



DIPARTIMENTO DI SANITÀ
PUBBLICA E MALATTIE INFETTIVE



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

ACDC

Projet sur la conscience du déclin cognitif chez l'adulte

2017-1-IT02-KA204-036825

La littératie en santé en Europe

ACDC est financé avec le soutien de la Commission européenne. Cette recherche et son contenu n'engagent que l'auteur et la Commission ne saurait être tenue responsable de l'utilisation qui pourrait être faite des informations qui y sont contenues.

Index

I. Contexte

II. Recherche de preuve

- Méthodologie
- Résultats
 - a) Outils de mesure des connaissances en matière de santé
 - b) Les connaissances en matière de santé dans les pays européens

III. Conclusions

IV. Conflit d'intérêts et financement

V. Références

VI. Annexes :

- a) Annexe 1 : Schéma 1. Diagramme PRISMA
- b) Annexe 2 : Tableau 1. Caractéristiques des études incluses
- c) Annexe 3 : Tableau 2. Auto-évaluation des individus en matière de compétences en e-Santé

I. Contexte

Ces dernières années, l'intérêt pour 'la littératie en santé' (LS) a sensiblement augmenté dans les sociétés de santé moderne.

Presque chaque aspect de la vie des gens a trait à des questions de santé et les citoyens sont censés participer activement à un large éventail de décisions en matière de santé pour eux-mêmes et leurs familles. Cela inclut des décisions relatives aux comportements en matière de santé, à la nutrition, aux médicaments, aux choix des prestataires et aux traitements [1,2,3].

Dans ce contexte, plusieurs études ont été publiées à ce sujet, mais il n'y a pas de définition unanimement acceptée du concept. Selon une révision systématique, sa définition exhaustive englobant l'essence des 17 définitions identifiées dans la documentation pourrait être la suivante : « *La littératie en santé est liée à l'alphabétisation et implique les connaissances, la motivation et les compétences des gens à accéder, comprendre, évaluer et appliquer les informations en matière de santé afin d'émettre des jugements et de prendre des décisions dans la vie quotidienne en matière de soins de santé, de prévention des maladies et de promotion de la santé pour maintenir et améliorer la qualité de vie tout au long de la vie* » [3].

De nombreuses études ont également porté sur le développement et la validation d'instruments de mesure génériques pour évaluer la littératie en santé dans l'espace européen et extra-européen.

Une analyse documentaire publiée en 2014 montre que, dans l'ensemble, presque tous les instruments identifiés appliquent une mesure multidimensionnelle (souvent la littératie à l'écrit et en calcul) et la plupart d'entre eux utilisent une approche d'évaluation mixte (mesures objectives et subjectives) avec une construction multidimensionnelle améliorant l'exhaustivité des outils mesurant les connaissances en matière de santé [4].

Pourquoi la littératie en santé est-elle si importante ? Parce qu'une faible littératie en santé est associée à plusieurs effets néfastes sur la santé, y compris de faibles connaissances en matière de santé, une plus grande incidence des maladies chroniques, des marqueurs de maladies intermédiaires plus pauvres et une utilisation des services de santé préventifs pas optimale.

En particulier, dans une étude récemment mise à jour, une littératie en santé limitée a été « régulièrement associée à une augmentation des hospitalisations, des soins d'urgence, un plus faible recours à la mammographie, une réception inférieure du vaccin contre la grippe, une moins bonne capacité à démontrer une médication appropriée, une moindre capacité à interpréter les étiquettes et les messages relatifs à la santé, et chez les personnes âgées, un état de santé global moins bon et une mortalité plus élevée » [5].

Compte tenu de ces implications pertinentes, le concept de littératie en santé a remarquablement gagné en reconnaissance tout comme l'importance de la conception de matériel et de programmes sur mesure pour aborder les lacunes et améliorer la santé, tant au niveau mondial qu'au niveau local.

En effet, en même temps que l'élaboration de politiques et la planification d'interventions pour soutenir le renforcement d'une littératie en santé limitée, une mesure appropriée et valide de la littératie en santé dans la recherche médico-épidémiologique est essentielle [2].

Dans cette recherche, nous avons cherché à fournir une mesure complète de la littératie en santé dans les pays européens et ensuite à mettre en évidence les principales interventions nécessaires.

II. Recherche de preuves

Méthodologie

Le processus de recherche s'est déroulé en deux étapes.

La première étape consistait en un examen systématique de la documentation afin d'identifier toutes les données disponibles sur le sujet. L'analyse documentaire a été réalisée entre mars 2018 et avril 2018 à travers les principales bases de données électroniques PubMed et Scopus.

La chaîne de recherche utilisée était [(health literacy*) ou (health * AND literacy *) AND europ *].

Pour la stratégie de recherche détaillée, consultez l'Annexe 1 : Diagramme PRISMA

Critères d'éligibilité. Les articles étaient considérés comme éligibles si l'étude portait sur la mesure du niveau de littératie en santé dans les pays européens et s'ils étaient en langue anglaise. Aucune restriction n'a été appliquée quant au type de publication (p. ex. éditoriaux, rapports courts, études systématiques, actes du colloque, commentaires, analyse de livres, ensemble de données).

Choix des études. Au total, 1126 articles ont été extraits de bases de données électroniques et d'archives publiés après 2000.

Après avoir éliminé les doublons, 656 articles ont été examinés en fonction des titres/ résumés et 627 ont été exclus car non pertinents.

Deux auteurs ont revu les résumés et textes complets des 29 articles restants et 8 articles ont à leur tour été exclus pour différentes raisons (hors sujet, pas suffisamment de détails).

Les désaccords ont été résolus par un troisième évaluateur qui a approuvé la liste définitive des 21 articles.

Collecte de données. Au cours de la deuxième étape, deux auteurs ont indépendamment extrait les données et les résultats des articles inclus en utilisant un tableau récapitulatif pour identifier les points clés de chaque article. Les thèmes les plus pertinents ont été discutés avec un troisième chercheur.

Résultats

À la fin de notre recherche documentaire, 21 articles ont été inclus dans cette étude systématique.

Afin d'illustrer le niveau de littératie en santé dans les pays européens, l'analyse des études incluses se focalise sur le/les pays pris en compte dans l'étude, les caractéristiques de la population (c'est-à-dire la population générale), l'instrument utilisé pour mesurer la littératie en santé et les résultats de chaque étude [Tableau 1].

a) Outils de mesure de la littératie en santé

La littératie en santé peut être mesurée et évaluée à différents niveaux, mais il est difficile de structurer un outil qui prenne en compte l'ensemble des compétences et des connaissances qui lui sont associés ; une mesure valable de la littératie en santé devrait en effet permettre une comparaison entre les cultures, les groupes de population et les environnements.

La plupart des instruments développés sont couramment utilisés pour mesurer directement la littératie d'un individu par rapport aux résultats en matière de santé et presque tous les instruments appliquent une mesure multidimensionnelle et une approche d'évaluation mixte (mesures objectives et subjectives).

Récemment, certains chercheurs ont tenté d'évaluer la littératie en santé à l'aide de questions simples ou la littératie orale relative à la santé plutôt que d'administrer des questionnaires entiers. En revanche, les tests assistés par ordinateur sont un outil prometteur car ils permettent une mesure plus précise des capacités individuelles et ils englobent les compétences de base relatives à la littératie (lire, écrire, parler, écouter).

Compte tenu de la diversité et de l'hétérogénéité des instruments disponibles, un aperçu des outils les plus populaires est présenté ci-dessous.

The European Health literacy survey tool (HLS-EU) - (Outil d'enquête européen de la littératie en santé)

L'outil d'enquête européen sur la littératie en santé [6] est une enquête disponible en plusieurs versions. La version principale comprend les 47 éléments de la matrice liés à 12 sous-domaines et est appelée **HLS-EU-Q47**. La version **HLS-EU-Q86** comprend la HLS-EUQ47 ainsi qu'une section contextuelle avec des éléments relatifs aux déterminants de la santé et aux résultats, tels que décrits dans le modèle conceptuel de HLS-EU. Elle inclut également les éléments du Newest Vital Sign afin de mesurer la littératie en santé fonctionnelle.

Une version plus courte a été établie suite à l'analyse des données de l'European Health Literacy Survey. Il contient 16 éléments sélectionnés et se nomme **HLS-EU-Q16**. Une autre version à 25 éléments a été proposée et utilisée récemment et s'intitule **HLS-EU-Q25**.

Toutes les versions différentes sont utilisées pour évaluer les quatre dimensions de la littératie en santé : l'accès, la compréhension, l'évaluation et l'application des informations sur la santé dans trois situations/domaines différents : la promotion de la santé, la prévention des maladies et la guérison des maladies. Les participants sont priés d'évaluer, sur une échelle allant de 1 (inapte, ce qui implique la note la moins élevée en littératie en santé) à 5 (sans aucune difficulté, note maximale en littératie en santé), leur niveau de difficulté en ce qui concerne l'accès, la compréhension, l'évaluation et l'application d'informations sur la santé.

Le General Health Literacy Score (Score général de littératie en santé) est calculé comme suit : 0-25 "insuffisant"; 25-33 "problématique"; 33-42 "suffisant"; 42-50 "excellent" et est utilisé pour évaluer le niveau général de littératie en santé.

Le Health literacy Questionnaire (HLQ)

Le Health literacy Questionnaire (Questionnaire sur la littératie en santé) (HLQ) [7] comprend 44 questions et peut être appliqué de manière autonome ou oralement. Le HLQ évalue neuf dimensions et fournit neuf scores gradués. Chaque score donne un aperçu des forces et des faiblesses du répondant, mais les scores sont plus intéressants lorsqu'ils sont pris dans leur ensemble pour montrer le « profil de littératie en santé » du répondant.

Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA)

Le TOFHLA [8] (Test de littératie en santé fonctionnelle chez les adultes) est un test en 2 parties qui est disponible en anglais et en espagnol.

La première partie présente aux participants des informations médicales ou des instructions à propos de divers scénarios, tels que des instructions sur l'étiquette de prescription ou des instructions de préparation pour une procédure de diagnostic. Les participants examinent les scénarios, puis répondent aux questions qui testent leur compréhension des informations des scénarios.

La deuxième partie du TOFLHA se fonde sur la méthode Cloze dans laquelle les participants reçoivent des passages de textes sur des sujets médicaux dont certains mots ont été supprimés et remplacés par des espaces vides. Les participants doivent remplir les espaces en utilisant des mots qu'ils choisissent dans une liste d'options à choix multiples, en identifiant les mots les plus appropriés au contexte du passage. Les scores TOFLHA peuvent aller de 0 à 100, les scores les plus élevés indiquant une meilleure littératie.

Les scores de <60 représentent une littératie 'inadéquate', de 60 à 74 une littératie 'marginale', et de >75 une littératie 'adéquate'.

Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)

REALM [9] (Rapide estimation de la littératie en médecine des adultes) est un test de reconnaissance de mots pour lequel les patients sont face à une liste de 66 mots médicaux, en commençant par des mots simples (par exemple, graisse, fièvre, pilule) et progressivement de plus en plus difficiles (par exemple, ostéoporose, impétigo, potassium). Les patients sont priés de lire attentivement la liste et de prononcer chaque mot à voix haute.

L'examineur note le patient en fonction du nombre de mots prononcés correctement. Rien n'est fait pour déterminer si les patients comprennent réellement le sens des mots. Le nombre de mots correctement prononcés est ensuite utilisé pour assigner un niveau de lecture de grade équivalent. Les scores de 0 à 44 indiquent des compétences en lecture égales ou inférieures au 6^{ème} niveau, les scores de 45 à 60 représentent des compétences de niveau 7 ou 8, et les scores supérieurs à 60 indiquent des compétences de niveau secondaire ou supérieur. Étant donné que tant de documents et de formulaires pour les patients sont rédigés au niveau secondaire ou supérieur, les patients avec des scores ≤ 60 sont considérés comme étant susceptibles de mal comprendre les informations qui leur sont données.

Newest Vital Sign (NVS)

Cet outil [8] a été développé à partir d'une série de scénarios. Les patients ont reçu des informations sur la santé, qu'ils ont lues et ensuite ils ont démontré leur capacité à utiliser ces informations en répondant aux questions sur les scénarios. Les questions ont été évaluées comme étant bonnes ou mauvaises selon une clé de notation fournie aux intervieweurs. Le score correspondant aux bonnes réponses, allant de 0 (minimum) à 6 (maximum), indique le niveau global de littératie en santé du sujet.

Set of Brief Screening Questions (SBSQ)

Cet outil [10] comprend trois énoncés. Les réponses sont évaluées sur une échelle de Likert de 5 points de 0 à 4, on les additionne et on en fait la moyenne. La réponse de « modérément » ou moins offre une sensibilité et une spécificité optimale et est considérée comme un seuil de contrôle optimal dans la plupart des études. Cela signifie qu'un score

moyen de 2 indique une littératie en santé insuffisante et qu'un score > 2 indique une littératie en santé adéquate. Plusieurs versions de cet instrument ont été développées et adoptées récemment, chacune ne comporte qu'une seule question, choisie pour détecter un niveau inadéquat de littératie en santé.

Functional Communicative and Critical Health Literacy scale (FCCHL)

La littératie en santé communicative désigne les compétences cognitives et de littératie qui, avec les aptitudes sociales, permettent de participer activement aux activités quotidiennes, d'extraire des informations et le sens de différentes formes de communication ainsi que d'appliquer de nouvelles informations à des circonstances changeantes. La littératie en santé critique désigne les compétences cognitives plus avancées qui, avec les aptitudes sociales, peuvent être utilisées pour réaliser une analyse critique des informations et pour utiliser ces informations afin d'avoir une plus grande maîtrise des situations et des événements de la vie. Le FCCHL [11] mesure ces trois concepts par le biais de 14 énoncés et en utilisant des échelles de Likert de 4 points (1-4) comme options de réponses. Le score total est obtenu en additionnant les scores des éléments et en le divisant par le nombre total d'éléments.

The Short Assessment of Health Literacy for Spanish Speaking Adults (SAHLSA)

Le SAHLSA [12] comprend 50 points qui explorent la reconnaissance et la compréhension de termes médicaux courants, à l'aide de questions à choix multiples conçues par un groupe d'experts. Le score de 50-SAHLSA est associé à l'état de santé physique des participants hispanophones et a montré la bonne fiabilité interne et fiabilité test-retest. Le score SAHLSA va de 0 à 50 et un score plus élevé indique une littératie en santé (LS) plus élevée.

Short Assessment of Health Literacy for Brazilian Portuguese-speaking Adults (SAHLPA)

C'est une version plus courte et traduite de SAHLSA. Toutes les réponses correctes marquent 1 point et toutes les autres réponses marquent 0 point. Ainsi, les scores SAHLPA-18 et SAHLPA-23 sont compris entre 0 et 18 points et 0 et 23 points, respectivement [13].

b) La littératie en santé dans les pays européens

La plupart des 21 études comprises dans cette analyse systématique portent sur l'évaluation de la littératie en santé d'un seul pays, à l'exception de deux grandes enquêtes [15,16] qui ont été menées dans plusieurs pays en même temps.

Seule une étude [16] concerne la littératie en e-Santé (eHealth) au lieu de la littératie en santé générale et ses résultats sont donc décrits séparément.

Pour les autres études, les résultats sont présentés par pays.

Albanie. Toci et al. [17], en 2014, utilise un questionnaire pour évaluer le niveau LS d'un échantillon de 239 personnes en Albanie, il est divisé en trois parties : les informations démographiques et socio-économiques générales ; un questionnaire LS fondé sur l'outil HLS-EU-Q47 ; un questionnaire LS fondé sur l'outil TOFHLA. Dans l'ensemble, la valeur moyenne du TOFHLA était de 76,32 (« adéquat ») et la valeur moyenne du HLS-EU-Q général était de 32,8 (« problématique »). En 2015, les mêmes auteurs [18] ont évalué le niveau LS d'un échantillon plus large de 1154

personnes âgées ≥ 18 ans et ont montré que ce pays avait un niveau « suffisant » de LS (soit : 34,4) selon le score du General Health Literacy de la European Health Literacy survey en 47 points (HLS-EU-Q47).

Autriche. *Sorensen et al.* [15], décrit les résultats de l'énorme projet européen pour la littératie en santé qui implique 8 pays de l'UE, et qui a montré que l'Autriche a un niveau de LS « insuffisant » (soit : 31,95) selon HLS-EU-Q86.

La Belgique. *Vandenbosch et coll.* [19] a utilisé l'outil HLS-EU-Q16 pour évaluer le niveau LS en Belgique. Un score de 0 à 8 est considéré comme indiquant un niveau de littératie en santé « insuffisant », un score entre 9 et 12, un niveau de littératie en santé « limité » et un score de 13 ou plus, un niveau « suffisant ». Sur un échantillon de 9617 individus, la majorité des gens (58,5 %, N = 5629) avaient un niveau LS « suffisant ».

La Bulgarie. La Bulgarie était l'un des 8 pays de l'UE ayant participé au Projet européen sur la littératie en santé (European Health Literacy Project). *Sorensen et al.* [15] ont rapporté que ce pays avait un niveau de LS « inadéquat » (moyenne : 30,50) selon HLS-EU-Q86 ; il s'agissait de la moyenne la plus basse parmi les 8 pays étudiés dans le cadre de ce projet.

Danemark. En 2015, *Emtekær Hæsum et al.* [20] ont évalué le niveau LS de patients danois atteints de maladie pulmonaire obstructive chronique à l'aide de l'outil TOHFLA : ces 42 patients ont été considérés comme ayant un niveau de littératie en santé « inadéquat » avec un score moyen de 47,09 (26,2 %, N = 11), comme ayant un niveau de littératie en santé « marginal » avec un score moyen de 67,38 (19,0 %, N = 8) et pour la majorité d'entre eux comme ayant un niveau « adéquat » de littératie en santé avec un score moyen de 86,30 (54,8 %, N = 23). Quelques années plus tard, *Aaby A.* [21] a évalué le niveau LS de 3116 personnes souffrant de maladies cardiovasculaires. Seules deux des neuf sous-échelles de l'outil HLQ ont été incluses dans l'enquête, à savoir « Comprendre suffisamment les informations sur la santé pour savoir quoi faire » et « Capacité à dialoguer activement avec les prestataires de soins de santé ». Le score d'échelle a été calculé en tant que score moyen du nombre d'éléments répondus dans ce sous-ensemble particulier : « Comprendre suffisamment les informations sur la santé pour savoir quoi faire » la moyenne était de 2,92 ; « Capacité à s'impliquer activement avec les prestataires de soins de santé » ; la moyenne était de 2,97. Ils indiquent tous deux un niveau « adéquat » de LS.

L'Allemagne. *Sorensen et al.* [15] en 2015 a montré que, globalement, l'ensemble de la population en Allemagne avait un niveau « suffisant » de LS (moyenne : 34,49) selon HLS-EU-Q86 et 46,3 % de l'échantillon avait un niveau limité de LS. Deux ans plus tard, *Schaeffer, d.* [22] a utilisé l'outil HLS-EU-Q47 pour évaluer à nouveau le niveau LS de 2000 allemands et, dans son étude, ce pourcentage était plus élevé, autour de 54,3 %.

La Grèce. *Sorensen et al.* [15] ont montré dans leur enquête que la population générale grecque avait un niveau de LS « suffisant » (moyenne : 33,57) et que 13,9% de l'échantillon présentait un niveau de LS « inadéquat » selon l'outil HLS-EU-Q86. De même, *Efthymiou et al.* [23], en 2017, a montré que seuls 8,4% d'un échantillon de 107 personnes grecques avaient un niveau de LS « inadéquat ».

Italie. En 2015, *Palumbo et al.* [24] a validé l'enquête HLS-EU-Q86 dans le contexte italien et a montré que le niveau de LS d'un échantillon de la population générale italienne (N = 1 000) était « insuffisant » dans 17,3% des cas, « problématique » dans 37,3%, « suffisant » dans 39,5% et « excellent » dans 5,9%. Le score moyen de LS était de 31,6, en-dessous du score européen.

Kosovo. *Toci et al* [25], en 2014, a utilisé un questionnaire de 25 questions résultant de la HLS-EU-Q47 pour évaluer le niveau LS d'un échantillon de 1730 personnes âgées de >65 ans. La moyenne du score global en littératie en santé était de 76,5 (minimum : 25 - maximum :125), ce qui indique un niveau faible de littératie en santé ; en outre, tous les scores des sous-échelles (accès, compréhension, évaluation et application) étaient significativement plus faibles chez les personnes qui avaient un état de santé moins bon, ou présentaient des conditions chroniques.

Irlande. Ce pays s'est avéré avoir un niveau LS « suffisant » (moyenne : 35,16) d'après l'enquête HLS-EU-Q86 décrite par *Soreesen et al.* [15] en 2015 où il a été classé parmi les pays ayant les plus hauts niveaux de littératie en santé.

Pays-Bas. *Fransen et al.* [26], en 2011, recrutent 289 patients, 201 atteints de maladie coronarienne (CAD) et 88 avec le diabète de type 2 (T2DM), afin de mesurer leur degré de LS à l'aide de plusieurs outils en même temps.

Selon les scores du REALM-D, seul 19 % des patients ont des difficultés à la lecture (définies comme un niveau de lecture de grade équivalent à 7-8). Il a également montré un effet plafond avec 23 % des patients atteignant la note maximale de 66.

Dans le test NVS-D, 56% des patients ont obtenu un score d'un ou aucun élément correct, ce qui suggère une forte probabilité de faible littératie en santé. Par ailleurs, 31 % des patients n'ont pas répondu correctement aux six points, ce qui indique un effet plancher.

Lors du test FCCHL-D, 72 % des patients ont marqué 3 points ou moins, ce qui indique une littératie en santé subjective faible.

Dans le test SBSQ-D, 5% des patients ont obtenu un score faible, ce qui indique une faible littératie subjective en matière de santé telle que définie par cette mesure. Dans ce cas, le SBSQ-D a également montré un effet plafond avec 42,5 % des patients atteignant le score maximum.

Deux ans plus tard, *van der Heide et al.* [27], en 2013, a utilisé HLS-EU-Q47 pour évaluer le niveau de LS aux Pays-Bas. En ce qui concerne les quatre compétences d'accès, de compréhension, d'évaluation et d'application des informations sur la santé, les scores moyens ont été considérés comme "suffisants", à l'exception de l'application qui a enregistré un score "problématique". Les scores moyens par points étaient cependant tous proches de 3 (ce qui équivaut à être considérés comme faciles).

Conformément à ces résultats, *Soreesen et al.* [15] a déclaré que les Pays-Bas avaient enregistré la moyenne la plus élevée (37,06) dans l'enquête HLS-EU-Q86, par rapport aux sept autres pays de l'UE et affichaient le pourcentage le plus faible de personnes ayant une LS « inadéquate » (1,7%). La même année, *Husson et al.* [28] a encore confirmé ces conclusions : en évaluant la prévalence de la littératie en santé (LS) parmi 1626 personnes ayant survécu à un cancer colorectal (CRC), il a montré que seuls 224 patients (14 %) avaient une LS subjective faible, 725 patients (45 %) avaient une LS moyenne et 677 patients présentaient une LS élevée (42 %).

Pologne. *Sorensen et al* [15] en 2015 a montré que la population générale polonaise avait un niveau de LS « suffisant » (moyenne = 34,45) comparé aux sept autres pays de l'UE. *Slonska et al.* [29], la même année, ont analysé les données provenant de cette partie du projet HLS-EU-Q86 afin d'évaluer le niveau de LS chez les personnes âgées. Ils ont constaté que les personnes âgées de 65 ans et plus étaient les plus exposées au risque de faible littératie en santé. En fait, on trouve le pourcentage le plus élevé (61,3%) de personnes ayant une littératie en santé « limitée » chez les personnes âgées de 65 ans et plus.

Portugal. En 2016, *Espanha et al* [30] a validé l'enquête HLS-EU-Q86 utilisée dans le European Health Literacy Project. Il a montré que en ce qui concerne le General Health Literacy Index (l'indice général en matière de littératie en santé), le Portugal était caractérisé par 11% de répondants ayant un niveau de littératie en santé « insuffisant », 38% ayant une LS « problématique », 8,6% ayant un niveau de LS « excellent », et 41,4% ayant un niveau de littératie en santé « suffisant ». Par rapport aux données HLS-EU, le Portugal est situé en-dessous de la moyenne des pays de l'étude européenne. Conformément à ces résultats, un an plus tard, *Paiva et L.* [31] ont évalué le niveau LS au Portugal en utilisant la version adaptée portugaise de l'outil NVS. L'échantillon analysé comprenait des médecins (N = 53), des chercheurs en santé (N = 45), d'autres chercheurs (N = 50) et la population en générale (N = 101). Ils ont constaté que alors que les médecins, chercheurs en santé et autres chercheurs avaient un niveau « adéquat » de LS (100 % et 88,9 %, respectivement), seul 18,8 % de la population générale avait ce même niveau de LS et 57,4 % ont été considérés comme ayant une " forte probabilité de LS limitée". Les mêmes constatations ont également été faites par *Pires C. et al.* [32] en 2018, quand ils ont évalué le niveau LS d'un échantillon de 484 adultes portugais, et montré qu'environ la moitié des participants (53 %) étaient considérés comme ayant une littératie en santé « inadéquate » avec le SAHLPA-23.

Espagne. *Sorensen et al* [15] en 2015 a montré que l'Espagne dans le projet HLS-EU-Q86 avait globalement un niveau LS « suffisant » (moyenne = 32.88) comparé aux sept autres pays de l'UE, avec un des pourcentages d' « insuffisant » en LS les plus bas (7,5 %).

Suisse. *Franzen et al.* [33], en 2013, a utilisé une question de la SBSQ (" Quand vous recevez des informations écrites sur un traitement médical ou votre état de santé, combien de fois avez-vous des difficultés à les comprendre ?) pour évaluer le niveau de LS fonctionnelle chez 493 patients atteints de diabète de type 2. Les résultats ont montré que la moitié des participants a déclaré « ne jamais avoir de problèmes à comprendre les informations écrites » concernant leur état de santé. En revanche, 7,3 % des participants avait souvent ou toujours des problèmes pour comprendre les informations écrites. Des résultats similaires ont également été démontrés par *Zuercher et al* [34], deux ans plus tard, en utilisant le même outil que celui utilisé pour évaluer le niveau de LS fonctionnelle d'un échantillon similaire. Ici aussi, la moitié des participants (52,5 %) ont indiqué ne jamais avoir de problèmes pour comprendre les informations médicales (bonne LSF), tandis que 40,7 % ont déclaré avoir des problèmes occasionnellement ou parfois (LSF moyenne) et 6,8 % souvent ou toujours (LSF faible).

Royaume-Uni. En 2007 Von Wagner *et al.*, [35] ont utilisé l’outil TOFHLA sur un échantillon de 719 participants ; seuls 5,7 % (N = 41) ont été reconnus comme ayant un niveau LS « insuffisant » et seuls 5,7 % (N = 41) comme ayant un niveau LS « marginal », tandis que tous les autres participants ont été reconnus comme ayant un niveau de LS « adéquat ».

eHealth Literacy (littératie en e-Santé). La littératie en e-Santé (également connue en anglais sous les termes eHealth skills ou digital health literacy) est un concept examiné séparément de la littératie en santé générale par les chercheurs scientifiques ; en particulier, il comprend « la capacité à rechercher et localiser les informations sur la santé en ligne et également à comprendre, appliquer et utiliser ces informations » [36].

Dans ce contexte, le principal problème est l’incapacité à faire la distinction entre des informations biaisées non fondées sur des données probantes et des sources d’informations fondées sur des données probantes, non biaisées.

Cette étude [16] rapporte les résultats d’une enquête multinationale menée dans les 28 États membres où 26566 participants ont été interviewés par CATL (interviews téléphoniques assistées par ordinateur).

L’e-Santé a été mesurée par l’intermédiaire de cinq questions qui correspondaient en grande partie à l’échelle eHEALS, l’outil communément répandu utilisé pour évaluer les capacités subjectives d’une personne à trouver, évaluer et appliquer les informations de santé électroniques aux problèmes de santé [37].

Ces cinq questions étaient les suivantes : i) savoir comment rechercher des informations sur la santé sur Internet ; (ii) savoir où trouver des sources en ligne fiables sur la santé ; (iii) comprendre la terminologie des informations relatives à la santé en ligne ; (iv) être capable d’identifier la qualité des informations sur la santé ; et (v) savoir comment les utiliser.

Chaque élément a été mesuré sur une échelle de 4 points : 1 = totalement en désaccord et 4 = totalement en désaccord.

Étant donné que l’autoévaluation des personnes sur leur compétences en e-Santé résulte de leur capacité à pouvoir naviguer sur Internet pour trouver des informations relatives à la santé, d’importantes variations entre les États membres sont apparues. Chypre a fait état du plus fort pourcentage de personnes estimant disposer de cette compétence de recherche (72 %), suivi de la Suède (69 %). Tandis que la Pologne, la Lettonie et l’Italie ont les pourcentages les plus bas, cette dernière ayant un pourcentage inférieur de moitié à celui des pays en tête de liste (30 %). (Pour les résultats détaillés par pays, voir Annexe 3 : Tableau 2. Auto-évaluation des individus en matière de compétences en e-Santé).

Pour les autres questions, les résultats ont révélé un schéma assez complexe pour lequel seuls l’expérience Internet et l’état de santé auto-déclaré influencent toutes les compétences de manière similaire. Plus les personnes cherchent des renseignements sur la santé en ligne fréquemment, plus il est probable qu’ils se déclarent hautement qualifiés. En outre, les gens qui déclarent avoir un meilleur état de santé font également état de compétences plus élevées. Eu égard aux caractéristiques socio-économiques, le modèle varie selon les compétences. En particulier, les répondants plus jeunes ont tendance à indiquer des niveaux plus élevés de compétences par rapport aux personnes plus âgées dans trois catégories de compétences prises en considération. Néanmoins, les répondants plus âgés étaient plus aptes à comprendre la terminologie en matière de santé.

Les répondants plus instruits semblaient parvenir à mieux auto-déclarer leurs compétences ; leurs capacités à rechercher, à évaluer la qualité de l'information et à comprendre la technologie.

En résumé, cette enquête a mis en évidence que les groupes les plus vulnérables au sein de chaque pays sont les personnes malades, moins éduquées et plus âgées.

III. Conclusions

Il est bien connu que l'augmentation du niveau de la LS dans la population peut être une stratégie efficace pour améliorer l'utilisation correcte des services de santé, améliorer l'efficacité des traitements et donc améliorer l'état de santé de la population et les résultats.

Le but de cette analyse documentaire systématique était de fournir une mesure globale de la littératie en santé dans les pays européens et un aperçu initial des groupes plus critiques afin d'identifier des domaines d'intervention prometteurs.

Dans les 20 articles qui évaluent la littératie en santé générale, une grande variété de questionnaires ont été utilisés pour la mesurer. En effet, l'outil le plus utilisé est l'outil HLS-EU dans toutes ses versions disponibles ; en particulier, quatre études, y compris l'enquête européenne, ont adopté le questionnaire le plus long HLS-EU-Q87 [15,24,29,39], quatre études ont eu recours à la version HLS-EU-Q47 [17,18,22,27], deux études ont utilisé le plus court HLS-EU-Q16 [19,23] et une étude en a fait une version adaptée en 25 points (HLS-EU-Q25) [25]. En revanche, quatre études ont évalué la littératie en santé grâce à une mesure subjective, les SBSQ, généralement composés de trois énoncés, mais une seule étude a utilisé toutes les questions [26] ; les trois autres portaient chacune sur une question [28,33,34]. Enfin, trois études ont adopté le test TOFHLA [17,20,35], deux études le NVS [26,31], une étude, une version adaptée de HLQ [21], une étude le REALM [26] et une étude, le FCCHL [26].

Seules deux études ont simultanément eu recours à plus d'un test [17,26].

La plupart des études portaient sur l'ensemble de la population sans caractéristiques particulières [15,17,18,19,22,24,27,29,30,32,35], dont deux portaient sur les personnes plus âgées. [23,25]

Les autres se sont intéressées à des groupes de patients spécifiques atteints de maladies pertinentes (par exemple, maladies cardiovasculaires, diabète sucré de type 2, cancer colorectal) [20,21,26,28,33,34]. Seules deux études portaient sur plus d'un groupe de personnes dans la même enquête [26,31].

La plus grande enquête [15] s'est intéressée à huit pays européens et sa méthodologie a été reproduite par la suite dans trois autres pays [24,29,30] afin d'étendre la comparabilité de ces résultats.

Toutefois, compte tenu de l'hétérogénéité des méthodes utilisées pour évaluer la LS dans tous les pays et dans les pays où plusieurs études ont été menées, des différences dans la population ciblée ou des différences dans les échelles de LS, il est difficile de fournir une comparaison détaillée des pays européens.

Certes, il y a des pays, comme les Pays-Bas et l'Irlande, où la proportion de personnes ayant un niveau de LS « limité » (insuffisant ou problématique) est considérablement plus bas que dans d'autres États européens. Le Danemark, la Belgique et le Royaume-Uni enregistrent également des scores « adéquats » en LS. La Suisse a notamment enregistré un niveau élevé de LS pour plus de la moitié des patients des deux études.

En revanche, l'Italie, l'Autriche, le Portugal et la Bulgarie ont les pourcentages les plus élevés de LS « limitée ».

Le Kosovo est également un pays qui enregistre un faible niveau de LS.

L'Espagne est un cas particulier ; elle a une faible proportion de personnes ayant une LS « insuffisante » mais plus de 50 % des personnes ont une LS « problématique ».

La Pologne, l'Allemagne et la Grèce ont enregistré un score similaire de LS « limitée », légèrement inférieur aux 50%, dans l'enquête européenne : seule la Pologne a maintenu ces résultats dans une étude ultérieure, tandis que les deux autres ont enregistré une détérioration de 5-10 % dans la catégorie de littératie en santé limitée.

En général, la répartition de la littératie en santé varie considérablement d'un pays à l'autre, seuls quelques États disposent d'un niveau de LS « adéquat ». Une conclusion similaire a également été tirée dans le cadre de l'enquête sur la littératie en e-Santé, où des variations importantes sont apparues entre les États membres et où il n'y a que très peu de pays en tête de liste. Néanmoins, un schéma commun de vulnérabilité des personnes malades, moins éduquées et plus âgées s'est dégagé dans tous les pays étudiés.

Par conséquent, il est absolument nécessaire que les planificateurs et décideurs politiques en matière de santé au niveau européen et national s'attaquent à ces déficits et inégalités. Le soutien de stratégies d'intervention adéquates et ciblées en matière de santé publique et de promotion de la santé est fondamental pour renforcer les connaissances personnelles des citoyens et des patients, leur motivation et les compétences qui leur permettent de prendre des décisions de santé bien informées.

IV. Conflit d'intérêts et financement

Les auteurs déclarent que la recherche a été effectuée en l'absence de toute relation commerciale ou financière qui pourrait être interprétée comme un conflit d'intérêts potentiel.

Cette recherche a été financée par l'ACDC Adult Cognitive Decline Consciousness (Erasmus + numéro de projet : 2017-1-IT02-KA204-036825).

V. Références

- [1] Kickbusch, Ilona, and Daniela Maag. "Health literacy." (2008): 204-211.
- [2] World Health Organization. "Health literacy: the solid facts. 2013." WHO Regional Office for Europe: Copenhagen (2014).
- [3] Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12(1), 80.
- [4] Altin, S. V., Finke, I., Kautz-Freimuth, S., & Stock, S. (2014). The evolution of health literacy assessment tools: a systematic review. *BMC public health*, 14(1), 1207.
- [5] N. D. Berkman et al., «Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review», *Evid. ReportTechnology Assess.*, n. 199, pagg. 1–941, mar. 2011

- [6] Hls-Eu Consortium. (2012). Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European health literacy survey HLS-EU.
- [7] Osborne, R. H., Batterham, R. W., Elsworth, G. R., Hawkins, M., & Buchbinder, R. (2013). The grounded psychometric development and initial validation of the Health literacy Questionnaire (HLQ). *BMC public health*, 13(1), 658.
- [8] Weiss, B. D., Mays, M. Z., Martz, W., Castro, K. M., DeWalt, D. A., Pignone, M. P., ... & Hale, F. A. (2005). Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *The Annals of Family Medicine*, 3(6), 514-522.
- [9] Assessing Health Literacy in Clinical Practice. Available at: https://www.medscape.org/viewarticle/566053_5
- [10] Chan, Alex. "Health literacy screening instruments in adults with cardiovascular disease and their importance to the nursing profession." *Australian Journal of Advanced Nursing*, The 32.2 (2014): 14.
- [11] Ishikawa, H., Takeuchi, T., & Yano, E. (2008). Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes care*, 31(5), 874-879.
- [12] Lee, S. Y. D., Bender, D. E., Ruiz, R. E., & Cho, Y. I. (2006). Development of an easy-to-use Spanish health literacy test. *Health services research*, 41(4p1), 1392-1412.
- [13] Apolinario, D., Braga, R. D. C. O. P., Magaldi, R. M., Busse, A. L., Campora, F., Brucki, S., & Lee, S. Y. D. (2012). Short assessment of health literacy for Portuguese-speaking adults. *Revista de Saúde Pública*, 46(4), 702-711.
- [14] Chew, L. D., Griffin, J. M., Partin, M. R., Noorbaloochi, S., Grill, J. P., Snyder, A., ... & VanRyn, M. (2008). Validation of screening questions for limited health literacy in a large VA outpatient population. *Journal of general internal medicine*, 23(5), 561-566.
- [15] Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., ... & Falcon, M. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European journal of public health*, 25(6), 1053-1058.
- [16] Vicente, M. R., & Madden, G. (2017). Assessing eHealth skills across Europeans. *Health policy and technology*, 6(2), 161-168.
- [17] Toçi, E., Burazeri, G., Sørensen, K., Kamberi, H., & Brand, H. (2014). Concurrent validation of two key health literacy instruments in a South Eastern European population. *The European Journal of Public Health*, 25(3), 482-486.
- [18] Toçi, E., Burazeri, G., Myftiu, S., Sørensen, K., & Brand, H. (2015). Health literacy in a population-based sample of adult men and women in a South Eastern European country. *Journal of Public Health*, 38(1), 6-13.
- [19] Vandenbosch, J., Van den Broucke, S., Vancorenland, S., Avalosse, H., Verniest, R., & Callens, M. (2016). Health literacy and the use of healthcare services in Belgium. *J Epidemiol Community Health*, jech-2015.
- [20] Hæsum, E., Korsbakke, L., Ehlers, L., & Hejlesen, O. K. (2015). Validation of the Test of Functional Health Literacy in Adults in a Danish population. *Scandinavian journal of caring sciences*, 29(3), 573-581.
- [21] Aaby, A., Friis, K., Christensen, B., Rowlands, G., & Maindal, H. T. (2017). Health literacy is associated with health behaviour and self-reported health: A large population-based study in individuals with cardiovascular disease. *European journal of preventive cardiology*, 24(17), 1880-1888.

- [22] Schaeffer, D., Berens, E. M., & Vogt, D. (2017). Health literacy in the German population: results of a representative survey. *Deutsches Ärzteblatt International*, 114(4), 53.
- [23] Efthymiou, A., Middleton, N., Charalambous, A., & Papastavrou, E. (2017). The Association of Health Literacy and Electronic Health Literacy With Self-Efficacy, Coping, and Caregiving Perceptions Among Carers of People With Dementia: Research Protocol for a Descriptive Correlational Study. *JMIR research protocols*, 6(11).
- [24] Palumbo, R., Annarumma, C., Adinolfi, P., Musella, M., & Piscopo, G. (2016). The Italian health literacy project: insights from the assessment of health literacy skills in Italy. *Health policy*, 120(9), 1087-1094.
- [25] Toci, E., Burazeri, G., Jerliu, N., Sørensen, K., Ramadani, N., Hysa, B., & Brand, H. (2014). Health literacy, self-perceived health and self-reported chronic morbidity among older people in Kosovo. *Health promotion international*, 30(3), 667-674.
- [26] Fransen, M. P., Van Schaik, T. M., Twickler, T. B., & Essink-Bot, M. L. (2011). Applicability of internationally available health literacy measures in the Netherlands. *Journal of Health Communication*, 16(sup3), 134-149.
- [27] van der Heide, I., Rademakers, J., Schipper, M., Droomers, M., Sørensen, K., & Uiters, E. (2013). Health literacy of Dutch adults: a cross sectional survey. *BMC public health*, 13(1), 179.
- [28] Husson, O., Mols, F., Fransen, M. P., Poll-Franse, L. V., & Ezendam, N. P. M. (2015). Low subjective health literacy is associated with adverse health behaviors and worse health-related quality of life among colorectal cancer survivors: results from the profiles registry. *Psycho-Oncology*, 24(4), 478-486.
- [29] Słońska, Z. A., Borowiec, A. A., & Aranowska, A. E. (2015). Health literacy and health among the elderly: status and challenges in the context of the Polish population aging process. *AnthropologicAI review*, 78(3), 297-307.
- [30] Espanha, R., & Ávila, P. (2016). Health Literacy Survey Portugal: A Contribution for the Knowledge on Health and Communications. *Procedia Computer Science*, 100, 1033-1041.
- [31] Paiva, D., Silva, S., Severo, M., Moura-Ferreira, P., & Lunet, N. (2017). Limited health literacy in Portugal assessed with the Newest Vital Sign.
- [32] Pires, C., Rosa, P., Vigário, M., & Cavaco, A. (2018). Short Assessment of Health Literacy (SAHL) in Portugal: development and validation of a self-administered tool. *Primary health care research & development*, 1-18.
- [33] Franzen, J., Mantwill, S., Rapold, R., & Schulz, P. J. (2013). The relationship between functional health literacy and the use of the health system by diabetics in Switzerland. *The European Journal of Public Health*, 24(6), 997-1003.
- [34] Zuercher, E., Diatta, I. D., Burnand, B., & Peytremann-Bridevaux, I. (2017). Health literacy and quality of care of patients with diabetes: A cross-sectional analysis. *Primary care diabetes*, 11(3), 233-240.
- [35] von Wagner, C., Knight, K., Steptoe, A., & Wardle, J. (2007). Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(12), 1086-1090.
- [36] C. D. Norman e H. A. Skinner, «eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World», *J. Med. Internet Res.*, vol. 8, n. 2, giu. 2006.
- [37] C. D. Norman e H. A. Skinner, «eHEALS: The eHealth Literacy Scale», *J. Med. Internet Res.*, vol. 8, n. 4, nov. 2006.

VI. Annexes

Schéma 1. Diagramme PRISMA

Recherche, sélection et analyse DIAGRAMME des articles inclus dans l'analyse systématique.

chaîne de recherche: [(health literacy*) OR (health* AND literacy*) AND europ*]

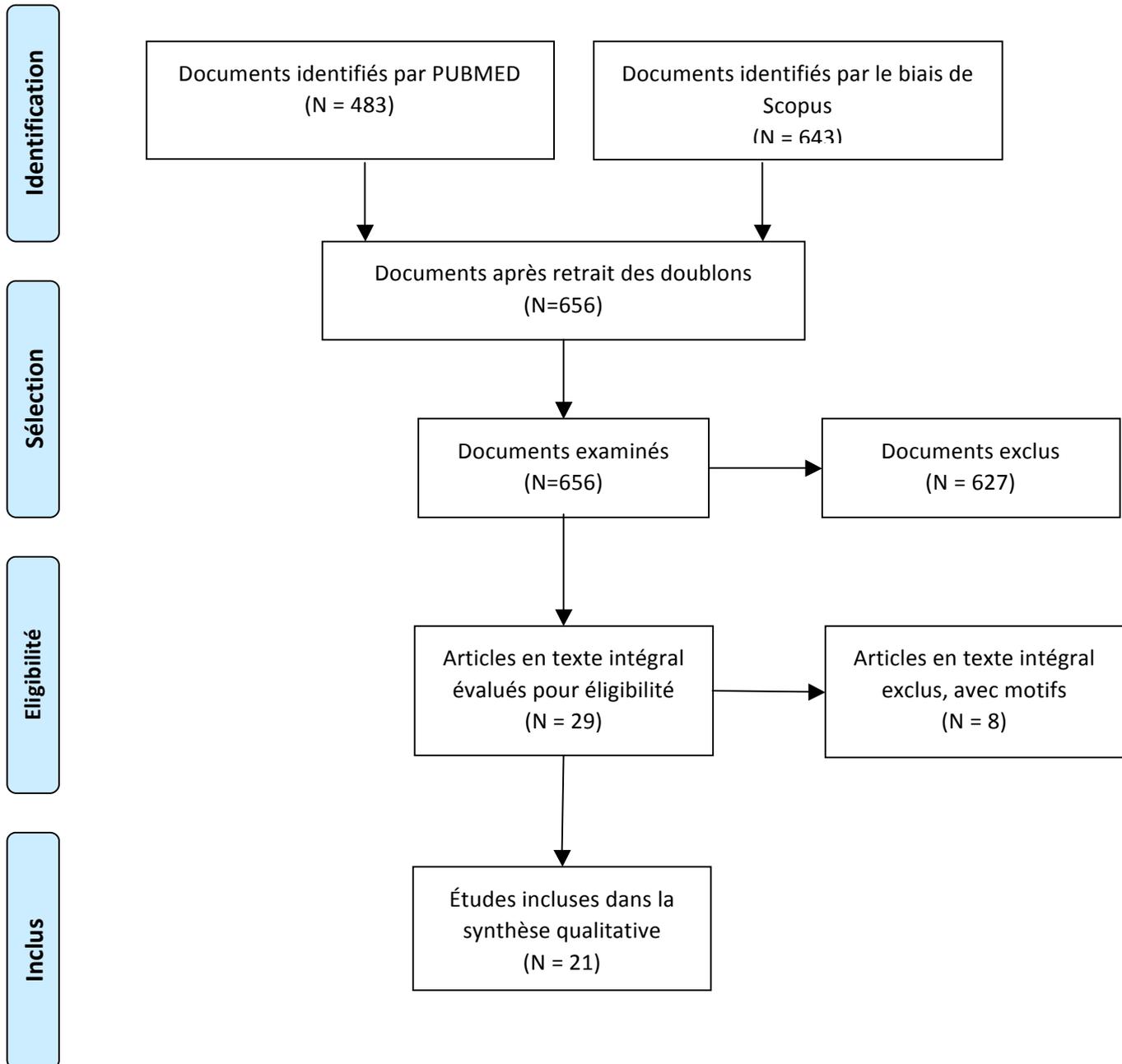


Tableau 1. Caractéristiques des études incluses

Premier auteur, année de publication	Pays	Contexte et N	Méthodes	Résultats					
					Insuffisant	Problématique	Suffisant	Excellent	Moyenne
Sorensen K, 2015 [15]	Autriche Bulgarie Allemagne Grèce Irlande Pays-Bas Pologne Espagne	Population générale (N = 8000)	HLS-EU-Q86 Score : 0 – 25 : insuffisant 25 – 33 : problématique 33 – 42 : suffisant 42-50 : excellent						
				Autriche	18,2%	38,2%	33,7%	9,9 %	31,95%
				Bulgarie	26,9%	35,2%	26,6%	11,3%	30,50
				Allemagne	11,0%	35,3%	34,1%	19,6%	34,49
				Grèce	13,9%	30,9%	39,6%	15,6%	33,57
				Irlande	10,3%	29,7%	38,7%	21,3%	35,16
				Pays-Bas	1,8 %	26,9%	46,3%	25,1%	37,06
				Pologne	10,2%	34,4%	35,9%	19,5%	34,45
				Espagne	7,5%	50,8%	32,6%	9,1%	32,88
Ervin T, 2014 [17]	Albanie	Population générale âgée de >18 ans (N=239)	HLS-EU-Q47 Score : 0 – 25 : insuffisant 25 – 33 : problématique 33 – 42 : suffisant 42-50 : excellent TOFHLA Score : 0 – 59 : insuffisant 60-74 : marginal 75-100: adéquat	HLS-EU-Q47 Valeur moyenne : 32,8					
				TOFHLA Valeur moyenne : 76,32					
Toci E, 2015 [18]	Albanie	Population générale (N = 1154)	HLS-EU-Q47 Score 0 – 25 : insuffisant 25 – 33 : problématique 33 – 42 : suffisant 42-50 : excellent	Moyenne = 34,4 Le niveau de LS était significativement plus élevé parmi les participants plus jeunes, hautement éduqués et mieux nantis.					

Vandenbosch J, 2015 [19]	Belgique	Population générale (N = 9617)	HLS-EU-Q16 <u>Score:</u> 0-8 insuffisant 9-12: limité > 13: suffisant	LS insuffisante : 11,5 % (N = 1111) LS limitée : 29,6 % (N = 2847) LS suffisante : 58,5% (N = 5629)
Korsbakke Emtækær Hæsum L, 2014 [20]	Danemark	Patients souffrant de maladie pulmonaire obstructive chronique (N = 42)	TOFHLA <u>Score:</u> 0 – 59 : insuffisant 60-74 : marginal 75-100: adéquat	LS insuffisante : 26,2 % (N = 11) LS marginale : 19,0 % (N = 8) LS adéquate : 54,8% (N = 23)
Aaby A, 2017 [21]	Danemark	Patients souffrant de maladies cardiovasculaires (N = 3116)	HLQ-2 dimensions <u>Score:</u> <2: LS insuffisante : >2: LS adéquate :	Comprendre suffisamment les informations sur la santé pour savoir quoi faire: moyenne 2,92 Capacité à s'engager activement avec les prestataires de soins de santé : moyenne 2,97
Schaeffer D, 2017 [22]	Allemagne	Population générale (N = 2000)	HLS-EU-Q47 <u>Score</u> 0 – 25 : insuffisant 25 – 33 : problématique 33 – 42 : suffisant 42-50 : excellent	LS limitée: 54,3 % (N = 1086) Insuffisant 9,7 % (N = 194) Problématique: 44,6 % (N = 892) LS non limitée : 45,7 % (N = 914) Suffisant: 38,4 % (N = 768) Excellent: 7,3 % (N = 146)
Efthymiou A, 2017 [23]	Grèce	Personnes plus âgées de la population générale (N = 107)	HLS-EU-Q16 <u>Score:</u> 0-8 insuffisant 9-12: limité > 13: suffisant	LS suffisante : 45,8 % (N = 49) LS problématique : 45,8 % (N = 49) LS insuffisante : 8,4 % (N=9)
Palumbo R, 2015 [24]	Italie	Population générale (N = 1000)	HLS-EU-Q86 <u>Score:</u> 0 – 25 : insuffisant 25 – 33 : problématique 33 – 42 : suffisant 42-50 : excellent	LS insuffisante : 17,3% (N=173) LS problématique : 37,3% (N=373) LS suffisante : 39,5 % (N=395) LS excellente : 5,9 % (N=59) LS moyenne: 31,6

Toci E, 2014 [25]	Kosovo	Population générale âgée de >65 ans (N=1730)	HLS-EU-Q25 25: score minimum 125: score maximum	LS moyenne: 76,5 La valeur moyenne de LS était significativement plus basse chez les participants ayant un état de santé autoévalué moins bon et en la présence de conditions chroniques.																																																												
Fransen MP, 2011 [26]	Pays-Pas	Patients (N=289) : -avec maladie coronarienne (N=201) -avec diabète sucré de type 2 (N = 88)	<p>REALM-D Score: 0-18: < 3^{ème} année de l'enseignement 19-44: 4-6^{ème} année 45-60 : 7-8^{ème} année 61-66: enseignement secondaire</p> <p>NVS-D Score: 0-1 : forte probabilité de LS limitée 2-3 : possibilité de LS limitée 4-6: LS adéquate</p> <p>SBSQ-D Score: <2: LS insuffisante : >2: LS adéquate :</p> <p>FCCHL-D Score: <3: LS insuffisante : >3: LS adéquate :</p>	<table border="1" data-bbox="1182 472 2040 676"> <thead> <tr> <th>REALM-D</th> <th>TOT</th> <th>CAD</th> <th>T2DM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><3^{ème} année</td> <td>0 % (N=0)</td> <td>0 % (N=0)</td> <td>2 % (N=1)</td> </tr> <tr> <td>4-6^{ème} année</td> <td>2 % (N=5)</td> <td>1 % (N=2)</td> <td>3 % (N=3)</td> </tr> <tr> <td>7-8^{ème} année</td> <td>17 % (N = 50)</td> <td>17 % (N = 33)</td> <td>18 % (N = 17)</td> </tr> <tr> <td>Enseignement secondaire</td> <td>81 % (N = 228)</td> <td>82 % (N = 164)</td> <td>77 % (N = 64)</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="1182 740 2040 938"> <thead> <tr> <th>NVS-D</th> <th>TOT</th> <th>CAD</th> <th>T2DM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Forte probabilité de LS limitée</td> <td>56 % (N = 159)</td> <td>52 % (N = 103)</td> <td>68 % (N = 57)</td> </tr> <tr> <td>Possibilité de LS limitée</td> <td>23 % (N = 65)</td> <td>24 % (N = 48)</td> <td>20 % (N = 17)</td> </tr> <tr> <td>LS adéquate</td> <td>21 % (N = 58)</td> <td>24 % (N = 48)</td> <td>12 % (N = 10)</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="1182 1002 2040 1107"> <thead> <tr> <th>SBSQ-D</th> <th>TOT</th> <th>CAD</th> <th>T2DM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>LS insuffisante :</td> <td>5 % (N = 11)</td> <td>5 % (N = 11)</td> <td>Non évalué</td> </tr> <tr> <td>LS adéquate</td> <td>95 % (N=190)</td> <td>95 % (N=190)</td> <td>Non évalué</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="1182 1171 2040 1276"> <thead> <tr> <th>FCCHL-D</th> <th>TOT</th> <th>CAD</th> <th>T2DM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>LS insuffisante :</td> <td>73% (N=146)</td> <td>73% (N=146)</td> <td>Non évalué</td> </tr> <tr> <td>LS adéquate</td> <td>27% (N=55)</td> <td>27% (N=55)</td> <td>Non évalué</td> </tr> </tbody> </table>	REALM-D	TOT	CAD	T2DM	<3 ^{ème} année	0 % (N=0)	0 % (N=0)	2 % (N=1)	4-6 ^{ème} année	2 % (N=5)	1 % (N=2)	3 % (N=3)	7-8 ^{ème} année	17 % (N = 50)	17 % (N = 33)	18 % (N = 17)	Enseignement secondaire	81 % (N = 228)	82 % (N = 164)	77 % (N = 64)	NVS-D	TOT	CAD	T2DM	Forte probabilité de LS limitée	56 % (N = 159)	52 % (N = 103)	68 % (N = 57)	Possibilité de LS limitée	23 % (N = 65)	24 % (N = 48)	20 % (N = 17)	LS adéquate	21 % (N = 58)	24 % (N = 48)	12 % (N = 10)	SBSQ-D	TOT	CAD	T2DM	LS insuffisante :	5 % (N = 11)	5 % (N = 11)	Non évalué	LS adéquate	95 % (N=190)	95 % (N=190)	Non évalué	FCCHL-D	TOT	CAD	T2DM	LS insuffisante :	73% (N=146)	73% (N=146)	Non évalué	LS adéquate	27% (N=55)	27% (N=55)	Non évalué
REALM-D	TOT	CAD	T2DM																																																													
<3 ^{ème} année	0 % (N=0)	0 % (N=0)	2 % (N=1)																																																													
4-6 ^{ème} année	2 % (N=5)	1 % (N=2)	3 % (N=3)																																																													
7-8 ^{ème} année	17 % (N = 50)	17 % (N = 33)	18 % (N = 17)																																																													
Enseignement secondaire	81 % (N = 228)	82 % (N = 164)	77 % (N = 64)																																																													
NVS-D	TOT	CAD	T2DM																																																													
Forte probabilité de LS limitée	56 % (N = 159)	52 % (N = 103)	68 % (N = 57)																																																													
Possibilité de LS limitée	23 % (N = 65)	24 % (N = 48)	20 % (N = 17)																																																													
LS adéquate	21 % (N = 58)	24 % (N = 48)	12 % (N = 10)																																																													
SBSQ-D	TOT	CAD	T2DM																																																													
LS insuffisante :	5 % (N = 11)	5 % (N = 11)	Non évalué																																																													
LS adéquate	95 % (N=190)	95 % (N=190)	Non évalué																																																													
FCCHL-D	TOT	CAD	T2DM																																																													
LS insuffisante :	73% (N=146)	73% (N=146)	Non évalué																																																													
LS adéquate	27% (N=55)	27% (N=55)	Non évalué																																																													
van der Heide I, 2013 [27]	Pays-Pas	Population générale âgée de >15 ans (N=925)	HLS-EU-Q47 Score 0 – 25 : insuffisant 25 – 33 : problématique	En ce qui concerne les quatre compétences d'accès, de compréhension, d'évaluation et d'application des informations sur la santé, les scores moyens ont été considérés comme "suffisants", à l'exception de l'application qui a enregistré un score problématique.																																																												

			33 – 42 : suffisant 42-50 : excellent	Accès: moyenne 35,2 Compréhension: moyenne 36,8 Evaluation : moyenne 36,7 Application : moyenne 28,9																				
Husson O, 2015 [28]	Pays-Pas	Patients atteints de cancer colorectal (N=1643)	1 élément de l'SBSQ	Faible LS : 14% (N=224) LS moyenne: 45% (N=725) LS élevée: 42% (N=677)																				
Slonska ZA, 2015 [29]	Pologne	Population générale âgée de >15 ans (N=1000)	HLS-EU-Q86 Score: 0 – 25 : insuffisant 25 – 33 : problématique 33 – 42 : suffisant 42-50 : excellent	LS limitée: 44,6% LS suffisante : 35,9% LS excellente : 19,5%																				
Espanha R, 2016 [30]	Portugal	Population générale (N = 2104)	HLS-EU-Q86 Score: 0 – 25 : insuffisant 25 – 33 : problématique 33 – 42 : suffisant 42-50 : excellent	LS limitée: 49% Insuffisant:11% Problématique: 38% LS non limitée : 51% Suffisant: 41,4% Excellent: 8,6%																				
Paiva D, 2017 [31]	Portugal	Participants: N = 249 Médecins (N=53) Chercheurs en santé (N=45) Autres chercheurs (N=50) Population générale (N=101)	NVS-PT Score: 0-1 : forte probabilité de LS limitée 2-3 : possibilité de LS limitée 4-6: LS adéquate	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Médecins</th> <th>Chercheurs en santé</th> <th>Autres chercheurs</th> <th>Population générale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Forte probabilité de LS limitée</td> <td>0% (N=0)</td> <td>0% (N=0)</td> <td>0% (N=0)</td> <td>57,4%(N=58)</td> </tr> <tr> <td>Possibilité de LS limitée</td> <td>0% (N=0)</td> <td>11,1% (N=5)</td> <td>8% (N=4)</td> <td>23,8% (N=24)</td> </tr> <tr> <td>LS adéquate</td> <td>100% (N=53)</td> <td>88,9% (N=40)</td> <td>92% (N=46)</td> <td>18,8% (N=19)</td> </tr> </tbody> </table>		Médecins	Chercheurs en santé	Autres chercheurs	Population générale	Forte probabilité de LS limitée	0% (N=0)	0% (N=0)	0% (N=0)	57,4%(N=58)	Possibilité de LS limitée	0% (N=0)	11,1% (N=5)	8% (N=4)	23,8% (N=24)	LS adéquate	100% (N=53)	88,9% (N=40)	92% (N=46)	18,8% (N=19)
	Médecins	Chercheurs en santé	Autres chercheurs	Population générale																				
Forte probabilité de LS limitée	0% (N=0)	0% (N=0)	0% (N=0)	57,4%(N=58)																				
Possibilité de LS limitée	0% (N=0)	11,1% (N=5)	8% (N=4)	23,8% (N=24)																				
LS adéquate	100% (N=53)	88,9% (N=40)	92% (N=46)	18,8% (N=19)																				
Pires C, 2018 [32]	Portugal	Population générale (N=484)	SAHLPA-23 Score: 0–19 : LS insuffisante 20-23 : LS adéquate	LS insuffisante : 52,8% (N=256) LS adéquate : 47,2% (N=228)																				

Franzen J, 2013 [33]	Suisse	Patients âgés de 35 à 70 ans atteints de diabète de type 2 (N=493)	1 élément de l'SBSQ	LS faible : 7,3% (N=36) LS moyenne: 42,0% (N=207) LS élevée: 50,7% (N=250)
Zuercher E, 2017 [34]	Suisse	Patients non institutionnalisés atteints de diabète (N=381)	1 élément de l'SBSQ	LS faible : 6,8% (N=26) LS moyenne: 40,7% (N=155) LS élevée: 52,5% (N=200)
von Wagner C, 2007 [35]	Royaume-Uni	Population générale (N=719)	TOFHLA Score: 0 – 59 : insuffisant 60-74 : marginal 75-100: adéquat	LS insuffisante : 5,7% (N = 41) LS marginale : 5,7% (N=41) LS adéquate : 88,6% (N=637)



Tableau 2. Auto-évaluation des individus en matière de compétences en e-Santé

Premier auteur, année de publication	Pays	Contexte et N	Méthodes	Résultats																																																																																																				
Vincente MR, 2017 [16]	Autriche Belgique Bulgarie Chypre République tchèque Allemagne Danemark Estonie Espagne Finlande France Royaume-Uni Grèce Croatie Hongrie Irlande Italie Lituanie Luxembourg Lettonie Malte Pays-Bas Pologne Portugal Roumanie Suède Slovénie Slovaquie	Population générale âgée de >14 ans (N=26566)	Score: Catégorie 1 : Totalemment en désaccord Plutôt pas d'accord Catégorie 2 : Plutôt d'accord Catégorie 3 : Totalemment d'accord	Q: Savez-vous comment rechercher sur Internet des informations relatives à la santé ? <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Catégorie 1</th> <th>Catégorie 2</th> <th>Catégorie 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Autriche</td><td>7%</td><td>36%</td><td>57%</td></tr> <tr><td>Belgique</td><td>6%</td><td>44%</td><td>51%</td></tr> <tr><td>Bulgarie</td><td>4%</td><td>33%</td><td>64%</td></tr> <tr><td>Chypre</td><td>5%</td><td>23%</td><td>72%</td></tr> <tr><td>République tchèque</td><td>7%</td><td>45%</td><td>48%</td></tr> <tr><td>Allemagne</td><td>9%</td><td>40%</td><td>51%</td></tr> <tr><td>Danemark</td><td>5%</td><td>33%</td><td>62%</td></tr> <tr><td>Estonie</td><td>4%</td><td>42%</td><td>55%</td></tr> <tr><td>Espagne</td><td>6%</td><td>44%</td><td>49%</td></tr> <tr><td>Finlande</td><td>8%</td><td>51%</td><td>41%</td></tr> <tr><td>France</td><td>7%</td><td>46%</td><td>47%</td></tr> <tr><td>Royaume-Uni</td><td>3%</td><td>37%</td><td>60%</td></tr> <tr><td>Grèce</td><td>8%</td><td>43%</td><td>49%</td></tr> <tr><td>Croatie</td><td>5%</td><td>48%</td><td>47%</td></tr> <tr><td>Hongrie</td><td>8%</td><td>38%</td><td>54%</td></tr> <tr><td>Irlande</td><td>6%</td><td>40%</td><td>54%</td></tr> <tr><td>Italie</td><td>6%</td><td>64%</td><td>30%</td></tr> <tr><td>Lituanie</td><td>5%</td><td>34%</td><td>61%</td></tr> <tr><td>Luxembourg</td><td>8%</td><td>49%</td><td>43%</td></tr> <tr><td>Lettonie</td><td>11%</td><td>52%</td><td>37%</td></tr> <tr><td>Malte</td><td>10%</td><td>31%</td><td>59%</td></tr> <tr><td>Pays-Bas</td><td>6%</td><td>40%</td><td>54%</td></tr> <tr><td>Pologne</td><td>5%</td><td>55%</td><td>39%</td></tr> <tr><td>Portugal</td><td>6%</td><td>34%</td><td>60%</td></tr> </tbody> </table>		Catégorie 1	Catégorie 2	Catégorie 3	Autriche	7%	36%	57%	Belgique	6%	44%	51%	Bulgarie	4%	33%	64%	Chypre	5%	23%	72%	République tchèque	7%	45%	48%	Allemagne	9%	40%	51%	Danemark	5%	33%	62%	Estonie	4%	42%	55%	Espagne	6%	44%	49%	Finlande	8%	51%	41%	France	7%	46%	47%	Royaume-Uni	3%	37%	60%	Grèce	8%	43%	49%	Croatie	5%	48%	47%	Hongrie	8%	38%	54%	Irlande	6%	40%	54%	Italie	6%	64%	30%	Lituanie	5%	34%	61%	Luxembourg	8%	49%	43%	Lettonie	11%	52%	37%	Malte	10%	31%	59%	Pays-Bas	6%	40%	54%	Pologne	5%	55%	39%	Portugal	6%	34%	60%
	Catégorie 1	Catégorie 2	Catégorie 3																																																																																																					
Autriche	7%	36%	57%																																																																																																					
Belgique	6%	44%	51%																																																																																																					
Bulgarie	4%	33%	64%																																																																																																					
Chypre	5%	23%	72%																																																																																																					
République tchèque	7%	45%	48%																																																																																																					
Allemagne	9%	40%	51%																																																																																																					
Danemark	5%	33%	62%																																																																																																					
Estonie	4%	42%	55%																																																																																																					
Espagne	6%	44%	49%																																																																																																					
Finlande	8%	51%	41%																																																																																																					
France	7%	46%	47%																																																																																																					
Royaume-Uni	3%	37%	60%																																																																																																					
Grèce	8%	43%	49%																																																																																																					
Croatie	5%	48%	47%																																																																																																					
Hongrie	8%	38%	54%																																																																																																					
Irlande	6%	40%	54%																																																																																																					
Italie	6%	64%	30%																																																																																																					
Lituanie	5%	34%	61%																																																																																																					
Luxembourg	8%	49%	43%																																																																																																					
Lettonie	11%	52%	37%																																																																																																					
Malte	10%	31%	59%																																																																																																					
Pays-Bas	6%	40%	54%																																																																																																					
Pologne	5%	55%	39%																																																																																																					
Portugal	6%	34%	60%																																																																																																					

