n'était pas significative pour les hommes, bien que les *odds ratios* ajustés soient assez proches de ceux estimés chez les femmes. Ce résultat est important car les femmes jouent souvent un rôle important dans le choix de l'alimentation familiale (59) et peuvent donc avoir une influence plus large. La consommation journalière de fruits et légumes augmente avec l'âge après ajustement sur les difficultés financières et le statut social perçu. Ce résultat traduit une alimentation de moindre qualité chez les plus jeunes qui pourrait être liée à une sur consommation de repas transformés et/ou d'aliments riches en énergie (féculents, aliments sucrés) tandis que les personnes plus âgées peuvent privilégier notamment une alimentation fibreuse pour palier au ralentissement du transit dû au vieillissement. La troisième étude individuelle nationale des consommations alimentaires (INCA 3) a d'ailleurs montré des résultats similaires concernant une consommation élevée des fruits et légumes pour les personnes âgées (60). Il ressort également de notre étude que les difficultés financières constituent un frein à la consommation de fruits et légumes. Les populations économiquement défavorisées font face à plusieurs

problèmes notamment l'accès à une alimentation équilibrée et une faible consommation de fruits et légumes (58, 61). En France, le Programme national nutrition santé 4 (PNNS 4, 2019-2023) a défini un objectif spécifique pour améliorer l'alimentation des personnes en situation de précarité. Pour atténuer le fardeau des facteurs démographiques et socioéconomiques, l'investissement du champ de la LS constitue une piste prometteuse pour modifier les comportements alimentaires et ainsi améliorer l'état de santé de la population. Le champ de l'éducation pour la santé autour de l'alimentation et des informations faciles à comprendre sur la qualité nutritionnelle des produits en font partie. Cependant, manger sainement ne saurait suffire et doit être associé à une activité physique régulière.

L'activité physique est en effet identifiée comme un déterminant important pour le maintien ou l'amélioration de la santé (62). L'activité physique régulière est un comportement lié à plusieurs facteurs (63). Notre étude indique qu'un niveau de LS élevé est associé à la pratique d'activité physique régulière. Une meilleure LS peut permettre de mieux appréhender les avantages de l'activité physique et d'accroître la motivation afin de favoriser le changement vers des comportements favorables à la santé dont la pratique d'activité physique. Des études antérieures ont aussi montré le lien entre la LS et la pratique d'activité physique, tantôt comme déterminant, tantôt comme médiateur d'autres déterminants dont le niveau d'éducation ou le capital social (53, 54, 58, 64, 65).

Par ailleurs, notre étude indique que l'activité physique régulière est plus élevée pour les personnes âgées (>55 ans). En effet, différentes pratiques régulières telles que les activités de marche, ou encore de jardinage peuvent être considérées comme de l'activité physique et sont plus fréquentes chez les seniors (66).

Les bénéfices de l'activité physique et la consommation de fruits et légumes pour la santé sont largement étudiés. D'une part, l'activité physique régulière diminue le risque de surpoids, d'obésité et de toutes les complications qui s'ensuivent (maladies cardiovasculaires, diabète, etc.). Elle aide au contrôle de la prise alimentaire et facilite ainsi le maintien du poids corporel (67). D'autre part, les études suggèrent que la consommation de fruits et légumes peut diminuer le risque de prise de poids du fait de leur faible densité énergétique (68).

Notre étude a mis en évidence une association non linéaire entre LS et surpoids (diminué significativement uniquement chez les participants de niveau problématique comparativement au niveau suffisant). D'autres études ont mis en évidence des associations significatives avec un niveau inadéquat de LS. Une étude menée au Danemark a montré qu'un niveau de LS inadéquat était corrélé à une IMC élevée (56). Une autre étude a montré aussi que le risque de surpoids ou d'obésité était deux fois plus élevé pour les personnes avec un niveau de LS inadéquat (57).

L'association de la LS avec la consommation de fruits et légumes, l'activité physique et l'IMC soulèvent l'hypothèse d'une relation intermédiaire entre la LS et l'IMC à travers les comportements alimentaires et l'activité physique (64, 65, 69). Des études complémentaires sont nécessaires pour explorer cette hypothèse afin d'orienter au mieux les interventions sur la promotion de la consommation des fruits et légumes, de l'activité physique et la prévention de l'obésité et du surpoids.

Bien qu'issu d'une enquête transversale et déclarative, ces résultats soulignent le probable rôle non négligeable de la LS sur les comportements favorables à la santé. Améliorer les compétences en matière de santé, si possible depuis l'enfance, pourrait permettre de prévenir le surpoids et d'éviter plusieurs affections ou risques plus fréquents avec l'âge. La LS offre une fenêtre d'action pour inverser les tendances sur le fardeau de l'obésité et de la sédentarité.

8. ASSOCIATION ENTRE LITTÉRATIE EN SANTÉ ET ÉTAT DE SANTÉ PERÇU

Éléments clés

- Près de deux participants à l'enquête HLS19 sur trois déclarent un bon ou très bon état de santé.
- Le statut social perçu, l'âge et la présence d'une maladie chronique influent sur l'état de santé perçu.
- La littératie en santé est associée à l'état de santé perçu et pourrait constituer un levier d'action intéressant pour les personnes les plus à risque.

8.1 Introduction

La façon dont les individus évaluent leur propre santé donne un aperçu global de la santé physique et mentale. L'état de santé perçu est un indicateur subjectif cohérent avec les indicateurs objectifs de l'état de santé issus de différentes sources de données et d'enquêtes sur la consommation de soins ou la déclaration de pathologies (70, 71)

Selon une enquête de la Drees, 73 % des Français résidant en France métropolitaine et interrogés en 2015, 2017 et 2019, se déclaraient en bonne santé (71).

Avec l'âge, la perception d'un très bon état de santé diminue, surtout chez les femmes. En effet, la présence de maladies ou problèmes de santé chroniques progresse en continu avec l'âge et ceux-ci sont plus fréquents chez les femmes. Cependant, l'âge et le genre ne sont pas les seuls prédicteurs de l'état de santé. Par exemple, certains auteurs ont montré que les personnes avec un niveau de LS limité avaient du mal à prendre des décisions éclairées sur les traitements et soins dont elles ont besoin (25).

Cette partie s'intéresse donc à la santé perçue des adultes dans l'enquête HLS19, et à l'influence de la LS générale sur ces résultats.

8.2 Résultats

Près de deux tiers des répondants déclarent un bon à très bon état de santé (respectivement 48,6% et 15,6%) ; alors qu'une proportion assez faible juge leur état de santé mauvais à très mauvais (7,3%). Nous n'observons aucune différence significative entre les deux vagues (Tableau 8.1).

Tableau 8.1 : État de santé perçu selon les vagues de l'étude

État de santé perçu	Tous (n=2 003)	Vague 1 (n=1 003)	Vague 2 (n=1 000)	Fréquence moyenne HLS19
Très bon	309 (15,6)	155 (15,7)	154 (15,5)	19,0
Bon	973 (48,6)	491 (49,0)	482 (48,2)	45,0
Assez bon	573 (28,5)	283 (28,0)	290 (29,0)	30,0
Mauvais - Très mauvais	148 (7,3)	74 (7,3)	74 (7,3)	7,0

L'état de santé perçu est positivement associé au niveau de LS. En effet, les répondants avec un très bon état de santé déclaré ont majoritairement un niveau de LS suffisant et dans une moindre part, inadéquat (40,1% vs 5,8% ; $p<0,001$). D'autres facteurs sont significativement associés à l'état de santé perçu. De façon attendue, un jeune âge ainsi que l'absence de maladie chronique ou problème de santé durable étaient associés à un meilleur état de santé perçu ($p<0,001$). Le niveau socioéconomique joue également un rôle sur la santé perçue. En effet, les personnes déclarant un très bon état de santé ont un statut social perçu plus élevé ($p<0,001$) et n'avaient pas de difficultés financières ($p<0,001$) (Tableau 8.2).

Tableau 8.2 : Facteurs associés à l'état de santé perçu : analyses bivariées et multivariée

	Analyses bivariées				Analyse multivariée		
	Très bon	Bon	Assez bon	Mauvais-Très mauvais	Bon	Assez bon	Mauvais-Très mauvais
HLS-Q12			$p<0,001$				
Inadéquat	5,8	12,1	19,2	27,5	1,80*	2,90***	4,65***
Problématique	24,1	28,6	33,8	34,0	1,12	1,46	1,88*
Suffisant	40,1	43,2	36,3	27,9		1	
Excellent	30,0	16,1	10,7	10,6	0,45***	0,32***	0,36**
Genre			$P=0,248$				
Homme	53,4	46,8	48,6	50,0		1	
Femme	46,6	53,2	51,4	50,0	1,31	1,16	1,03
Âge			$p<0,001$				
18-25 ans	28,0	11,4	9,3	6,3		1	
26-35 ans	23,7	19,8	13,7	5,4	2,27***	1,65	0,57
36-45 ans	16,3	20,6	16,9	20,8	3,58***	3,04***	3,32*
46-55 ans	16,9	17,2	24,1	22,2	2,82***	4,00***	3,20*
56-65 ans	6,8	18,7	21,7	25,3	7,47***	7,64***	7,39***
66-75 ans	8,3	12,3	14,3	2,0	4,07***	4,12***	5,39*
Statut social perçu (+1 point)			$p<0,001$				
M(SD)	6,3 (1,6)	5,8 (1,4)	5,3 (1,5)	4,6 (1,6)	0,82***	0,69***	0,53***
Difficultés financières			$p<0,001$				
Aucune	76,1	69,1	53,1	33,7		1	
Oui	23,9	30,9	46,9	66,3	1,13	1,69**	2,73***
Maladies ou problèmes de santé durables			$p<0,001$				
Non	79,2	67,0	35,9	4,3		1	
Oui	20,8	33,0	64,1	95,7	1,68**	6,24***	77,24***

Pourcentages en colonne

Modalité de référence du modèle : Très bon

Les OR en gras sont statistiquement significatifs : * $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

En analyse multivariée, un niveau de LS inadéquat et les difficultés financières augmentent significativement la probabilité d'avoir un état de santé perçu mauvais à très mauvais. Par ailleurs, une augmentation du niveau du statut social perçu diminue la probabilité de se déclarer en mauvaise santé (Tableau 8.2). Enfin, les personnes sans maladie chronique ne déclarent que très rarement un mauvais état de santé.

Nous avons ensuite stratifié nos analyses selon la présence ou non de maladie chronique (Tableau 8.3). Chez les personnes déclarant une maladie chronique le niveau de LS inadéquat est significativement associé à un très mauvais état de santé perçu, alors que chez les personnes sans maladie chronique ce niveau de LS inadéquat est plutôt significativement associé à un assez bon état de santé perçu.

De la même façon, les difficultés financières ne sont plus significativement associées au très mauvais état de santé perçu chez les personnes ne déclarant pas de maladie chronique. Or, elles augmentaient significativement la probabilité d'avoir un très mauvais à mauvais état de santé perçu chez les personnes souffrant de maladies chroniques.

Tableau 8.3 : Facteurs associés à l'état de santé perçu : modèle stratifié sur la présence de comorbidités

	Non			Oui		
	Bon	Assez bon	Mauvais-Très mauvais	Bon	Assez bon	Mauvais-Très mauvais
HLS-Q12 (réf: suffisant)						
Inadéquat	1,66	3,23*	8,16	1,97	2,44	4,03*
Problématique	1,13	1,52	0,00	1,10	1,38	1,82
Excellent	0,42***	0,22***	0,74***	0,56	0,42*	0,46
Genre féminin	1,13	1,15	0,74	2,14*	1,59	1,50
Âge (réf: 18-25 ans)						
26-35 ans	2,30***	1,36	0,63	2,27	3,23*	0,87
36-45 ans	3,41***	2,01*	1,76	4,45**	8,07***	7,02**
46-55 ans	2,45***	3,55***	0,00***	4,29**	8,93***	7,09**
56-65 ans	6,03***	4,25***	2,73	15,30***	30,27***	24,73***
66-75 ans	2,91**	1,72	0,00***	9,05***	18,21***	20,22***
Statut social perçu (+1 point)	0,85*	0,69***	0,69	0,75**	0,64***	0,48***
Difficultés financières (réf: aucune)	1,08	1,49	3,14	1,28	2,03	3,14**
N	1 103			900		

Modalité de référence du modèle : Très bon

Les OR en gras sont statistiquement significatifs : * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

8.3 Synthèse

Globalement, plus de la moitié des répondants ont une bonne perception globale de leur santé. En dépit de la période de crise sanitaire, ils déclarent un bon à très bon état de santé à près de 64,2%, un assez bon état à près de 29% et une minorité seulement avaient une mauvaise perception (7,3%). Ces résultats rejoignent ceux du Baromètre d'opinion de la Drees et de l'enquête Statistique sur les ressources et les conditions de vie de l'Insee (71, 72). Ils sont aussi cohérents avec les résultats pour l'ensemble des pays participant à l'enquête HLS19, mais avec des différences considérables d'un pays à l'autre.

Par exemple en 2019, 54% des participants en Suisse estimaient avoir un bon état de santé alors qu'ils étaient 37% au Royaume-Uni (12). Plusieurs éléments contextuels peuvent influencer sur la santé perçue, par exemple les particularités socio-culturelles, le contexte de la pandémie de Covid-19 et son retentissement sur le système de santé et la population ou encore un échantillon comprenant une part plus importante de personnes âgées ou déclarant une maladie chronique.

Ces résultats permettent néanmoins des comparaisons entre catégories de population et une identification des plus fragiles. Ainsi, un statut socio-économique défavorable (ici statut social perçu et difficultés financières), un âge plus élevé et, de façon plus nette encore, un problème de santé durable ou une maladie chronique, influent sur le sentiment d'être en moins bonne santé.

La santé perçue est aussi modulée par le niveau de LS. Ceci signifie que plus les capacités à accéder, comprendre, évaluer et appliquer des informations en santé sont élevées, plus les individus s'estiment en bonne santé, sans que l'on puisse conclure ici que la LS permet d'améliorer la santé.

Les études permettant d'étayer ces résultats et d'en comprendre les mécanismes sont rares ou s'appuient sur des définitions et des outils de mesure de la LS et de la santé autoévaluée différents. Cette relation est observée de façon plus ou moins importante dans la plupart des pays ayant participé à l'enquête HLS19 (12) ou au sein d'autres études s'intéressant à des groupes de population ciblée (73, 74). Les liens entre un faible niveau de LS et une santé perçue défavorable pourraient s'expliquer de plusieurs façons : a) un moindre accès aux soins et à la prévention du fait de difficultés à naviguer dans le système de santé, b) une charge de stress plus importante liée aux difficultés d'orientation dans le système de santé et d'autogestion de sa santé, etc.) une moindre auto-efficacité en raison de difficultés à contrôler sa vie et son environnement (74, 75).

De la même façon, les interactions entre LS et maladies chroniques et leurs conséquences sur la santé perçue restent peu décrites. Dans une étude menée auprès de femmes atteintes de maladies chroniques dans une province rurale en Chine, les auteurs ont étudié la façon dont la LS modifiait la portée des maladies chroniques sur la santé perçue. Cette étude montrait que les femmes avec un plus faible niveau de LS rapportaient moins d'effets sur la santé perçue par rapport à celles ayant un niveau élevé de LS, les auteurs soulignant ainsi l'influence du contexte social et culturel d'une personne dans l'autoévaluation de sa santé (75). D'autres travaux ont également mis en évidence une hétérogénéité dans l'autoévaluation de la santé entre les groupes sociaux (76).

Malgré son caractère subjectif et cette hétérogénéité d'évaluation, l'état de santé perçu est généralement un indicateur prévisionnel fiable de la mortalité et des besoins en matière de soins à venir (70, 77, 78) Les analyses des données récoltées dans le cadre de l'enquête HLS19 pour la France ne permettent pas de dire que cela a une conséquence directe sur la consommation de soins. Mais certains premiers résultats d'analyses concernant les consultations aux services d'urgence et le nombre de jours d'arrêt de travail vont dans ce sens et devront être étudiés plus avant.

Dans une revue de la littérature explorant la santé perçue comme prédicteur de la mortalité, Idler et collègues ont analysé à travers 27 études les mécanismes qui peuvent expliquer cet effet. Par exemple, les adultes ayant une mauvaise perception de leur santé peuvent avoir des comportements moins favorables à la santé (tels que moins de pratique sportive) ou être moins observant dans le dépistage ou le soin, l'auto-évaluation de la santé étant le reflet du mode de vie. Une évaluation défavorable de la santé peut être aussi le reflet du manque de ressources de la personne, qu'il s'agisse de l'environnement social ou de ressources individuelles (70). Des travaux menés dans l'archipel d'Hawaï mettent en évidence le rôle respectif de la LS individuelle et de la LS de la communauté (de l'environnement social) sur la santé perçue (73).

Les résultats disponibles soulignent l'influence de la LS sur la santé perçue et nous invitent à poursuivre la recherche pour mieux en saisir les mécanismes. Ils invitent à prendre en considération les besoins individuels des usagers ou des patients, mais aussi des groupes de population plus fragiles sur le plan de la LS à travers des actions spécifiques et ciblées.

9. LA PERCEPTION DE LA RECHERCHE MÉDICALE EN FRANCE

Éléments clés

- La confiance des patients envers les médecins est très forte en France (92,6%), mais le niveau de confiance diminue lorsque la littératie en santé est plus basse.
- Dans une période de médiatisation de la recherche clinique lors de l'épidémie de Covid-19, 19,7% des participants déclarent avoir une bonne connaissance des essais cliniques et en moyenne l'avis envers ces essais était plutôt positif (6,5/10).
- La familiarité et l'avis positif envers les essais cliniques augmentent avec le niveau de littératie en santé.

9.1 Introduction

Pendant l'épidémie de Covid-19, la question des données probantes en santé publique ou celle de la conduite des essais cliniques ont occupé une place importante, qu'il s'agisse des traitements possibles ou de la vaccination (79). La gestion de l'épidémie a aussi montré que la défiance envers les processus de preuve médicale occupe une place directe dans les comportements de santé, notamment la vaccination (80).

Le degré de connaissance sur la recherche médicale est directement lié à la possibilité de comprendre les enjeux concernant la preuve scientifique et de résister aux désinformations. De nombreux sujets font directement intervenir des discussions sur la preuve médicale : les affaires judiciaires, les débats sur l'autorisation de nouveaux traitements ou au contraire la critique de certaines pratiques existantes (81).

Une bonne connaissance du fonctionnement de la recherche médicale permet de formuler des attentes réalistes sur les innovations thérapeutiques. Elle est susceptible de participer directement à nourrir la confiance, ou la défiance, envers les mesures de santé publique. En effet, les promesses issues de la recherche médicale et technologique font souvent la une des journaux et se trouvent discutées dans l'espace public (82) : nouveaux traitements envisagés pour la maladie d'Alzheimer (83), possibilités ouvertes par les développements en intelligence artificielle (84) ou encore arrivée de stratégies de prévention innovantes comme la Prep (prophylaxie pré-exposition) pour le VIH-Sida (85).

En outre, le rapport à la recherche médicale peut aussi avoir des conséquences dans les parcours de soin, notamment sur la participation aux essais cliniques. La recherche clinique a connu des développements importants dans certains domaines comme le cancer avec une place croissante des politiques d'accès à l'innovation en santé (86).

À l'inverse, la difficulté de recruter des patients dans les essais cliniques, démarrés au début de l'épidémie de la Covid-19, souligne l'importance de faciliter l'implication des patients (87). La LS est susceptible d'influer sur la participation des patients aux essais (88), et d'intervenir sur l'autonomie de la décision des patients (9).

Il est donc important d'étendre la connaissance de la LS au rapport à la recherche médicale, allant des attitudes envers la science aux aspects plus proches du soin comme les essais cliniques. Cette section dresse un portrait de la connaissance de la population sur la recherche médicale et les essais cliniques et évalue le lien de cette connaissance avec la LS.

9.2 Résultats

9.2.1 Perception générale de la recherche médicale

La recherche médicale s'inscrit dans le contexte plus général du rapport à la science et à la médecine. La confiance envers les scientifiques et les médecins est très forte en France (Figure 9.1), respectivement 88,2% et 92,6%, contrairement à la confiance dans les représentants politiques (16,5%) et les journalistes (26,3%). Alors que la préoccupation concernant le chômage faisait partie des principales préoccupations des Français, dans le contexte où se déroulait l'enquête, seulement un quart des répondants (26,3%) considéraient qu'il est plus important de lutter contre le chômage que de financer la recherche médicale.

La confiance envers les médecins, les scientifiques, les journalistes ou les politiques était associée à la LS. En effet, 47,0% des répondants avec une LS excellente déclaraient avoir très confiance dans les médecins contre seulement 14,8% de ceux qui avaient une LS inadéquate ($p < 0,001$).

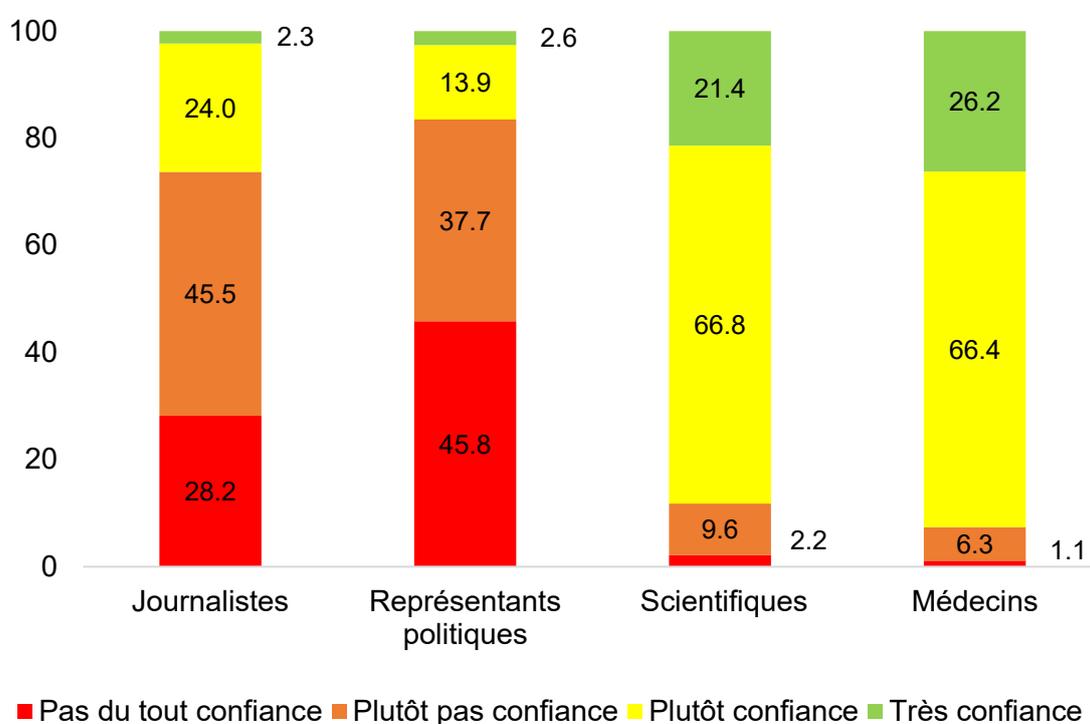


Figure 9.1 : Niveau de confiance déclaré par les participants (en pourcentage)

La recherche médicale est perçue comme un domaine impliquant une diversité d'acteurs (Tableau 9.1), avec seulement un tiers (29,3%) des répondants considérant qu'elle est le fait uniquement des médecins, et 86,2% considérant que la collaboration avec des industriels est normale dans le cadre du développement d'un nouveau médicament. Concernant la place de ces industriels, deux tiers des répondants considèrent qu'ils devraient avoir un rôle important dans la recherche médicale (68,3%) et la moitié considère qu'ils devraient avoir la responsabilité de développer les nouveaux médicaments (43,2%).

Tableau 9.1 : L'avis déclaré par les participants vis-à-vis des industriels du médicament

	La recherche médicale est réalisée uniquement par des médecins	Il est normal que les industriels collaborent avec les médecins pour développer un nouveau médicament	Les industriels doivent avoir un rôle important dans la recherche médicale	Il faut laisser aux industriels la responsabilité de développer les nouveaux médicaments
D'accord	294 (29,3%)	862 (86,2%)	685 (68,3%)	433 (43,2%)
Pas d'accord	709 (70,7%)	138 (13,8%)	318 (31,7%)	567 (56,8%)

9.2.2 Perception de la recherche clinique

Seulement 3,0% des Français n'avaient jamais entendu parler d'essais cliniques, et un Français sur 5 (19,7%) déclare avoir une bonne ou une très bonne connaissance de ce qu'est un essai clinique (Figure 9.2). Notons que 12,8% des répondants qui ont une excellente LS ont répondu connaître très bien les essais cliniques contre seulement 2,5% de ceux qui ont une LS inadéquate ($p < 0,001$). Par ailleurs, plus d'un Français sur deux (55,6%) déclare une connaissance des différentes phases d'essais cliniques.

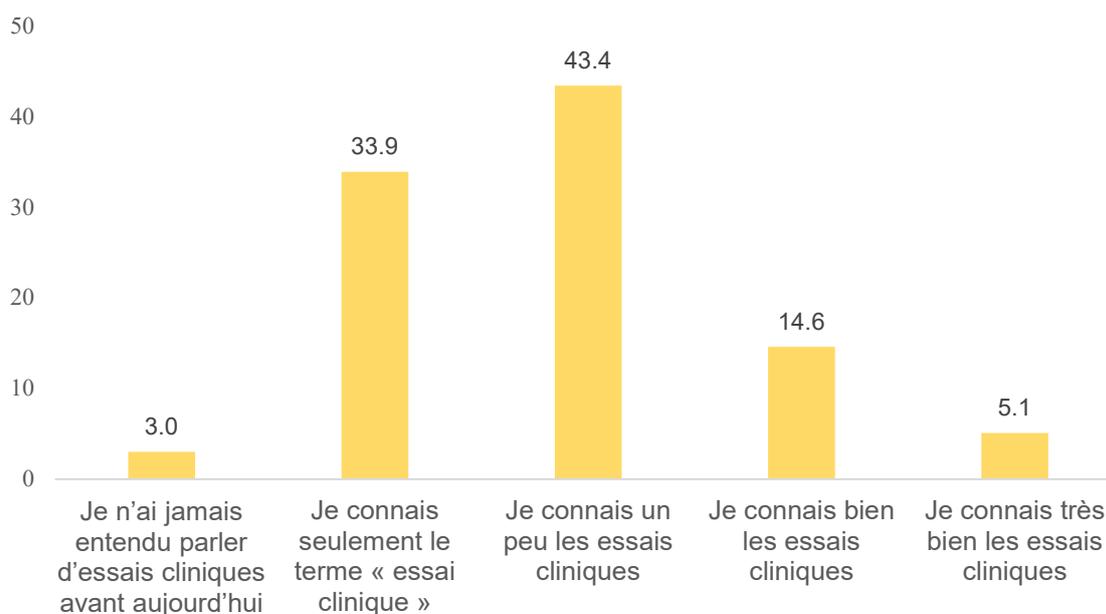


Figure 9.2 : Familiarité avec les essais cliniques

À la question « D'après ce que vous en savez, quelle est votre impression générale sur les essais cliniques ? », les répondants avaient plutôt une bonne impression générale des essais cliniques, avec une moyenne des réponses à 6,5. La LS est positivement associée à cet avis sur les essais cliniques. En effet, les répondants avec un niveau de LS excellent avaient une impression générale moyenne supérieure à ceux qui avaient une LS inadéquate (7,1 vs 6,0 ; $p < 0,001$).

Cette bonne impression générale est cependant associée à des positions plus différenciées sur ce que sont ces essais cliniques (tableau 9.2). Ainsi, les essais cliniques étaient largement perçus comme une source d'espoir de soin et de progrès scientifiques (question 5 : moyenne=7,2 ; et question 6 : moyenne=8,0). Ils n'étaient pas considérés comme réservés aux cas extrêmes (question 3 : moyenne=4,0) et assez largement distingués des traitements standards (question 9 : moyenne=4,6). La corrélation avec le fait d'avoir un avis plus ou moins

positif sur les essais cliniques est forte avec le fait de considérer un essai clinique comme une chance et de considérer qu'un essai clinique permet de faire progresser la recherche médicale (0,40 pour les deux, $p < 0,001$).

Tableau 9.2 : Avis spécifiques déclarés par les participants sur les essais cliniques (EC)

	Moyenne	SD	% d'accord (>=6)	corrélation avec avis sur les EC†
1. EC sont utiles uniquement en dernier recours	4,9	2,5	26,1	-0,04
2. EC offrent une alternative à un traitement que vous souhaitez éviter	6,0	2,1	42,7	0,19***
3. EC ne conviennent qu'aux personnes dont le pronostic vital est engagé	4,0	2,4	14,5	-0,11***
4. Les participants aux essais cliniques ne sont que des « cobayes »	5,1	2,4	26,8	-0,18***
5. EC donnent de l'espoir aux personnes en leur donnant accès à de nouveaux traitements	7,2	1,9	66,7	0,30***
6. Les personnes qui participent à la recherche permettent de faire progresser les connaissances médicales	8,0	1,7	79,5	0,40***
7. Les personnes malades devraient avoir le droit de tester les nouveaux médicaments s'ils le souhaitent	6,2	2,4	45,0	0,05*
8. C'est une chance de recevoir un traitement expérimental	6,0	1,9	38,8	0,39***
9. Un traitement expérimental est avant tout un traitement comme un autre	4,6	2,3	20,2	0,16***

Toutes les questions utilisent une échelle de réponse de 1 (« pas du tout d'accord ») à 10 (« tout à fait d'accord »)
 † impression générale sur les essais cliniques avec une moyenne à 6,5 (SD=1,7) * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

9.2.3 La LS joue un rôle dans la connaissance des essais cliniques et l'avis porté sur ces essais

Connaître les essais cliniques est associé au fait d'avoir une formation dans le domaine de la santé, de faire des recherches sur la santé sur Internet, mais aussi au niveau d'éducation et à l'âge ($p = 0,050$). Il apparaît une association assez forte entre la LS et le fait d'avoir entendu parler d'essais cliniques (tableau 9.3), avec 12,8% des répondants ayant une LS excellente qui déclaraient une très bonne familiarité avec le sujet contre seulement 2,5% de ceux qui ont une LS inadéquate ($p < 0,001$).

Tableau 9.3 : Le niveau de la LS et connaissances des essais cliniques

	Jamais entendu parler	Connaissance seulement du mot	Faible familiarité	Bonne familiarité	Très bonne familiarité
Excellent	15 (4,6%)	61 (18,7%)	134 (41,0%)	75 (22,9%)	42 (12,8%)
Suffisant	28 (3,5%)	276 (34,7%)	341 (42,9%)	117 (14,8%)	32 (4,1%)
Problématique	12 (2,0%)	230 (38,6%)	258 (43,2%)	76 (12,7%)	21 (3,6%)
Inadéquat	6 (2,1%)	111 (39,0%)	137 (47,9%)	24 (8,5%)	7 (2,5%)

Dans le modèle de régression logistique sur la familiarité avec les essais cliniques⁷ (Tableau 9.4), avoir une bonne ou très bonne familiarité était associé au fait d'avoir une formation en santé (OR 2,69 [2,08 - 3,48]), de chercher des informations de santé sur Internet (2,82 [1,78-4,46]) et d'avoir un haut niveau d'études (1,89 [1,31-2,73]). À l'inverse, le fait d'avoir une plus faible LS diminue la probabilité de connaître les essais cliniques (0,28 [0,18-0,44]).

Dans le modèle de régression logistique sur l'avis à l'égard des essais cliniques, avoir un avis positif⁸ est associé avec un âge supérieur à 65 ans (1,83 [1,20-2,81]), un niveau d'étude baccalauréat ou au-dessus (1,62 [1,22-2,14]), et à des recherches d'information de santé sur Internet (1,42 [1,07-1,89]). À l'inverse, la probabilité d'avoir un avis positif sur les essais cliniques diminue chez les personnes avec une LS inadéquate (0,48 [0,33-0,70]), chez celles ayant des difficultés financières (0,66 [0,53-0,82]) et celles n'ayant pas confiance dans les médecins (0,48 [0,34-0,69]).

Tableau 9.4 : Les facteurs associés à la familiarité et l'impression positive vis-à-vis des essais cliniques (EC) : analyses multivariées

	Bonne familiarité aux EC	Avis positif envers les EC
Genre masculin	NC	1,17
Âge (réf: 18 – 25 ans)		
25 – 45 ans	1,02	1,16
45 – 65 ans	1,27	1,12
66 – 75 ans	0,99	1,83**
Niveau d'éducation (réf: inférieur au Baccalauréat)		
Bac	1,28	1,34
> Bac	1,89**	1,62**
HLS-Q12 (réf: excellent)		
Suffisant	0,49***	0,84
Problématique	0,37***	0,63**
Inadéquat	0,28***	0,48***
Difficultés financières (réf: aucune)		
Oui	0,89	0,66***
État de santé perçu (réf: bon)		
Moyen	NC	1,02
Mauvais	NC	1,72*
Confiance envers les médecins (réf: oui)		
Non	NC	0,48***
Recherche d'informations sur la santé sur internet (réf: non)		
Oui	2,82***	1,42*
Formation dans le domaine de la santé (réf: non)		
Oui	2,69***	1,31

NC : Non concernée, variable non introduite dans le modèle (non significative en analyses bivariées)

Les OR en gras sont statistiquement significatifs : * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Modalité de référence du modèle : Suffisant

⁷ Déclarer connaître bien ou très bien les essais cliniques (cf. partie 2 Méthodes).

⁸ « Impression générale sur les essais cliniques » >5/10 (cf. partie 2 Méthodes).

9.3 Synthèse

Les résultats de cette étude confirment la perception positive de la recherche médicale et de ses acteurs dans le paysage français. Cela se traduit par une forte confiance envers les médecins et les scientifiques, mais aussi par le fait de situer le financement de la recherche médicale comme une priorité. La connaissance de l'organisation de cette recherche médicale est cependant plus variée : si la majorité des répondants s'accordent sur une recherche médicale constituée d'une diversité d'acteurs et ne se réduisant pas à l'activité des médecins, ils sont partagés sur les aspects plus précis. La question sur la particularité de la recherche sur le cancer ou sur la Covid-19, par rapport à d'autres pathologies est à ce titre éclairante : dans la mesure où les pathologies et leur prise en charge ne sont pas les mêmes, relevant de mécanismes largement différenciés, la recherche est organisée au moins en partie différemment. Cependant, cela ne paraît pas une nécessité pour 39,7% des sondés concernant le cancer, et pour 56,6% concernant la Covid-19. L'enquête montre une dimension plus clivée sur la manière d'organiser cette recherche médicale, notamment sur la place susceptible d'être occupée par les industriels dans l'innovation thérapeutique (79).

L'enquête a permis de faire un focus sur la recherche clinique. Seulement 3,0% des répondants disent ne pas avoir entendu parler d'essais cliniques, et les deux tiers se disent au moins un peu familiers avec le sujet. Plus encore, plus d'un Français sur deux (53,9%) dit savoir que les essais sont distingués en différentes phases. Il est donc important de souligner que la notion d'essai clinique bénéficie d'une large familiarité dans la population générale avec des avis largement positifs. Les répondants sont plutôt au fait de ce qu'est un essai, avec seulement 20,2% qui pensent que c'est un traitement comme un autre, 14,5% qui considèrent que cela ne concerne que les personnes avec un pronostic vital engagé, et 26,8% qu'ils ne sont utiles qu'en dernier recours. On retrouve l'entremêlement entre la valeur scientifique et médicale de la participation à un essai, avec 79,5% des répondants qui sont d'accord qu'un essai clinique permet de faire progresser la connaissance, et deux tiers (66,7%) que cela permet de donner l'espoir aux personnes malades. De manière plus surprenante, un répondant sur deux (42,7%) considère qu'un essai est une alternative à un traitement que l'on souhaiterait éviter. Plus généralement, l'impression envers les essais cliniques apparaît corrélée aux représentations que l'on s'en fait, positivement si l'essai est perçu comme une manière de faire progresser la connaissance ou d'apporter un bénéfice thérapeutique, négativement si celui-ci est considéré comme inutile ou forcé. La connaissance sur ce qu'est la recherche clinique semble avoir des conséquences sur les attitudes.

Le rapport aux essais cliniques est associé à la LS. Sans surprise, le niveau d'éducation, le fait de s'informer sur les questions de santé et le fait d'avoir une formation en santé participent directement à une bonne connaissance de ce qu'est un essai clinique et à un avis positif. En contrôlant ces facteurs, le niveau de LS continue d'être un facteur associé à la connaissance des essais cliniques. Cela indique une continuité importante entre différentes considérations relatives à la santé, mesurées par la recherche d'information en santé, la LS et le rapport à la recherche médicale.

Ces résultats indiquent qu'un niveau de LS adéquat est associé à une impression générale positive envers les essais cliniques. La promotion de la LS et une information appropriée pourraient ainsi favoriser l'inclusion dans les essais cliniques en accord avec d'autres résultats ayant suggéré qu'une LS limitée pouvait être une barrière à la proposition de participer à un essai (88).

Ces résultats permettent aussi d'apporter un premier éclairage général sur la perception de la recherche médicale en France. Les enquêtes menées depuis les années 1970 en France sur la perception de la science ont régulièrement intégré des questions sur la santé et l'innovation biomédicale, et le dernier volet passé en 2020 fait le constat d'un fort intérêt dans la population française pour la recherche biomédicale (10). Or, il existe encore à l'heure actuelle très peu d'informations sur la manière dont la recherche médicale est perçue en France.

10. DISCUSSION

Cette première enquête visant à fournir un état des lieux du niveau de littératie en santé en France a mis en évidence des difficultés fréquentes des adultes résidant en France métropolitaine pour accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information pour maintenir ou améliorer leur santé. Bien que les comparaisons avec les autres pays participants à HLS19 soient limitées du fait de modalités d'enquête différentes, les difficultés rapportées en France ne constituent pas une exception. La nouvelle échelle de LS à 12 items proposée par le réseau M-POHL (HLS-Q12) possède des propriétés psychométriques satisfaisantes et permettra des comparaisons et un suivi de l'évolution des niveaux de LS en population via des enquêtes spécifiques.

Les initiateurs de cette nouvelle enquête ont également souhaité multiplier les investigations thématiques concernant les difficultés perçues par les participants et plusieurs instruments de mesure ont été développés afin d'évaluer plus précisément la LS numérique, la LS en matière de navigation et la LS interactive. Ces échelles complémentaires ont permis d'affiner l'état des lieux et permettent pour la première fois une évaluation de ces difficultés dans un échantillon à visée représentative. L'intérêt de ces mesures additionnelles pour évaluer les compétences perçues par la population française est confirmé par nos résultats qui indiquent des propriétés psychométriques satisfaisantes de l'ensemble des instruments de mesure avec des résultats qui ne se superposent pas totalement avec la LS générale. Les résultats des différents pays ayant participé à HLS19 (12) et des analyses psychométriques plus complètes complémentaires vont globalement dans le même sens (par exemple (33)).

Chez les personnes interrogées en France, la communication avec les médecins ne semble pas poser de difficultés particulières tandis qu'elles déclarent plus de difficultés pour naviguer dans le système de santé et pour utiliser les outils numériques dans le champ de la santé. Les difficultés évaluées par les différents instruments ne sont pas obligatoirement de niveau identique. Il n'est pas surprenant de constater qu'il est perçu plus difficile par les répondants de se « défendre si des soins reçus sont inadaptés » ou de « déterminer si des intérêts commerciaux se cachent derrière des informations proposées sur Internet » par rapport à « exprimer des opinions et préférences personnelles à son médecin ». Cependant cet état des lieux permet ainsi d'identifier les difficultés les plus fréquentes ou les plus problématiques afin de dégager des pistes prioritaires d'amélioration de la LS dans toutes ses dimensions. Ce bilan permet aussi d'identifier les capacités et compétences des adultes, qui peuvent constituer des leviers d'action immédiatement activables.

Nos résultats confirment également ceux d'une large littérature internationale indiquant un gradient social du niveau de LS (69). Le statut social perçu et les difficultés financières n'expliquent pas totalement le niveau de LS mais indiquent que les populations les plus précaires d'un point de vue socio-économique sont plus à risque de rapporter des difficultés et que de façon générale, le positionnement sur l'échelle sociale et les difficultés financières ont une influence sur le niveau de LS. Il faut alors noter que les Français dans une situation socio-économique plus précaire n'ont pas été intégrés dans cette enquête en ligne qui surestime donc probablement le niveau de LS en France. Les analyses réalisées à partir du score HLS-Q12 indiquaient une diminution forte de la LS avec les difficultés financières en France comme dans l'ensemble des pays participant à l'enquête HLS19 (12). Par contre, comparativement aux résultats obtenus dans l'ensemble des pays participant à l'enquête HLS19, les différences selon le statut social perçu sont plutôt plus marquées en France tandis que les différences selon la présence d'un problème de santé durable sont plutôt moins marquées (12). Ces comparaisons sont à considérer avec précaution compte tenu des méthodes d'enquête variées d'une part, et des systèmes de santé et de protection sociale différents d'un pays à l'autre d'autre part.

Par ailleurs, les différentes analyses étudiant l'association entre LS et d'autres variables mesurées, indiquent la pertinence de mieux prendre en compte les niveaux de LS de la population dans la mise en place des politiques de santé publique. En effet, même si les associations observées restent seulement indicatives du fait de leur caractère transversal et observationnel, toutes vont dans le sens de comportements défavorables à la santé et d'un état de santé plus fréquemment dégradé chez les personnes ayant une LS limitée. D'autres analyses sont en cours afin d'étudier dans quelle mesure la LS est un facteur de médiation et de modulation dans le lien entre le niveau socio-économique et l'état de santé perçue, et d'en quantifier l'amplitude. Au niveau des associations entre comportements et état de santé, la multiplication des échelles complémentaires à la mesure de LS générale ne semble pas apporter d'informations supplémentaires. Cependant, ces échelles restent certainement utiles pour évaluer spécifiquement ou plus finement certaines difficultés et ressources à prendre en compte. L'analyse dans d'autres contextes de comportements plus directement liés à ces dimensions pourrait également bénéficier du développement de ces échelles complémentaires. Globalement des études plus approfondies sont nécessaires pour mieux comprendre ces perceptions, les différences de comportement ou encore le poids des déterminants sociaux. Une des originalités de l'enquête est justement de s'intéresser à d'autres aspects tels que le lien positif entre la LS et la perception de la recherche clinique. D'autres travaux non présentés ici s'intéressent également à mieux comprendre les liens entre la LS et la perception d'une surabondance d'informations médicales sur certaines maladies (11), ou encore le lien avec l'acceptabilité d'utiliser l'application de traçage des contacts mise en place par le gouvernement au moment de la crise sanitaire de la Covid-19 (89, 90).

D'autres forces de l'enquête sont à signaler : la réalisation d'un premier état des lieux à l'échelle nationale et à visée représentative auprès d'un échantillon de plus de 2 000 participants constitué en deux vagues différentes (afin de vérifier la stabilité des mesures), le recours à un panel ayant permis de limiter les données manquantes, la possibilité de comparaisons internationales (bien que limitées), ou encore l'utilisation de plusieurs échelles pour évaluer des compétences spécifiques avec des possibilités de hiérarchisation des difficultés perçues.

En regard, cette enquête présente un certain nombre de limites qui concernent notamment l'échantillon étudié qui n'inclut que des personnes de 18 à 75 ans, aptes à répondre à un long questionnaire en ligne, qui répondent en échange d'incentives⁹ proposés par Ipsos I Say, et dont la représentativité est seulement approchée par la méthode des quotas. Malgré sa longueur, l'enquête n'a pas non plus investigué des dimensions certainement pertinentes via des mesures de LS spécifiques en santé mentale, en nutrition, vaccination, etc. L'évaluation de la LS est pourtant multidimensionnelle et « multi-instruments » mais elle reste limitée aux instruments choisis. Nous n'avons pas non plus intégré de mesure objective du niveau de LS fonctionnelle car ces outils ne captent qu'une partie de la LS (91). À noter également que les questionnaires validés ici devront être revalidés dans d'autres modes de passation, même si les résultats globaux d'HLS19 sont en faveur de propriétés satisfaisantes pour divers modes de passation (12).

En définitive, bien qu'il soit particulièrement difficile de comparer les résultats français à ceux des autres pays ayant participé à l'enquête HLS19, notamment du fait de modes de collecte des réponses différents, les résultats obtenus sont globalement similaires et mettent en exergue l'intérêt de la littératie comme levier permettant de comprendre et de réduire les inégalités sociales de santé, *via* la promotion de dispositifs de soins, d'éducation et de promotion de la santé plus équitables (92). Ils mettent aussi l'accent sur l'adéquation entre les compétences des individus et les exigences des organisations et renforcent enfin le besoin de développer des actions à tous les niveaux : du plus local jusqu'à l'échelle internationale.

⁹ Anglicisme (Marketing) : méthodes utilisées pour motiver soit le personnel d'une entreprise, soit sa clientèle, par des moyens comme des cadeaux, des jeux, des séminaires ou voyages, etc.

D'autres travaux sont nécessaires afin d'orienter les politiques publiques vers des actions prometteuses ou probantes permettant d'améliorer les niveaux de littératie en santé des populations d'une part, et de mieux prendre en compte les populations dans toute leur diversité d'autre part, avec une attention toute particulière pour celles dont les niveaux de LS sont les plus faibles.

Références bibliographiques

1. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, *et al.* Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health.* 2012;12:80.
2. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International.* 2000;15(3):259-67.
3. Van den Broucke S. La littératie en santé : un concept critique pour la santé publique. *La Santé en action.* 2017 2017:11-3.
4. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med.* 2011;155(2):97-107.
5. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, *et al.* Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health.* 2015;25(6):1053-8.
6. Chauvin F. Dessiner la santé publique de demain. Paris: Haut Conseil de la santé publique; 2021.
7. Stormacq C, Wosinski J, Boillat E, Van den Broucke S. Effects of health literacy interventions on health-related outcomes in socioeconomically disadvantaged adults living in the community: a systematic review. *JBI Evidence Synthesis.* 2020;18(7):1389-469.
8. Bouhnik A-D, Mancini J, Ousseine Y, Preau M, Rousseau S. Recherche d'informations et littératie en santé. Paris: INCa; 2018 2018.
9. Mancini J, Briggs A, Elkin EB, Regan J, Hickey C, Targett C, *et al.* The impact of patient education on consideration of enrollment in clinical trials. *The Journal of Community and Supportive Oncology.* 2018;16(2):e81.
10. Bauer MW, Dubois M, Hervois P. Les Français et la science 2021 : représentations sociales de la science 1972-2020. Nancy: Nancy : Université de Lorraine; 2021.
11. Breyton M, Schultz É, Smith A, Rouquette A, Mancini J. Information overload in the context of COVID-19 pandemic: A repeated cross-sectional study. *Pat Educ Couns.* 2023;110.
12. 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
13. Lohr KN. Assessing health status and quality-of-life instruments: Attributes and review criteria. *Qual Life Res.* 2002;11(3):193-205.
14. Bland JM, Altman DG. Statistics notes: Cronbach's alpha. *BMJ.* 1997;314(7080):572.
15. Kaiser HF. An index of factorial simplicity. *Psychometrika.* 1974;39(1):31-6.
16. Browne MW, Cudeck R. Alternative Ways of Assessing Model Fit. *Sociological Methods & Research.* 1992;21(2):230-58.
17. Prudon P. Confirmatory Factor Analysis as a Tool in Research Using Questionnaires: A Critique. *Comprehensive Psychology.* 2015;4:03.CP.4.10.
18. Guttersrud Ø. Rasch analyses of data collected in 17 countries. *Rasch analyses of data collected in 17 countries.* 2021 2021.
19. 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.
20. 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.
21. 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.

22. Waldherr K, Alferts T, Peer S. Development and validation of the HLS-EU-Q12. Vienna: M-POHL; 2021.
23. Ørtenblad L, Meillier L, Jønsson AR. Multi-morbidity: A patient perspective on navigating the health care system and everyday life. *Chronic Illness*. 2018;14(4):271-82.
24. Robinson KM, Christensen KB, Ottesen B, Krasnik A. Diagnostic delay, quality of life and patient satisfaction among women diagnosed with endometrial or ovarian cancer: a nationwide Danish study. *Qual Life Res*. 2012;21(9):1519-25.
25. Levy H, Janke A. Health Literacy and Access to Care. *J Health Commun*. 2016;21 Suppl 1:43-50.
26. Van der Gaag M, Van der Heide I, Spreeuwenberg PMM, Brabers AEM, Rademakers JJDJM. Health literacy and primary health care use of ethnic minorities in the Netherlands. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):350.
27. WHO. WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Switzerland: WHO; 2015.
28. Griese L, Berens E-M, Nowak P, Pelikan JM, Schaeffer D. Challenges in Navigating the Health Care System: Development of an Instrument Measuring Navigation Health Literacy. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(16):5731.
29. Van der Heide I, Poureslami I, Mitic W, Shum J, Rootman I, FitzGerald JM. Health literacy in chronic disease management: a matter of interaction. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2018;102:134-8.
30. Ousseine YM, Durand M-A, Bouhnik A-D, Smith A', Mancini J. Multiple health literacy dimensions are associated with physicians' efforts to achieve shared decision-making. *Patient Educ Couns*. 2019;102(11):1949-56.
31. publique Sfds. Pour une stratégie de prévention articulant la santé dans toutes les politiques, la promotion de la santé et les pratiques cliniques préventives, intégrée à la Stratégie nationale de santé. Laxou: Société française de santé publique; 2014.
32. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for Communicating with Patients. 3 ed. London: CRC Press; 2013 2013/09/28/. 328 p.
33. Finbråten HS, Nowak P, Griebler R, Bíró É, Vrdelja M, Charafeddine R, *et al*. The HLS19-COM-P, a New Instrument for Measuring Communicative Health Literacy in Interaction with Physicians: Development and Validation in Nine European Countries. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(18):11592.
34. Moumjid N, Durand M-A, Carretier J, Charuel E, Daumer J, Haesebaert J, *et al*. Implementation of shared decision-making and patient-centered care in France: Towards a wider uptake in 2022. *ZEFQ*. 2022;171:42-8.
35. Watson PW, McKinstry B. A systematic review of interventions to improve recall of medical advice in healthcare consultations. *J R Soc Med*. 2009;102(6):235-43.
36. Paige SR, Stellefson M, Krieger JL, Anderson-Lewis C, Cheong J, Stopka C. Proposing a Transactional Model of eHealth Literacy: Concept Analysis. *J Med Internet Res*. 2018;20(10):e10175.
37. Levin-Zamir D, Bertschi I. Media Health Literacy, eHealth Literacy, and the Role of the Social Environment in Context. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(8):1643.
38. Norman CD, Skinner HA. eHEALS: The eHealth Literacy Scale. *J Med Internet Res*. 2006;8(4):e507.
39. Neter E, Brainin E. eHealth literacy: extending the digital divide to the realm of health information. *J Med Internet Res*. 2012;14(1):e19.
40. Cheng C, Beauchamp A, Elsworth GR, Osborne RH. Applying the Electronic Health Literacy Lens: Systematic Review of Electronic Health Interventions Targeted at Socially Disadvantaged Groups. *JMIR* 2020;22(8):e18476.
41. Li S, Cui G, Kaminga AC, Cheng S, Xu H. Associations Between Health Literacy, eHealth Literacy, and COVID-19–Related Health Behaviors Among Chinese College Students: Cross-sectional Online Study. *J Med Internet Res*. 2021;23(5):e25600.
42. Montagni I, Ouazzani-Touhami K, Mebarki A, Texier N, Schück S, Tzourio C. Acceptance of a Covid-19 vaccine is associated with ability to detect fake news and health literacy. *J Public Health*. 2021:fdab028.

43. Van der Vaart R, Drossaert C. Development of the Digital Health Literacy Instrument: Measuring a Broad Spectrum of Health 1.0 and Health 2.0 Skills. *J Med Internet Res*. 2017;19(1):e27.
44. Patil U, Kostareva U, Hadley M, Manganello JA, Okan O, Dadaczynski K, *et al*. Health Literacy, Digital Health Literacy, and COVID-19 Pandemic Attitudes and Behaviors in U.S. College Students: Implications for Interventions. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(6):3301.
45. Audy E, Gamache L, Gauthier A, Lemétayer F, Lessard S, Melançon. Inégalités d'accès et d'usage des technologies numériques : un déterminant préoccupant pour la santé de la population ? Synthèse rapide des connaissances. Québec: Institut national de santé publique du Québec; 2021.
46. OMS. Stratégie mondiale pour la santé numérique 2020-2025. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2021. Report N°.: 978-92-4-002755-8.
47. Cavallo DN, Horino M, McCarthy WJ. Adult Intake of Minimally Processed Fruits and Vegetables: Associations with Cardiometabolic Disease Risk Factors. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 2016;116(9):1387-94.
48. Liu X, Li Y, Li L, Zhang L, Ren Y, Zhou H, *et al*. Prevalence, awareness, treatment, control of type 2 diabetes mellitus and risk factors in Chinese rural population: the RuralDiab study. *Sci Rep*. 2016;6:31426.
49. Kushi LH, Doyle C, McCullough M, Rock CL, Demark-Wahnefried W, Bandera EV, *et al*. American Cancer Society guidelines on nutrition and physical activity for cancer prevention. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2012;62(1):30-67.
50. Aune D, Giovannucci E, Boffetta P, Fadnes LT, Keum N, Norat T, *et al*. Fruit and vegetable intake and the risk of cardiovascular disease, total cancer and all-cause mortality—a systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *International Journal of Epidemiology*. 2017;46(3):1029-56.
51. Wagner Cv, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2007;61(12):1086-90.
52. Lim S, Beauchamp A, Dodson S, O'Hara J, McPhee C, Fulton A, *et al*. Health literacy and fruit and vegetable intake in rural Australia. *Public Health Nutrition*. 2017;20(15):2680-4.
53. Jayasinghe UW, Harris MF, Parker SM, Litt J, van Driel M, Mazza D, *et al*. The impact of health literacy and life style risk factors on health-related quality of life of Australian patients. *Health Qual Life Outcomes*. 2016;14:68.
54. Levin-Zamir D, Baron-Epel OB, Cohen V, Elhayany A. The Association of Health Literacy with Health Behavior, Socioeconomic Indicators, and Self-Assessed Health From a National Adult Survey in Israel. *J Health Commun*. 2016;21(sup2):61-8.
55. Aaby A, Friis K, Christensen B, Rowlands G, Maindal HT. Health literacy is associated with health behaviour and self-reported health: A large population-based study in individuals with cardiovascular disease. *Eur J Prev Cardiol*. 2017;24(17):1880-8.
56. Svendsen MT, Bak CK, Sørensen K, Pelikan J, Riddersholm SJ, Skals RK, *et al*. Associations of health literacy with socioeconomic position, health risk behavior, and health status: a large national population-based survey among Danish adults. *BMC Public Health*. 2020;20(1):565.
57. Toçi E, Burazeri G, Kamberi H, Toçi D, Roshi E, Jerliu N, *et al*. Health literacy and body mass index: a population-based study in a South-Eastern European country. *Journal of Public Health*. 2021;43(1):123-30.
58. Zanobini P, Lorini C, Lastrucci V, Minardi V, Possenti V, Masocco M, *et al*. Health Literacy, Socio-Economic Determinants, and Healthy Behaviours: Results from a Large Representative Sample of Tuscany Region, Italy. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(23):12432.
59. Gojard S, Plessz M, Régnier F. Les femmes et l'alimentation : le rôle des normes alimentaires et corporelles. *INRA Sciences Sociales*. 2017;N° 1-2/2017.

60. Anses. Etude individuelle nationale des consommations alimentaires 3 (INCA 3). Avis de l'Anses. Maisons-Alfort: Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail; 2017.
61. Buscail C. Etudes d'interventions nutritionnelles en populations défavorisées réalisées en Seine-Saint-Denis [Thèse de doctorat en Sciences vie et santé]. Villetaneuse, Seine-Saint-Denis: Sorbonne Paris Cité; 2018.
62. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT, *et al.* Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet.* 2012;380(9838):219-29.
63. Rhodes RE, McEwan D, Rebar AL. Theories of physical activity behaviour change: A history and synthesis of approaches. *Psychology of Sport and Exercise.* 2019;42:100-9.
64. Friis K, Lasgaard M, Rowlands G, Osborne RH, Maindal HT. Health Literacy Mediates the Relationship Between Educational Attainment and Health Behavior: A Danish Population-Based Study. *Journal of Health Communication.* 2016;21(sup2):54-60.
65. Chen W-L, Zhang C-G, Cui Z-Y, Wang J-Y, Zhao J, Wang J-W, *et al.* The impact of social capital on physical activity and nutrition in China: the mediating effect of health literacy. *BMC Public Health.* 2019;19(1):1713.
66. France O. Quels sont les loisirs préférés des seniors de plus de 50 ans ? *Le Mag du Senior.* 2021 2021/03/17/.
67. Anses. Actualisation des repères du PNNS : Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité
Maisons-Alfort Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail; 2016.
68. Anses. Actualisation des repères du PNNS : étude des relations entre consommation de groupes d'aliments et risque de maladies chroniques non transmissibles
Maisons-Alfort Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail; 2016.
69. Stormacq C, Van den Broucke S, Wosinski J. Does health literacy mediate the relationship between socioeconomic status and health disparities? Integrative review. *Health Promotion International.* 2019;34(5):e1-e17.
70. Idler EL, Benyamini Y. Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. *Journal of Health and Social Behavior.* 1997;38(1):21-37.
71. Desprat D. Causes des problèmes de santé, accès aux soins et assurance maladie : l'opinion des Français selon leur état de santé. *DREES Études et résultats 2021(1181):5.*
72. Eurostat. European Health Interview Survey (EHIS Wave 3). Methodological Manual European Union; 2020. Report No.: 978-92-76-18149-1.
73. Sentell T, Zhang W, Davis J, Baker KK, Braun KL. The Influence of Community and Individual Health Literacy on Self-Reported Health Status. *J Gen Intern Med.* 2014;29(2):298-304.
74. Zheng M, Jin H, Shi N, Duan C, Wang D, Yu X, *et al.* The relationship between health literacy and quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes.* 2018;16:201.
75. Wang C, Kane RL, Xu D, Meng Q. Health literacy as a moderator of health-related quality of life responses to chronic disease among Chinese rural women. *BMC Women's Health.* 2015;15(1):34.
76. Balaj M, Eikemo TA. Sick of social status: A Bourdieusian perspective on morbidity and health inequalities. *Sociology of Health & Illness.* 2022;44(8):1214-50.
77. Kaplan GA, Camacho T. Perceived health and mortality: a nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. *American Journal of Epidemiology.* 1983;117(3):292-304.
78. Palladino R, Tayu Lee J, Ashworth M, Triassi M, Millett C. Associations between multimorbidity, healthcare utilisation and health status: evidence from 16 European countries. *Age Ageing.* 2016;45(3):431-5.
79. Schultz É, Mignot L, Ward JK, Boaventura Bomfim D, Chabannon C, Mancini J. Public perceptions of the association between drug effectiveness and drug novelty in France during the COVID-19 pandemic. *Therapies.* 2022.

80. Ward JK, Alleaume C, Peretti-Watel P, Coconel Group. The French public's attitudes to a future COVID-19 vaccine: The politicization of a public health issue. *Soc Sci Med.* 2020;265:113414.
81. Wieseler B, McGauran N, Kaiser T. New drugs: where did we go wrong and what can we do better? *BMJ.* 2019;366:l4340.
82. Hallin DC, Brandt M, Briggs CL. Biomedicalization and the public sphere: Newspaper coverage of health and medicine, 1960s–2000s. *Social Science & Medicine.* 2013;96:121-8.
83. Dalgalarondo S, Hauray B. Conflit d'intérêts et traitements anti-Alzheimer : de la construction à la contestation d'une promesse médicale. *Sciences sociales et santé.* 2020;38(3):77-104.
84. Mignot L, Schultz É. Les innovations d'intelligence artificielle en radiologie à l'épreuve des régulations du système de santé. *Réseaux.* 2022;232-233(2-3):65-97.
85. Carillon S, Girard G. Mieux comprendre les défis de la médicalisation de la prévention du VIH en France : la prophylaxie préexposition au prisme des sciences sociales. *Glob Health Promot.* 2020;27(2):149-53.
86. Besle S, Schultz É. Utiliser la recherche pour soigner le cancer : l'innovation biomédicale localisée. *Revue française de sociologie.* 2020;61(3):405-33.
87. Raulin N. Le buzz sur la chloroquine freine l'essai clinique européen *Discovery.* Libération. 2020 2020/03/26/.
88. Ousseine YM, Bouhnik A-D, Mancini J. Health Literacy and Clinical Trial Participation in French Cancer Patients: A National Survey. *Current Oncology.* 2022;29(5):3118-29.
89. Touzani R, Schultz E, Holmes SM, Vandentorren S, Arwidson P, Guillemin F, *et al.* Early Acceptability of a Mobile App for Contact Tracing During the COVID-19 Pandemic in France: National Web-Based Survey. *JMIR mHealth and uHealth.* 2021;9(7):e27768.
90. Touzani R, Schultz E, Vandentorren S, Arwidson P, Guillemin F, Bouhnik A, *et al.* Digital contact tracing during the COVID-19 pandemic in France: Associated factors and reasons for non-use. *Int J Med Inform.* 2023;171:104994:171:-104994.
91. Weiss BD, Mays MZ, Martz W, Castro KM, DeWalt DA, Pignone MP, *et al.* Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign. *The Annals of Family Medicine.* 2005;3(6):514-22.
92. Henrard G, Ketterer F, Giet D, Vanmeerbeek M, Belche J-L, Buret L. La littératie en santé, un levier pour des systèmes de soins plus équitables ? Des outils pour armer les professionnels et impliquer les institutions. *Santé Publique.* 2018;S1(HS1):139-43.

ANNEXES

Annexe 1. Description de l'échantillon selon les deux vagues de l'étude

		Total (2 003)	Vague 1 (1 003)	Vague 2 (1 000)
HLS-Q12				
	Inadéquat	287 (14,3)	133 (13,2)	154 (15,4)
	Problématique	596 (29,8)	270 (26,9)	326 (32,6)
	Suffisant	795 (39,6)	434 (43,3)	361 (35,9)
	Excellent	325 (16,3)	166 (16,6)	159 (16,1)
HLS-NAV				
	Inadéquat	992 (49,2)	478 (47,2)	514 (51,2)
	Problématique	474 (23,9)	237 (24,1)	237 (23,8)
	Suffisant	376 (18,8)	200 (20,0)	176 (17,6)
	Excellent	161 (8,1)	88 (8,7)	73 (7,4)
HLS-COM				
	Inadéquat	372 (18,6)	176 (17,5)	196 (19,5)
	Problématique	213 (10,6)	102 (10,2)	111 (11,2)
	Suffisant	883 (44,1)	462 (46,0)	421 (42,2)
	Excellent	535 (26,7)	263 (26,3)	272 (27,1)
HLS-DIGI				
	Inadéquat	521 (52,0)		521 (52,0)
	Problématique	198 (19,9)	Non utilisée	198 (19,9)
	Suffisant	215 (21,5)		215 (21,5)
	Excellent	66 (6,7)		66 (6,6)
Genre				
	Femme	1017 (51,4)	506 (51,4)	511 (51,4)
	Homme	986 (48,6)	497 (48,6)	489 (48,6)
Âge				
	18-25 ans	240 (13,0)	115 (13,0)	125 (13,0)
	26-35 ans	354 (17,6)	176 (17,6)	178 (17,6)
	36-45 ans	380 (18,9)	195 (18,9)	185 (18,9)
	46-55 ans	395 (19,5)	199 (19,5)	196 (19,5)
	56-65 ans	370 (18,2)	187 (18,2)	183 (18,2)
	66-75 ans	264 (12,8)	131 (12,8)	133 (12,8)
Niveau d'éducation				
	Inférieur au baccalauréat	358 (17,7)	172 (16,9)	186 (18,5)
	Baccalauréat - Bac+2	871 (43,7)	448 (44,9)	423 (42,4)
	≥ Bac+3	774 (38,6)	383(38,2)	391 (39,1)
Zone de résidence				
	Rurale	423 (22,4)	212 (22,4)	211 (22,4)
	Urbaine	1 580 (77,6)	791 (77,6)	789 (77,6)
Statut social perçu [1-10]				
	Moyenne (Écart type)	5,6 (1,5)	5,6 (1,6)	5,7 (1,5)
Difficultés financières				
	Aucune	1 267 (63,0)	635 (63,0)	632 (63,1)
	Oui	736 (37,0)	368 (37,0)	368 (36,9)
Maladies ou problèmes de santé durables				
	Non	1 103 (55,5)	538 (54,2)	565 (56,8)
	Oui	900 (44,5)	465 (45,8)	435 (43,2)
Formation dans le domaine de la santé				
	Non	1 606 (80,1)	828 (82,5)	778 (77,8)
	Oui	397 (19,9)	175 (17,5)	222 (22,2)
IMC				
	Surpoids	857 (47,0)	420 (45,8)	437 (48,3)
	Poids normal	957 (53,0)	489 (54,2)	468 (51,7)

Activité physique (AP)				
	< 5 jours d'AP	1 489 (74,4)	752 (75,1)	737 (73,7)
	≥ 5 jours d'AP	514 (25,6)	251 (24,9)	263 (26,3)
Consommation de fruits/légumes				
	Moins de 7 jours	1 148 (57,4)	582 (58,0)	566 (56,7)
	Tous les jours	855 (42,6)	421 (42,0)	434 (43,3)
État de santé perçue				
	Très bon	309 (15,6)	155 (15,7)	154 (15,5)
	Bon	973 (48,6)	491 (49,0)	482 (48,2)
	Assez bon	573 (28,5)	283 (28,0)	290 (29,0)
	Mauvais - Très mauvais	148 (7,3)	74 (7,3)	74(7,3)

Pourcentages en colonne

Annexe 2. Questionnaire

MAIN INFORMATION ON THE SURVEY & ON THE QUESTIONNAIRE DESIGN

Quelle est votre date de naissance ?

(RESP_AGE)

CDET1 (RESP_GENDER)

Êtes-vous ?

- _1 Un homme
 _2 Une femme

Veillez indiquer le code postal et la commune où vous résidez

- Code postal de résidence :
 Commune :

MANDATORY INTRODUCTION OF THE SURVEY

ASK ALL

INTRO1

Ce questionnaire s'intéresse à la compréhension des données de santé et du système de santé et à la perception de la recherche médicale et des essais cliniques.

Il comporte cinq parties et il vous faudra au minimum 25 minutes pour y répondre, mais vous pouvez interrompre le questionnaire à tout moment et le reprendre plus tard.

- La première partie porte sur l'accessibilité et la compréhension des informations concernant la santé.
- La deuxième partie porte sur la communication avec les soignants et l'orientation dans le système de santé.
- La troisième partie porte plus spécifiquement sur la perception de la recherche médicale.
- La quatrième partie contient quelques questions sur l'épidémie de coronavirus (Covid-19).
- La dernière partie recueille quelques informations pour en savoir plus sur les participants à cette enquête, notamment en matière de santé.

Les résultats obtenus permettront de mieux connaître les difficultés et besoins pour améliorer la communication concernant la santé.

Merci par avance de votre participation.

Ce projet a reçu un avis favorable du comité éthique de l'Inserm (CEEI, IRB00003888) le 04/04/2020.

- Vos données seront accessibles aux seules personnes habilitées d'Ipsos ainsi qu'aux prestataires d'Ipsos, soumis au même devoir de confidentialité.

CONSIGNES RGPD/GDPR

ASK ALL

SINGLE

DNS2

Ipsos, institut d'étude indépendant, a été mandaté par l'Université d'Aix-Marseille pour la réalisation d'une étude où des questions sur votre santé vous seront posées. L'étude permettra de mieux connaître vos difficultés et besoins pour améliorer la communication concernant la santé, notamment en ce qui concerne la recherche médicale. Vos réponses pourront être comparées à celles d'autres pays européens pour mieux comprendre la situation française. Votre participation à cette étude est strictement volontaire et peut s'arrêter librement à tout moment. L'étude sera conduite dans le respect du code de déontologie des sociétés d'étude de marché ICC/ESOMAR.

Vos réponses seront utilisées uniquement dans le cadre de cette étude. Elles seront traitées de façon confidentielle : seules les données anonymes seront utilisées pour l'analyse à des fins scientifiques.

- _1 J'accepte de répondre à des questions concernant ma santé
 _2 Je refuse de répondre à des questions concernant ma santé

IF CODE 2 – TERMINATE => STOP INTER AND NOT COUNTING IN QUOTAS

MAIN QUESTIONNAIRE

PART 1 : INFORMATIONS CONCERNANT LA SANTÉ

TOP 3

Cette première partie porte sur l'accessibilité et la compréhension des informations qu'on peut trouver dans le domaine de la santé.

ASK ALL

SINGLE ANSWER PER SUB-QUESTION

HLS-Q12

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

GRID PRESENTATION

LINES

- ❖ 1. savoir où obtenir de l'aide d'un professionnel de santé (*médecin, infirmier, pharmacien, psychologue, etc.*) quand vous êtes malade ?
- ❖ 2. comprendre les informations sur ce qu'il faut faire en cas d'urgence médicale ?
- ❖ 3. évaluer les risques et bénéfices des différents traitements médicaux possibles ?
- ❖ 4. suivre les consignes de votre médecin ou pharmacien ?
- ❖ 5. trouver des informations sur comment faire en cas de problèmes psychologiques (*par exemple : stress, dépression ou anxiété*) ?
- ❖ 6. comprendre les informations sur les dépistages et examens recommandés (*par exemple : dépistage du cancer colorectal, test de 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 trop boire ?
- ❖ 8. savoir comment vous protéger des maladies à partir des informations disponibles dans les médias (*journaux, télévision, Internet, etc.*) ?
- ❖ 9. trouver des informations sur les modes de vie sains, tels que l'activité physique ou 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 ?

COLUMNS

- 1 Très difficile
- 2 Difficile
- 3 Facile
- 4 Très facile

TOP 4

Cette deuxième partie porte sur l'accessibilité et la compréhension des informations qu'on peut trouver sur le système de santé et sur Internet, puis sur la communication avec les soignants.

ASK ALL

SINGLE ANSWER PER SUB-QUESTION

NHL

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

GRID PRESENTATION

LINES

- ❖ 1 comprendre le fonctionnement du système de santé (*par exemple : quels sont les types de services médicaux disponibles et comment peut-on les utiliser*) ?
- ❖ 2 savoir à quel type de service médical ou prestataire de soins particulier (*par exemple : médecin, hôpital, pharmacie*) vous adresser en cas de problème de santé ?
- ❖ 3 savoir dans quelle mesure votre assurance-maladie prend en charge les coûts de certaines prestations ? (*par exemple : si ces prestations sont intégralement ou partiellement prises en charge*)
- ❖ 4 comprendre les réformes en cours du système de santé qui pourraient affecter vos soins ?
- ❖ 5 vous renseigner sur vos droits en tant que patient ou utilisateur du système de santé ?
- ❖ 6 choisir un service médical ou un prestataire de soins en particulier ? (*par exemple : choisir entre différents hôpitaux ou différents médecins*)
- ❖ 7 trouver des informations sur la qualité d'un service médical ou d'un prestataire de soins particulier ? (*par exemple : un hôpital ou un médecin en particulier*)
- ❖ 8 déterminer si un service médical ou un prestataire de soins particulier répondra à vos attentes et vos souhaits en matière de soins ?
- ❖ 9 comprendre comment prendre un rendez-vous auprès d'un service médical ou d'un prestataire de soins ?
- ❖ 10 vous renseigner sur les possibilités de soutien qui existent pour vous aider à vous orienter dans le système de santé ?
- ❖ 11 trouver le bon interlocuteur pour vos besoins au sein d'un établissement de santé ? (*par exemple : dans un hôpital*) ?
- ❖ 12 vous défendre si les soins que vous recevez ne répondent pas à vos besoins ?

COLUMNS

- 1 Très difficile
- 2 Difficile
- 3 Facile
- 4 Très facile

ASK ALL

SINGLE ANSWER PER SUB-QUESTION

DHL

Lors d'une semaine ordinaire, combien de jours par semaine utilisez-vous les ressources numériques suivantes pour obtenir des informations en lien avec la santé :

GRID PRESENTATION

LINES

- ❖ OPDHL11 Des sites Internet en lien avec la santé
- ❖ OPDHL12 Des réseaux sociaux (forums en ligne y compris) pour pouvoir échanger sur des questions de santé
- ❖ OPDHL13 Un appareil numérique en lien avec la santé ou les soins médicaux (*par exemple : podomètre, montre connectée, bracelet de fitness, etc. à l'exception du téléphone portable*)
- ❖ OPDHL14 Des applications en lien avec la santé sur votre téléphone portable (*servant par exemple à calculer la consommation de calories, à faciliter la prise de médicaments, à mesurer l'activité physique, à améliorer l'hygiène du sommeil, etc.*)
- ❖ OPDHL15 Des interactions numériques avec les services médicaux comme un médecin ou un pharmacien (*par exemple : prise de rendez-vous en ligne, accès au dossier médical personnel, transmission électronique des résultats des tests/examens médicaux, communication avec un soignant, etc.*)
- ❖ OPDHL16 D'autres offres d'information numériques en lien avec la santé

COLUMNS

- 1 Jamais
- 1 Moins d'une fois par semaine
- 2 1 à 3 jours par semaine
- 3 4 à 6 jours par semaine
- 4 Une fois par jour
- 5 Plus d'une fois par jour
- 98 Je ne sais pas / Je ne suis pas concerné(e)

ASK ALL

SINGLE ANSWER PER SUB-QUESTION

DHL

Nous aimerions maintenant savoir dans quelle mesure il est facile ou difficile pour vous de chercher des informations en lien avec la santé sur Internet. Indiquez, sur une échelle de très facile à très difficile, dans quelle mesure il est facile pour vous de...

GRID PRESENTATION

LINES

- ❖ 1. choisir les bons mots ou les bonnes formulations pour trouver les informations que vous cherchez ?
- ❖ 2. trouver précisément l'information que vous cherchez ?
- ❖ 3. comprendre les informations trouvées ?
- ❖ 4. juger de la fiabilité des informations trouvées ?
- ❖ 5. déterminer si des intérêts commerciaux se cachent derrière les informations proposées ?
- ❖ 6. consulter plusieurs sites Internet pour comparer les informations qu'ils proposent sur un même sujet ?
- ❖ 7. déterminer si les informations trouvées sont pertinentes dans votre cas ?
- ❖ 8. utiliser les informations trouvées pour tenter de résoudre un problème de santé ?

COLUMNS

- 1 Très difficile
- 2 Difficile
- 3 Facile
- 4 Très facile

ASK ALL

SINGLE ANSWER

DHL3

Avez-vous déjà posté un message en lien avec la santé sur un réseau social (*par exemple Facebook ou Twitter*) ou un forum, ou posé une question sur Internet sur un site santé ou à un soignant ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Je ne sais

ASK IF DHL3 = 1

SINGLE ANSWER PER SUB-QUESTION

DHL4

Lorsque vous tapez un message en lien avec la santé sur un appareil numérique (ordinateur, tablette, smartphone), indiquez, sur une échelle de très facile à très difficile, dans quelle mesure il est facile pour vous de...

GRID PRESENTATION

LINES

- ❖ OPDHL31 formuler clairement un message écrit que vous adressez à un prestataire de soins (*par exemple votre question, votre description de la situation ou des informations personnelles*) ?
- ❖ OPDHL32 exprimer votre opinion, vos pensées ou votre ressenti, ou poser une question par écrit dans les réseaux sociaux (forums en ligne compris) ?

COLUMNS

- 1 Très difficile
- 2 Difficile
- 3 Facile
- 4 Très facile
- 999 Je ne sais pas / je ne suis pas concerné(e)

ASK ALL

SINGLE ANSWER PER SUB-QUESTION

COM

Les questions suivantes portent sur la facilité ou la difficulté de communiquer avec votre médecin.

En répondant à ces questions, veuillez donner une évaluation générale de votre expérience de la communication avec votre médecin.

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

GRID PRESENTATION

LINES

- ❖ 1 expliquer vos problèmes de santé à votre médecin ?
- ❖ 2 avoir assez de temps lors de la consultation avec votre médecin ?
- ❖ 3 exprimer vos opinions et préférences personnelles (*par exemple concernant un traitement ou un examen*) à votre médecin ?
- ❖ 4 poser des questions à votre médecin lors de la consultation ?
- ❖ 5 être impliqué(e) dans les décisions concernant votre santé en dialoguant avec votre médecin ?
- ❖ 6 vous rappeler des informations que vous obtenez de votre médecin ?

COLUMNS

- 1 Très difficile
- 2 Difficile
- 3 Facile
- 4 Très facile

ASK ALL

SINGLE ANSWER PER SUB-QUESTION

COMS

Selon vous, dans quelle mesure les moyens suivants qui pourraient être mis en place pour améliorer les consultations médicales sont-ils utiles ...

GRID PRESENTATION

RANDOMIZE THE LINES

LINES

- ❖ COMS_1._scale La diffusion vidéo par internet (*skype, Face Time, etc.*) de la consultation afin que des proches non présents puissent participer à la consultation
- ❖ COMS_2._scale L'enregistrement vidéo des consultations pour se souvenir de son contenu
- ❖ COMS_3._scale L'application mobile de prise (et rappel) des rendez-vous médicaux
- ❖ COMS_4._scale L'application mobile pour envoyer à votre médecin des réponses à des questionnaires évaluant votre santé

COLUMNS

- 1 Très utile
- 2 Assez utile
- 3 Peu utile
- 4 Pas du tout utile

ASK ALL (HIDDEN RECODE)

SINGLE ANSWER

ALEA

Aléa pour diviser en 2 l'échantillon

PROGRAM AN ALEA - CREATE 2 INDEPEDENT SUB-SAMPLES

DO AN ALEA ON THE QUESTIONS CIO, CIOC, RM_1 AND RM_2

½ OF SAMPLE ASK CIO AND RM_1

½ OF SAMPLE ASK CIOC AND RM_2

- 1 Poser CIO ET RM_1
- 2 Poser CIOC ET RM_2

VARIABLE TO FOLLOW DURING THE FIELD

ASK IF ALEA =1

SINGLE ANSWER PER SUB-QUESTION

CIO

Vous trouverez ci-dessous des informations concernant le cancer, merci d'indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord avec chacune d'entre elles.

GRID PRESENTATION LINES

- ❖ CIO_1._scale Il y a tellement de recommandations différentes concernant le cancer qu'il est difficile de savoir lesquelles suivre
- ❖ CIO_2._scale Il y a tellement d'informations sur le cancer qu'en avoir des nouvelles ne m'intéresse même plus
- ❖ CIO_3._scale Il y a tellement d'informations sur le cancer, qu'au bout d'un moment elles commencent à toutes se ressembler
- ❖ CIO_4._scale Il y a tellement d'informations sur le cancer, que j'en oublie la plupart aussitôt après les avoir reçues
- ❖ CIO_5._scale Je me sens submergé(e) par la quantité d'informations sur le cancer que je suis censé(e) connaître
- ❖ CIO_6._scale Les mesures de prévention du cancer sont trop contraignantes par rapport au risque encouru

COLUMNS

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 D'accord
- 3 Pas d'accord
- 4 Pas du tout d'accord

ASK IF ALEA=2

SINGLE ANSWER PER SUB-QUESTION

CIOC

Vous trouverez ci-dessous des informations concernant le coronavirus (Covid-19), merci d'indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord avec chacune d'entre elles.

GRID PRESENTATION LINES

- ❖ CIOC_1._scale Il y a tellement de recommandations différentes concernant le coronavirus (Covid-19) qu'il est difficile de savoir lesquelles suivre
- ❖ CIOC_2._scale Il y a tellement d'informations sur le coronavirus (Covid-19) qu'en avoir des nouvelles ne m'intéresse même plus
- ❖ CIOC_3._scale Il y a tellement d'informations sur le coronavirus (Covid-19), qu'au bout d'un moment elles commencent à toutes se ressembler
- ❖ CIOC_4._scale Il y a tellement d'informations sur le coronavirus (Covid-19), que j'en oublie la plupart aussitôt après les avoir reçues
- ❖ CIOC_5._scale Je me sens submergé(e) par la quantité d'informations sur le coronavirus (Covid-19), que je suis censé(e) connaître
- ❖ CIOC_6._scale Les mesures de prévention du coronavirus (Covid-19) sont trop contraignantes par rapport au risque encouru

COLUMNS

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 D'accord
- 3 Pas d'accord
- 4 Pas du tout d'accord

PART 4 : PERCEPTION DE L'INFORMATION SUR LA RECHERCHE MÉDICALE

TOP 5

Nous allons maintenant nous intéresser à la recherche médicale et aux essais cliniques.

ASK ALL

SINGLE ANSWER PER SUB-QUESTION

RM

La recherche médicale regroupe toutes les activités visant à comprendre les maladies et trouver de nouveaux traitements.

Vous trouverez ci-dessous des affirmations à propos des recherches médicales, merci d'indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord avec chacune d'entre elles.

GRID PRESENTATION

RANDOMIZE THE LINES

LINES

- ❖ 1 **ASK IF ALEA= 1** La recherche dans le domaine du cancer est conduite de la même manière que la recherche dans les autres maladies
- ❖ 2 **ASK IF ALEA=2** La recherche dans le domaine du coronavirus est conduite de la même manière que la recherche dans les autres maladies
- ❖ 3 Il faut laisser aux industriels la responsabilité de développer les nouveaux médicaments
- ❖ 4 Il est normal que les industriels collaborent avec les médecins pour développer un nouveau médicament
- ❖ 5 Lutter contre le chômage est plus important que de financer la recherche médicale
- ❖ 6 Les nouveaux médicaments sont toujours plus efficaces que les anciens
- ❖ 7 Les citoyens doivent pouvoir donner leur avis sur les choix de recherche financés par l'État
- ❖ 8 Il faut financer en priorité la recherche sur les nouvelles maladies par rapport à celles plus anciennes
- ❖ 9 L'État doit intervenir directement pour développer un nouveau médicament quand la maladie est grave

COLUMNS

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 D'accord
- 3 Pas d'accord
- 4 Pas du tout d'accord

Ask ALL

SINGLE ANSWER

EC0

Avez-vous déjà entendu parler d'essais cliniques ?

- 1 Je n'ai jamais entendu parler d'essais cliniques avant aujourd'hui
- 2 Je connais seulement le terme « essai clinique »
- 3 Je connais un peu les essais cliniques
- 4 Je connais bien les essais cliniques
- 5 Je connais très bien les essais cliniques

ASK IF EC0= 2 OR 3 OR 4 OR 5

SINGLE ANSWER

EC2

D'après ce que vous en savez, quelle est votre impression générale sur les essais cliniques ?

- Vous donnez une note de 1 à 10. La note 1 si cela vous donne une impression très négative, la note 10 si cela vous donne une impression très positive, les notes intermédiaires servent à nuancer votre jugement

**DISPLAY A SLIDER WITH THE SCALE BETWEEN 1 TO 10 / 1 = IMPRESSION TRES NEGATIVE
10 = IMPRESSION TRES POSITIVE
BIPOLAR GRID WITH HEADER**

Impression très négative					Impression très positive				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>									

ASK IF EC0= 2 OR 3 OR 4 OR 5

SINGLE ANSWER

EC3

Savez-vous que les différents types d'essais cliniques sont parfois distingués en « Phases » ?

- 1 Oui
 2 Non

Ask IF ec0= 2 OR 3 OR 4 OR 5

SINGLE ANSWER PER LINE

EC4

Vous trouverez ci-dessous des affirmations à propos des essais cliniques, merci d'indiquer si vous êtes d'accord ou non avec chacune d'entre elles à l'aide de l'échelle de réponse.

- 1 signifie que vous n'êtes pas du tout d'accord, 10 que vous êtes tout à fait d'accord, les notes intermédiaires servant à nuancer votre jugement.

PRESENT A TABLE

**DISPLAY A SLIDER WITH THE SCALE BETWEEN 1 TO 10 / 1 = PAS DU TOUT D'ACCORD 10 = TOUT À FAIT D'ACCORD
BIPOLAR GRID WITH HEADER
RANDOMIZE ITEM 1 TO 9**

	Pas du tout d'accord							Tout à fait d'accord		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Les essais cliniques sont utiles uniquement en dernier recours – après avoir essayé tous les traitements disponibles	<input type="checkbox"/>									
2. Les essais cliniques offrent une alternative à un traitement que vous souhaitez éviter (chirurgie invasive, chimiothérapie, etc.)	<input type="checkbox"/>									
3. Les essais cliniques ne conviennent qu'aux personnes dont le pronostic vital est engagé	<input type="checkbox"/>									
4. Les participants aux essais cliniques ne sont que des « cobayes »	<input type="checkbox"/>									

- | | | | | | | | | | | |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5. | Les essais cliniques donnent de l'espoir aux personnes en leur donnant accès à de nouveaux traitements qu'ils ne pourraient obtenir autrement | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Les personnes qui participent à la recherche permettent de faire progresser les connaissances médicales et les traitements pour les autres malades | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Les personnes malades devraient avoir le droit de tester les nouveaux médicaments s'ils le souhaitent même si les médecins ne sont pas d'accord | <input type="checkbox"/> |
| 8. | C'est une chance de recevoir un traitement expérimental | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Un traitement expérimental est avant tout un traitement comme un autre | <input type="checkbox"/> |

ASK ALL

SINGLE ANSWER PER SUB-QUESTION

CONF

Avez-vous confiance ou pas confiance dans :

GRID PRESENTATION RANDOMIZE THE LINES

LINES

- ❖ 1 Les journalistes
- ❖ 2 Les représentants politiques
- ❖ 3 Les scientifiques
- ❖ 4 Les médecins
- ❖ 5 Les juges
- ❖ 6 Les laboratoires pharmaceutiques
- ❖ 7 Vos choix en matière de santé

COLUMNS

- 1 Très confiance
- 2 Plutôt confiance
- 3 Plutôt pas confiance
- 4 Pas du tout confiance

PART 4 : L'ÉPIDÉMIE DE CORONAVIRUS (COVID-19)

TOP 6

Nous allons maintenant vous poser des questions sur l'épidémie actuelle de coronavirus (Covid-19).

ASK ALL

SINGLE ANSWER PER SUB-QUESTION

COV1

Depuis début 2020, est-ce qu'une personne de votre domicile a eu le coronavirus (Covid-19) ?

GRID PRESENTATION

LINES

- ❖ 1 Moi-même
- ❖ 2 Une ou plusieurs autres personnes

COLUMNS

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Je ne sais pas

ASK ALL

SINGLE ANSWER

COV3

Êtes-vous personnellement préoccupé(e) par la situation causée par le coronavirus (Covid-19) ?

- 1 Beaucoup
- 2 Assez
- 3 Un peu
- 4 Pas du tout

ASK ALL

SINGLE ANSWER

COV4

Au cours de la semaine dernière, avez-vous eu des contacts rapprochés (moins d'un mètre) et sans masque avec des personnes ne vivant pas avec vous ?

- 1 Oui, avec plus de 8 personnes
- 2 Oui, avec 4 à 8 personnes
- 3 Oui, avec 2 à 3 personnes
- 4 Oui, avec une seule personne
- 5 Non, aucun

ASK ALL

SINGLE ANSWER

COV5

Au cours de la semaine dernière, avez-vous évité les contacts rapprochés (moins d'un mètre) et sans masque avec des personnes ne vivant pas avec vous ?

- 1 Tout le temps
- 2 Souvent
- 3 Parfois
- 4 Jamais

ASK ALL

SINGLE ANSWER

COV6

À votre avis, est-ce qu'une personne qui ne présente aucun signe de la maladie peut transmettre le coronavirus ?

- 1 Oui, certainement
- 2 Oui, probablement
- 3 Non, probablement pas
- 4 Non, certainement pas
- 5 Je ne sais pas

ASK ALL

SINGLE ANSWER

COV7

À votre avis, est-ce que les "gestes barrières" sont efficaces pour freiner la diffusion du coronavirus ?

- 1 Oui, certainement
- 2 Oui, probablement
- 3 Non, probablement pas
- 4 Non, certainement pas
- 5 Je ne sais pas

ASK ALL

SINGLE ANSWER

COV7b

À votre avis, est-ce que le confinement est efficace pour freiner la diffusion du coronavirus ?

- 1 Oui, certainement
- 2 Oui, probablement
- 3 Non, probablement pas
- 4 Non, certainement pas
- 5 Je ne sais pas

ASK ALL

SINGLE ANSWER

COV8b

Avez-vous déjà téléchargé une application de traçage de contacts rapprochés entre personnes (*par exemple StopCovid*) pendant l'épidémie de coronavirus ?

- 1 Oui, et j'active le Bluetooth pour l'utiliser
- 2 Oui, mais je n'active pas le Bluetooth pour l'utiliser
- 3 Oui, mais je l'ai désinstallée
- 4 Non, je ne l'ai jamais téléchargée

ASK IF COV8=1 OR COV8=2 OR COV8=3

SINGLE ANSWER

COV9

Le nom de l'application de traçage que vous avez téléchargé la première fois est :

- 1 StopCovid
- 2 Tous, anti-Covid
- 3 Autre, précisez : **OPEN 100 CHARACTERS**

ASK IF COV8=2 OR COV8=3

MULTIPLE ANSWERS

COV10

Pour quelles raisons avez-vous désactivé ou désinstallé l'application de traçage ?

- 1 Surconsommation de la batterie du smartphone
- 2 Peur de l'utilisation de mes données personnelles
- 3 Utilisation trop compliquée
- 4 Anxiété générée par son utilisation
- 5 Utilisation annexe (téléchargement des attestations de déplacement)
- 6 Autre raison, précisez : **OPEN 100 CHARACTERS**

ASK IF COV8=4

MULTIPLE ANSWERS

COV11

Pour quelles raisons n'avez-vous jamais téléchargé d'application de traçage ?

- 1 Je n'ai pas entendu parler de l'application
- 2 Je n'ai pas de smartphone
- 3 Je doute de son utilité
- 4 J'ai peur de l'utilisation de mes données personnelles
- 5 Autre raison, précisez : **OPEN 100 CHARACTERS**

PART 5 : MIEUX CONNAÎTRE LES PARTICIPANTS À L'ENQUÊTE ET LEUR SANTÉ

TOP 7

Pour finir, voici quelques questions vous concernant.

ASK ALL

SINGLE ANSWER

CHI1

Vous est-il déjà arrivé de chercher des informations concernant la santé ou des sujets médicaux, peu importe la source (livres, brochures, journaux, magazines, Internet, réseaux sociaux...) ?

- 1 Oui
- 2 Non

ASK ALL

SINGLE ANSWER

HI1b

Est-ce que l'information dont vous disposez sur la santé vous a amené(e) à modifier votre comportement ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Je ne sais pas / Je ne suis pas concerné(e)

ASK ALL

NUMERIC THREE DIGITS

CHLFST1

Quelle est votre taille ?

- Il s'agit de la taille sans chaussures. Veuillez indiquer votre taille en cm. (Exemple : si 1m80 saisir 180)

/__/_/_/_/ cm + Je ne souhaite pas répondre

MIN=100 ; MAX=250

ASK ALL

NUMERIC THREE DIGITS

CHLFST2

Quel est votre poids ?

- Il s'agit du poids sans habits ni chaussures. Veuillez indiquer votre poids en kg.
- DISPLAY IF (RESP_GENDER= 2 AND RESP_AGE <51)** Si vous êtes enceinte, il s'agit de votre poids avant votre grossesse

/__/_/_/_/ kg + Je ne souhaite pas répondre

MIN=20 ; MAX=250

ASK ALL

SINGLE ANSWER PER SUB-QUESTION

CHLFST3

Lors d'une semaine ordinaire, combien de jours par semaine...

GRID PRESENTATION

LINES

- ❖ CHLFST31 fumez-vous des produits à base de tabac, quels qu'ils soient ?
- ❖ CHLFST32 buvez-vous des boissons alcoolisées, quelles qu'elles soient (*bière, vin, cidre, alcool fort, cocktail, alcopops, liqueur, alcool fait maison, etc.*) ?
- ❖ CHLFST33 pratiquez-vous une activité physique durant 30 minutes ou plus, suffisante pour rendre votre respiration ou votre pouls un peu plus rapide (*par exemple, en faisant du sport ou un autre type de loisirs, en travaillant, en faisant le ménage ou en jardinant, ou encore lors de vos déplacements*) ?
- ❖ CHLFST34 mangez-vous des fruits, des légumes ou des salades (*sauf pommes de terre, jus, soupes ou gâteaux*) ?

COLUMNS

- 1 Jamais
- 0 Moins d'un jour par semaine
- 1 1 jour
- 2 2 jours
- 3 3 jours
- 4 4 jours
- 5 5 jours
- 6 6 jours
- 7 7 jours

ASK ALL

SINGLE ANSWER

CHSTAT1

Comment est votre état de santé en général ?

- 1 Très bon
- 2 Bon
- 3 Assez bon
- 4 Mauvais
- 5 Très mauvais

ASK ALL

SINGLE ANSWER

CHSTAT2

Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ?

- 2 Oui, j'ai un problème de santé
- 1 Oui, j'ai plusieurs problèmes de santé
- 3 Non

ASK ALL

SINGLE ANSWER

CHSTAT3

Êtes-vous limité(e) depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ?

- 1 Oui, fortement limité(e)
- 2 Oui, limité(e) mais pas fortement
- 3 Non, pas limité(e) du tout

ASK ALL

NUMERIC TWO DIGITS

CHCUT1

Les questions qui suivent concernent vos contacts avec les services de santé. Lors de vos réponses, veuillez ne tenir compte que des contacts concernant votre propre santé. Au cours des 24 derniers mois, combien de fois avez-vous dû recourir à des services d'urgences médicales ?

Si vous n'avez pas eu recours aux urgences médicales au cours des 24 derniers mois, noter 0 / __ / __ / fois

MIN=0 ; MAX=99

ASK ALL

NUMERIC TWO DIGITS

CHCUT2

Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous consulté un médecin généraliste ?

Veuillez ne tenir compte que des contacts concernant votre propre santé

Si vous n'avez pas consulté chez un médecin généraliste ou de famille au cours des 12 derniers mois, noter 0

/ __ / __ / fois

MIN=0 ; MAX=99

ASK ALL

NUMERIC TWO DIGITS

CHCUT3

Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous consulté un médecin spécialiste ?

Veuillez ne tenir compte que des contacts concernant votre propre santé

Si vous n'avez pas consulté chez un médecin spécialiste au cours des 12 derniers mois, noter 0

/ __ / __ / fois

MIN=0 ; MAX=99

HCUT4 ET HCUT5 ON THE SAME SCREEN

ASK ALL

NUMERIC TWO DIGITS

CHCUT4

Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous été hospitalisé, comme patient, pour une nuit ou plus ?

Si vous n'avez pas été hospitalisé pour une nuit ou plus au cours des 12 derniers mois, noter 0

/ __ / __ / fois

MIN=0 ; MAX=99

ASK ALL

NUMERIC TWO DIGITS

CHCUT5

Au cours des 12 derniers mois, combien de fois vous êtes-vous rendu à l'hôpital pour un traitement en ambulatoire ou comme patient de jour (*sans passer la nuit à l'hôpital*) ?

Si vous n'avez pas été hospitalisé pour un traitement en ambulatoire au cours des 12 derniers mois, noter 0

/ __ / __ / fois

MIN=0 ; MAX=99

ASK ALL

NUMERIC THREE DIGITS**CHCUT6**

Au cours des 12 derniers mois, combien de jours avez-vous été absent du travail pour des raisons de santé ?

- Tenez compte de tous les types de maladies, de blessures et d'autres problèmes de santé que vous avez eus et qui ont mené à votre absence du travail. Vous n'avez pas nécessairement besoin d'avoir eu un certificat médical.
- Les absences pour s'occuper de votre conjoint ou partenaire, de vos enfants ou de vos parents ne sont pas comptées.
- Si vous n'avez jamais été absent au travail pour des raisons de santé au cours des 12 derniers mois, noter 0

/__/__/__/ jours + Je n'ai pas d'activité professionnelle + Je ne sais pas

MIN=0 ; MAX=365

ASK ALL

DROPDOWN LIST**CDET3**

Dans quel pays êtes-vous né(e) ?

- Noter le pays

ASK IF DET3 ≠ FR

NUMERIC TWO DIGITS**OJET4**

Depuis combien d'années vivez-vous en France ?

- Si moins d'un an, noter 0

/__/__/ an(s)

MIN= 0 ; MAX= RESP_AGE

ASK ALL

DROPDOWN LIST**CDET4**

Dans quel pays votre père est-il né ?

- Noter le pays

ASK ALL

DROPDOWN LIST**CDET5**

Dans quel pays votre mère est-elle née ?

- Noter le pays

ASK ALL

SINGLE ANSWER**OJET1**

Quelle est votre situation personnelle ?

- 1 Je ne suis pas en couple, et je vis seul(e)
- 2 Je ne suis pas en couple, et je vis en cohabitation avec d'autres personnes
- 3 Je suis en couple, et je vis avec mon(ma) conjoint(e) ou mon(ma) partenaire
- 4 Je suis en couple, mais je ne vis pas avec mon(ma) conjoint(e) ou mon(ma) partenaire

ASK ALL

SINGLE ANSWER**CDET6**

Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous ayez atteint (habituellement validé par un certificat ou un diplôme) ?

- | | | |
|-------------------------|--|---|
| <input type="radio"/> 1 | École élémentaire (primaire) | (ISCED 1 Primary education) |
| <input type="radio"/> 2 | Collège (Brevet) | (ISCED 2 Lower secondary education) |
| <input type="radio"/> 3 | CAP, BEP | (ISCED 3 Upper secondary education) |
| <input type="radio"/> 4 | Baccalauréat | (ISCED 4 Post-secondary but non-tertiary education) |
| <input type="radio"/> 5 | Bac + 2 (BTS, DEUG, DUT) | (ISCED 5 Short-cycle tertiary education) |
| <input type="radio"/> 6 | Bac +3/+4 (Licence, Maîtrise, Master 1) | (ISCED 6 Bachelor's or equivalent level) |
| <input type="radio"/> 7 | Bac +5 (DESS, DEA, Master 2 ou équivalent) | (ISCED 7 Master's or equivalent level) |
| <input type="radio"/> 8 | Bac +8 (Doctorat ou équivalent) | (ISCED 8 Doctoral or equivalent level) |

ASK ALL

SINGLE ANSWER

CDET7

Avant le confinement de novembre, quel était votre principal statut professionnel ?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> 1. Salarié(e) à plein temps | (1 Employed) |
| <input type="radio"/> 1. Salarié(e) à temps partiel | (1 Employed) |
| <input type="radio"/> 2. Travaille à mon compte | (2 Self-employed) |
| <input type="radio"/> 3. Ne travaille pas actuellement, mais en recherche d'emploi | (3 Unemployed) |
| <input type="radio"/> 3. Ne travaille pas actuellement et ne recherche pas d'emploi | (3 Unemployed) |
| <input type="radio"/> 5. Incapacité de travail due à des problèmes de santé de longue durée | (5 Unable to work due to long standing health problems) |
| <input type="radio"/> 7. Homme/femme au foyer | (7 Fulfilling domestic tasks) |
| <input type="radio"/> 4. Retraité(e) | (4 Retired) |
| <input type="radio"/> 6. Élève, étudiant, en formation ou en stage non rémunéré | (6 Student, trainee) |
| <input type="radio"/> 8. Service militaire, service civil et protection civile | (8 Compulsory military or civilian service) |

ASK IF DET7=1 OR DET7=2 OR DET7=3

SINGLE ANSWER

CDET7b

Depuis l'instauration des mesures de confinement de novembre, vous êtes :

- | | |
|-------------------------|--|
| <input type="radio"/> 1 | Toujours en activité majoritairement sur votre lieu de travail |
| <input type="radio"/> 2 | Toujours en activité, majoritairement en télétravail |
| <input type="radio"/> 3 | En chômage partiel |
| <input type="radio"/> 4 | Autre, précisez : OPEN 100 CHARACTERS |

ASK ALL

SINGLE ANSWER

CDET8

Avez-vous déjà suivi une formation dans le domaine de la santé ?

- | | |
|-------------------------|-----|
| <input type="radio"/> 1 | Oui |
| <input type="radio"/> 2 | Non |

ASK ALL

SINGLE ANSWER

CDET11

Avant le confinement de novembre, était-il facile ou difficile pour vous de payer toutes les factures à la fin du mois ?

- | | |
|-------------------------|-------------|
| <input type="radio"/> 1 | Très facile |
|-------------------------|-------------|

- 2 Facile
- 3 Difficile
- 4 Très difficile

ASK ALL

SINGLE ANSWER

CDET9

Est-il facile ou difficile pour vous, d'acheter des médicaments si vous en avez besoin ?

- Par exemple de payer pour des médicaments prescrits qui ne sont pas ou que partiellement remboursés par l'assurance-maladie
- 1 Très facile
 - 2 Facile
 - 3 Difficile
 - 4 Très difficile

ASK ALL

SINGLE ANSWER

CDET10

Est-il facile ou difficile pour vous, de payer les examens médicaux et les traitements si vous en avez besoin ?

- Nous entendons ici des examens et des traitements qui ne sont pas ou que partiellement remboursés par votre assurance-maladie, comme des traitements dentaires, des lunettes ou des traitements de médecine alternative, des mesures thérapeutiques ou des moyens auxiliaires
- 1 Très facile
 - 2 Facile
 - 3 Difficile
 - 4 Très difficile

ASK ALL

SINGLE ANSWER

CDET12

Sur l'échelle suivante, 1 correspond au "niveau le plus bas dans la société" et 10 au "niveau le plus élevé dans la société". Pouvez-vous me dire à quel niveau vous vous situez, selon vous ?

- Vous donnez une note de 1 à 10. La note 1 correspond au niveau le plus bas dans la société, la note 10 correspond au niveau le plus élevé dans la société, les notes intermédiaires servant à nuancer votre jugement

DISPLAY A SLIDER WITH THE SCALE BETWEEN 1 TO 10 / 1 = NIVEAU LE PLUS BAS DANS LA SOCIÉTÉ 10 = NIVEAU LE PLUS ÉLEVÉ DANS LA SOCIÉTÉ
BIPOLAR GRID WITH HEADER

Niveau le plus bas dans la société							Niveau le plus élevé dans la société		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ASK ALL

SINGLE ANSWER

D16

Quel est le revenu net de votre ménage par mois (après déduction des impôts sur le revenu) ?

- Pensez à votre propre revenu ou à votre rente, mais aussi au revenu ou à la rente de toute autre personne vivant éventuellement dans votre foyer. Vous pouvez être assuré que ces informations seront traitées de façon strictement confidentielle et anonyme.
- 1 0 euro (pas de revenus)
 - 2 Moins de 500 euros

- 3 De 500 à moins de 1 000 euros
- 4 De 1 000 à moins de 1 250 euros
- 5 De 1 250 à moins de 1 500 euros
- 6 De 1 500 à moins de 2 000 euros
- 7 De 2000 à moins de 2 500 euros
- 8 De 2 500 à moins de 3 000 euros
- 9 De 3 000 à moins de 5 000 euros
- 10 De 5 000 à moins de 8 000 euros
- 11 8 000 euros ou plus
- 12 Je ne sais pas / Je ne souhaite pas répondre

ASK ALL

SINGLE ANSWER

CSSUP1

De façon générale et sans se limiter au thème de la santé, combien de personnes vous sont suffisamment proches pour que vous puissiez compter sur elles en cas de problèmes personnels sérieux ?

- 1 Aucune
- 2 1 ou 2
- 3 Entre 3 et 5
- 4 6 ou plus

ASK ALL

SINGLE ANSWER

CSSUP2

Dans quelle mesure les personnes de votre entourage montrent-elles de l'intérêt pour ce que vous faites ?

- 1 Beaucoup
- 2 Assez
- 3 Plus ou moins
- 4 Peu
- 5 Pas du tout

ASK ALL

SINGLE ANSWER

CSSUP3

Pouvez-vous facilement obtenir de l'aide de la part de vos voisins en cas de besoin ?

- 1 Très facilement
- 2 Facilement
- 3 Possible
- 4 Difficilement
- 5 Très difficilement

Merci d'avoir accepté de participer à l'enquête sur la santé et les informations sur la santé. En participant à cette enquête, vous soutenez les autorités compétentes dans la mise en œuvre d'améliorations pour mieux communiquer sur la santé en France.

TOP END OF QUESTIONNAIRE

Annexe 3. Correspondance entre les items du questionnaire français et leurs libellés dans la base HLS19

Items HLS-Q12 (HLS19-Q12-FR)

1	COREHL4	savoir où obtenir de l'aide d'un professionnel de santé (<i>médecin, infirmier, pharmacien, psychologue, etc.</i>) quand vous êtes malade ?
2	COREHL7	comprendre les informations sur ce qu'il faut faire en cas d'urgence médicale ?
3	COREHL10	évaluer les risques et bénéfices des différents traitements médicaux possibles ?
4	COREHL16	suivre les consignes de votre médecin ou pharmacien ?
5	COREHL18	trouver des informations sur comment faire en cas de problèmes psychologiques (<i>par exemple : stress, dépression ou anxiété</i>) ?
6	COREHL23	comprendre les informations sur les dépistages et examens recommandés (<i>par exemple : dépistage du cancer colorectal, test de glycémie</i>) ?
7	COREHL24	évaluer la fiabilité des informations concernant l'impact sur la santé de certains comportements comme fumer, ne pas faire assez d'exercices ou trop boire ?
8	COREHL31	savoir comment vous protéger des maladies à partir des informations disponibles dans les médias (<i>journaux, télévision, Internet, etc.</i>) ?
9	COREHL32	trouver des informations sur les modes de vie sains, tels que l'activité physique ou une alimentation équilibrée ?
10	COREHL37	comprendre les conseils de votre famille ou de vos amis en matière de santé ?
11	COREHL42	évaluer comment vos conditions de logement peuvent affecter votre santé et votre bien-être ?
12	COREHL44	prendre des décisions pour améliorer votre santé et votre bien-être ?

Items HLS-NAV (HLS-NAV-FR)

1	OPNHL1	comprendre le fonctionnement du système de santé (<i>par exemple : quels sont les types de services médicaux disponibles et comment peut-on les utiliser</i>) ?
2	OPNHL2	savoir à quel type de service médical ou prestataire de soins particulier (<i>par exemple : médecin, hôpital, pharmacie</i>) vous adresser en cas de problème de santé ?
3	OPNHL3	savoir dans quelle mesure votre assurance-maladie prend en charge les coûts de certaines prestations ? (<i>par exemple : si ces prestations sont intégralement ou partiellement prises en charge</i>)
4	OPNHL4	comprendre les réformes en cours du système de santé qui pourraient affecter vos soins ?
5	OPNHL5	vous renseigner sur vos droits en tant que patient ou utilisateur du système de santé ?
6	OPNHL6	choisir un service médical ou un prestataire de soins en particulier ? (<i>par exemple : choisir entre différents hôpitaux ou différents médecins</i>)
7	OPNHL7	trouver des informations sur la qualité d'un service médical ou d'un prestataire de soins particulier ? (<i>par exemple : un hôpital ou un médecin en particulier</i>)
8	OPNHL8	déterminer si un service médical ou un prestataire de soins particulier répondra à vos attentes et vos souhaits en matière de soins ?
9	OPNHL9	comprendre comment prendre un rendez-vous auprès d'un service médical ou d'un prestataire de soins ?

10	OPNHL10	vous renseigner sur les possibilités de soutien qui existent pour vous aider à vous orienter dans le système de santé ?
11	OPNHL11	trouver le bon interlocuteur pour vos besoins au sein d'un établissement de santé ? (<i>par exemple : dans un hôpital</i>) ?
12	OPNHL12	vous défendre si les soins que vous recevez ne répondent pas à vos besoins ?

Items HLS-COM (HLS-COM-P-Q6-FR)

1	OPCOM3	expliquer vos problèmes de santé à votre médecin ?
2	OPCOM4	avoir assez de temps lors de la consultation avec votre médecin ?
3	OPCOM5	exprimer vos opinions et préférences personnelles (<i>par exemple concernant un traitement ou un examen</i>) à votre médecin ?
4	OPCOM8	poser des questions à votre médecin lors de la consultation ?
5	OPCOM9	être impliqué(e) dans les décisions concernant votre santé en dialoguant avec votre médecin ?
6	OPCOM10	vous rappeler des informations que vous obtenez de votre médecin ?

Items HLS-DIGI (HLS-DIGI-FR)

1	OPDHL21	choisir les bons mots ou les bonnes formulations pour trouver les informations que vous cherchez ?
2	OPDHL22	trouver précisément l'information que vous cherchez ?
3	OPDHL23	comprendre les informations trouvées ?
4	OPDHL24	juger de la fiabilité des informations trouvées ?
5	OPDHL25	déterminer si des intérêts commerciaux se cachent derrière les informations proposées ?
6	OPDHL26	consulter plusieurs sites internet pour comparer les informations qu'ils proposent sur un même sujet ?
7	OPDHL27	déterminer si les informations trouvées sont pertinentes dans votre cas ?
8	OPDHL28	utiliser les informations trouvées pour tenter de résoudre un problème de santé ?