

6

Des compétences en matière de santé au service de la capacité d'action : savoir trouver les bonnes informations pour prendre des décisions éclairées

Le présent chapitre porte sur les compétences en matière de santé, indispensables pour s'orienter dans un paysage de l'information de santé de plus en plus complexe. Elles sont un déterminant important de la somme de connaissances et d'informations que nous sommes capables d'assimiler, mais aussi de l'usage que nous en faisons pour être et rester en bonne santé. On trouvera ici un état des lieux des compétences en santé de la population de 15 pays de l'OCDE et de leur utilité pour les résultats en matière de santé. Ce chapitre présente également les initiatives prises par les pays pour promouvoir ces compétences, mais aussi pour améliorer la qualité de la communication et des informations dans le secteur de la santé afin que celui-ci puisse répondre de manière satisfaisante aux besoins de chacun, du plus au moins averti.

Principaux messages

Les compétences en santé englobent les connaissances, la motivation et les capacités nécessaires pour obtenir, comprendre, évaluer et utiliser les informations de santé afin de prendre des décisions éclairées en matière de soins, de prévention des maladies et d'amélioration du bien-être général tout au long de la vie. Elles ont de profondes répercussions sur la capacité des individus à gérer leur santé, à utiliser les services de prévention et à prendre une part active aux décisions concernant leur santé et leur bien-être. À l'échelle de la société, elles retentissent sur le recours aux services de santé, sur les programmes de prévention et de promotion de la santé, sur l'équité et la justice sociale, mais aussi sur la productivité. Ce chapitre dresse l'état des lieux des compétences autodéclarées dans 15 pays de l'OCDE ayant participé à l'Enquête européenne sur la littératie en santé des populations 2019-2021 (HLS19), évalue les disparités et établit des corrélations entre compétences et résultats en matière de santé.

Il examine également les politiques et initiatives mises en œuvre par l'Allemagne, l'Autriche, l'Irlande et le Portugal au cours des dernières années dans le but de promouvoir les compétences en santé de leur population, mais aussi d'améliorer la capacité des systèmes de santé à fournir des informations et des services plus en phase avec les compétences des populations.

Les principales conclusions de ce chapitre sont les suivantes :

- En moyenne, dans les 15 pays participants, 44 % des répondants déclarent qu'il leur semble difficile, voire très difficile, d'évaluer les avantages et les inconvénients des différentes options thérapeutiques. Ils sont par ailleurs 42 % à déclarer qu'il leur semble difficile, voire très difficile, de décider comment se protéger de la maladie en s'appuyant sur les informations diffusées par les médias, et 38 % qu'il leur semble difficile, voire très difficile, de trouver des informations sur la manière de gérer les troubles psychiques. En revanche, 8 % seulement déclarent qu'il leur semble difficile, voire très difficile, de suivre les conseils de leur médecin ou de leur pharmacien.
- Les variations du niveau de compétences en fonction de caractéristiques socioéconomiques telles que le genre, l'âge ou le niveau de formation sont ténues. En revanche, le niveau de compétences en santé déclaré par les individus issus de milieux défavorisés est généralement inférieur à celui de la population plus aisée.
- Les personnes qui maîtrisent mieux les informations en matière de santé ont tendance à adopter un mode de vie plus sain, notamment à consommer davantage de fruits et légumes et à faire plus d'exercice physique. Elles déclarent en outre plus souvent être en bonne, voire en très bonne santé, et moins souvent souffrir d'au moins une maladie ou un problème de santé de longue durée ; avoir eu recours à des services de santé d'urgence dans les deux années précédant l'enquête ; et avoir fait appel à des médecins spécialistes ou chirurgiens. Par exemple, une différence de 10 points de pourcentage quant au nombre de tâches en rapport avec la santé jugées très faciles ou faciles par les individus est corrélée avec un écart d'environ 1.4 point de la probabilité de consommer des fruits et légumes, de 1.9 point de la probabilité de faire de l'exercice physique, de 2.4 points de la probabilité de déclarer être en bonne, voire en très bonne santé, et de 1.3 point de la probabilité de souffrir d'une maladie ou d'un problème de santé de longue durée.

6.1. Introduction

Les technologies de l'information, comme les applications de santé, les dispositifs portatifs et les plateformes de santé en ligne, offrent aux utilisateurs un accès sans précédent aux informations et outils dont ils ont besoin pour surveiller et gérer leur état de santé et leur bien-être. L'efficacité de telles ressources est toutefois soumise à la capacité des utilisateurs à comprendre, évaluer et exploiter les informations qui leur sont proposées. Toute personne qui ferait une mauvaise interprétation de données de santé ou s'appuierait sur des informations inexactes risque de faire un diagnostic erroné, de suivre un traitement inadapté ou de prendre de mauvaises décisions pour sa santé. Bien que les avancées de l'IA générative puissent contribuer à améliorer la détection précoce de maladies et les options thérapeutiques, elles risquent également d'amplifier les fausses informations en ligne et montrent ainsi l'importance pour les individus de savoir jeter un regard critique sur les informations de santé. À l'heure de la mésinformation rampante en ligne, ceux qui ne disposent pas de solides compétences en matière de santé sont davantage susceptibles d'être victimes d'affirmations mensongères ou trompeuses, risquant ainsi de mettre leur santé en danger et compromettant l'efficacité de pratiques médicales fondées sur des preuves.

De meilleures compétences donnent à chacun la capacité de prendre des décisions éclairées sur sa santé et d'utiliser les technologies à bon escient. Capables de comprendre le vocabulaire médical, de peser le pour et le contre des options thérapeutiques et de jeter un regard critique sur les informations de santé en ligne, ils peuvent optimiser leur utilisation des technologies pour aboutir à de meilleurs résultats de santé et un plus grand bien-être général. Alors que technologie et soins de santé deviennent indissociables, des compétences solides sont essentielles pour pouvoir évoluer à la confluence de la médecine et de l'innovation.

Les compétences en santé sont un facteur déterminant du volume des connaissances en santé que les individus peuvent acquérir, des comportements qu'ils adoptent, de leur état de santé ainsi que du coût de la promotion et de la préservation de leur santé (Mancuso, 2009^[1]). Ceux à qui ces compétences font défaut enregistrent généralement de moins bons résultats en matière de santé que les individus plus avertis dans ce domaine (Berkman et al., 2011^[2]). Le manque de compétences en santé est lourd de conséquences, pour l'individu, mais aussi pour la société, qu'il s'agisse des dépenses de soins (conséquence directe) ou du niveau inférieur de productivité et de contributions budgétaires (conséquences indirectes) (Mårtensson et Hensing, 2011^[3]). Les compétences en santé et leur promotion sont, par conséquent, devenues une priorité de l'action publique à l'échelon national et international.

Encore récemment, de nombreux pays n'étaient pas dotés de politiques officielles concernant le développement des compétences en santé de l'ensemble de la population ou commençaient à peine à élaborer des programmes (Heijmans et al., 2015^[4]). L'importance cruciale de ces compétences pour la santé publique est toutefois de plus en plus reconnue. Par exemple, le Plan d'action national pour améliorer les compétences en santé (*National Action to Improve Health Literacy*), publié par les États-Unis en 2010, « cherche à mobiliser organisations, professionnels, décideurs, populations, individus et familles dans un effort multisectoriel conjugué pour améliorer les compétences en santé » (Centers for Disease Control and Prevention, 2010^[5]), tandis que l'Australie a présenté sa Stratégie nationale de santé préventive 2021-2030 (*National Preventive Health Strategy 2021-2030*) en 2021 (Gouvernement de l'Australie - ministère de la Santé, 2021^[6]).

À l'échelon international, les compétences en santé sont progressivement prises en compte dans les cadres internationaux et les déclarations mondiales. Par exemple, la nécessité de les améliorer est exprimée dans le cadre Santé 2020 de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour l'Europe (OMS, 2013^[7]), dans la Déclaration de Shanghai (OMS, 2016^[8]) et dans la « feuille de route européenne de l'OMS pour la mise en œuvre d'initiatives en matière de littératie en santé à toutes les étapes de la vie » (Schaeffer et Gille, 2021^[9] ; OMS, 2019^[10]). Lors de la réunion des ministres de la Santé de l'OCDE en 2017, les ministres sont convenus que, afin de recentrer les systèmes de santé sur la personne « des efforts doivent être faits pour supprimer les obstacles à la culture sanitaire de la population » (OCDE,

2017^[11]). D'autre part, l'OMS a reconnu le rôle joué par les compétences en santé dans la réduction du fardeau des maladies non transmissibles et dans l'accélération des progrès vers les cibles des objectifs de développement durable concernant ces maladies. Elle a diffusé un grand nombre d'études de cas et d'interventions au service des compétences en santé pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles (OMS, 2022^[12]).

L'intérêt grandissant des décideurs pour les moyens de promouvoir et de cultiver les compétences en santé tient à la publication de plusieurs études révélant leur insuffisance dans bon nombre de pays (Schaeffer et al., 2021^[13]). Par exemple, certaines de ces études constatent que les compétences en santé d'environ la moitié des adultes aux États-Unis sont insuffisantes (Morrow et al., 2006^[14]). Une étude plus récente sur le sujet, menée aux États-Unis également, observe que « plus d'un tiers des adultes ne sont pas capables de prendre correctement un médicament prescrit en suivant les indications généralement données sur les étiquettes » (Parker et Ratzan, 2010^[15]). Les données de l'Enquête européenne sur la littératie en santé (HLS-EU), menée en 2011, révèlent qu'une personne sondée sur dix possède des compétences insuffisantes et que près d'une personne sur deux possède des compétences limitées dans les huit pays de l'UE considérés (Sørensen et al., 2015^[16]). En Australie, près de 60 % des adultes ont un faible niveau de compétences en santé (Nakayama et al., 2015^[17]). De manière plus générale, une étude de l'OCDE constate un faible niveau de compétences en santé d'au moins un tiers de la population dans 18 pays membres de l'Organisation, et de plus de la moitié de la population dans 12 de ces pays (Moreira, 2018^[18]). Le rapport de l'Enquête européenne sur la littératie en santé des populations 2019-2021 (HLS19) fait en outre observer des variations considérables de niveau de compétences générales en matière de santé¹ dans tous les pays, constat qui tend à indiquer que ces compétences relèvent d'un concept contextuel qu'il convient de mesurer individuellement pour chaque pays (The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL, 2021^[19]).

Or, à ce jour, aucune étude ne donne d'indicateurs permettant des comparaisons à grande échelle des compétences en santé entre tous les pays de l'OCDE. L'enquête HLS19 (Pelikan et al., 2022^[20]) est la première étude multinationale standardisée à utiliser des instruments normalisés d'un pays à l'autre et à établir un cadre permettant les comparaisons temporelles (The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL, 2021^[19]). Cela étant dit, compte tenu de la multiplicité des procédures d'échantillonnage et de collecte de données, la prudence est de mise dans les comparaisons entre pays. Celles-ci demeurent limitées et il n'existe pas encore d'« étalon-or » permettant de mesurer les compétences en santé (Moreira, 2018^[18]). En Australie, au Canada et aux États-Unis, par exemple, celles-ci sont évaluées en utilisant les variables indirectes provenant d'enquêtes sur les compétences générales, tandis que bon nombre de pays européens s'appuient sur l'enquête HLS-EU (Moreira, 2018^[18]).

6.2. Qu'entend-on par compétences en matière de santé ?

Avoir un niveau élevé de connaissances en matière de santé donnent aux individus la capacité de comprendre les instructions et les explications des prestataires de santé concernant ses troubles pathologiques et ses options thérapeutiques (Mancuso, 2009^[1] ; Mårtensson et Hensing, 2011^[3]), et elle possède les capacités nécessaires pour s'orienter dans des systèmes de santé complexes et les utiliser à bon escient (Griese et al., 2020^[21] ; 2022^[22] ; Parker et Ratzan, 2010^[15] ; Sørensen et al., 2015^[16]). Posséder des compétences dans ce domaine permet en outre aux individus de prendre des décisions concernant leurs options thérapeutiques, la prévention de maladies et les moyens d'entretenir ou d'améliorer leur santé tout au long de leur vie (Heijmans et al., 2015^[4]).

Parmi les diverses définitions formelles des compétences en santé, celle proposée par Sørensen et al. en 2012 est retenue dans le présent rapport. Sørensen et al. (2012^[23]) ont procédé à un examen systématique des publications et des définitions existantes pour établir les aspects fondamentaux des compétences en santé. Leur définition, à la fois inclusive et exhaustive, constitue en outre le socle du

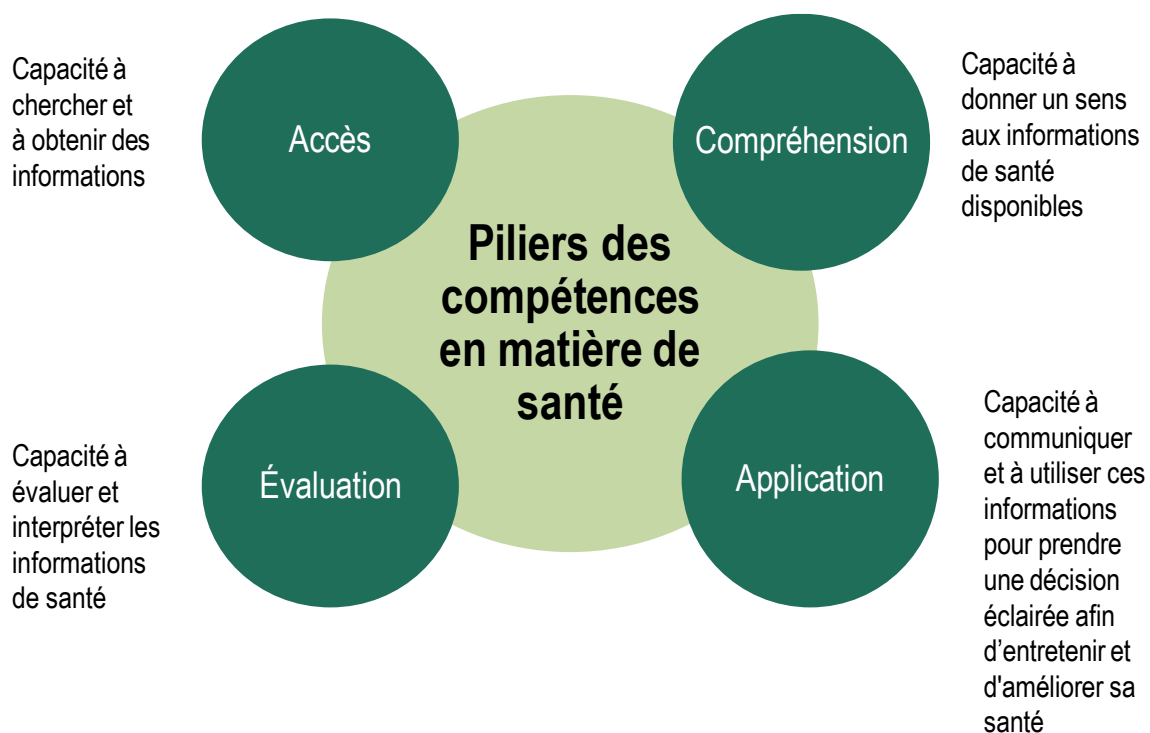
cadre utilisé pour guider la collecte de données sur les compétences en santé dans les pays de l'OCDE pour le projet HLS19 du Réseau M-POHL (*Measuring Population and Organizational Health Literacy*) de l'OMS (The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL, 2021^[19]).

Aussi, aux fins du présent rapport, on entend par compétences en matière de santé « **les connaissances, la motivation et les capacités** nécessaires pour **obtenir, comprendre, évaluer et appliquer** des informations dans le domaine de la santé afin de **porter des jugements et prendre des décisions** en matière de traitements, de prévention des maladies et de promotion de la santé dans la vie quotidienne, et ainsi préserver ou améliorer sa qualité de vie » (Sørensen et al., 2012^[23]).

Selon cette définition, les compétences en santé reposent sur quatre piliers en rapport avec les soins de santé, la prévention des maladies et la promotion de la santé. Le premier est l'**accès**, c'est-à-dire la capacité à rechercher et obtenir des informations de santé. Le deuxième est la **compréhension**, autrement dit la capacité à donner un sens aux informations de santé dont on dispose. Le troisième est l'**évaluation**, à savoir la capacité à percevoir la valeur des informations de santé et à les interpréter. Le quatrième, l'**application**, renvoie à la capacité de communication et d'utilisation de ces informations pour prendre une décision éclairée afin de préserver et d'améliorer sa santé (Sørensen et al., 2012^[23]) (Graphique 6.1).

Appréhendée comme un concept relationnel (Parker, 2009^[24] ; Parker et Ratzan, 2010^[15]), la notion de compétences en santé naît non seulement des aptitudes et qualités personnelles, mais aussi de la possibilité de disposer, de comprendre, d'obtenir et de mettre en pratique des informations, communications et propositions liées à la santé.

Graphique 6.1. Les piliers des compétences en matière de santé



6.3. Les compétences en matière de santé ont un rôle crucial

Les compétences en santé ont plusieurs conséquences pour les individus et la société. Au niveau individuel, elles retentissent profondément sur la capacité d'une personne à s'impliquer dans la gestion de ses problèmes de santé, dans les soins préventifs, la promotion de sa santé et dans la prise de décisions thérapeutiques. À l'échelle de la société, elles se répercutent sur le recours aux services de santé, les programmes de prévention et de promotion de la santé, l'équité et la justice sociale, ainsi que sur la productivité.

6.3.1. Les compétences en matière de santé permettent aux individus de gérer eux-mêmes leurs problèmes de santé, de recourir aux soins préventifs et de prendre des décisions

Un faible niveau de compétences en santé va de pair avec une mauvaise observance des traitements médicamenteux (Baker, 2007^[25]), une moindre capacité à prendre ses médicaments correctement, des difficultés de compréhension des étiquettes et des messages de santé (Berkman et al., 2011^[2]), et des rendez-vous médicaux manqués (Mancuso, 2009^[1] ; Mårtensson et Hensing, 2011^[3]). Autant de conséquences particulièrement fâcheuses pour la gestion des pathologies chroniques exigeant une autogestion au quotidien ou en cas de crise, comme l'hypertension, le diabète et les troubles respiratoires aigus (Baker, 2007^[25] ; Paasche-Orlow et Wolf, 2007^[26] ; Schaeffer, 2017^[27]).

Les individus possédant un faible niveau de compétences en santé ont également recours à moins de services préventifs (Kim et Xie, 2017^[28]). Des études constatent, par exemple, que ce type d'individu a moins tendance à effectuer les examens de dépistage (Herndon, Chaney et Carden, 2011^[29]) et les vaccins (Baker, 2007^[25] ; Berkman et al., 2011^[2] ; The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL, 2021^[19]) recommandés, et qu'il retarde les soins médicaux faute de comprendre les mesures de prévention et/ou ignore les symptômes qui doivent alerter (Paasche-Orlow et Wolf, 2007^[26]). Ces personnes ont plus de difficulté à prendre part aux décisions les concernant dans leurs interactions avec les professionnels de santé que celles qui possèdent un niveau plus élevé de compétences en santé (Seo et al., 2016^[30]). Ce manque de partage décisionnel peut être particulièrement lourd de conséquences dans les situations où les préjugés des professionnels risquent d'entraîner des différences de prise en charge selon les patients. Des différences de prise en charge selon le genre ou l'appartenance ethnique des patients sont effectivement attestées.

Un niveau plus élevé de compétences générales en matière de santé est également important pour la promotion de la santé, c'est-à-dire la « capacité à s'informer régulièrement sur les déterminants de la santé dans l'environnement social et physique, à comprendre les informations de santé, à interpréter et évaluer les informations sur les déterminants de la santé dans l'environnement social et physique, à prendre des décisions éclairées sur ces déterminants ainsi qu'à participer aux actions collectives » (The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL, 2021^[19]).

6.3.2. Les compétences en matière de santé bénéficient à la société

Il ressort des études publiées que les individus très avertis en matière de santé font davantage appel aux services préventifs et gèrent plus souvent eux-mêmes leurs pathologies chroniques, ne recourant ainsi aux professionnels de santé que lorsque leurs symptômes rendent une consultation inévitable (Weiss et Palmer, 2004^[31]). Cela rend les régimes thérapeutiques plus coûteux, plus longs et risque d'entraîner l'apparition de troubles handicapants de longue durée, lesquels pourraient déboucher sur l'affectation de ressources humaines et financières excessives à la santé (Rondia et al., 2019^[32]). En réalité, il ressort des données en provenance des États-Unis qu'un faible niveau de compétences en santé entraîne une utilisation de ressources et des dépenses inutiles (Rasu et al., 2015^[33]), dont le coût pour le système de santé est de l'ordre de 106 à 236 milliards USD chaque année (Vernon et al., 2007^[34]).

En se soustrayant plus souvent aux examens de dépistage, les individus qui possèdent un faible niveau de compétences en santé peuvent involontairement s'exposer et exposer la population autour d'eux à certains risques (Van den Broucke, 2014^[35]). Ils peuvent également transmettre des maladies infectieuses, comme le COVID-19, s'ils ne se lavent pas les mains ou ne portent pas de masque, s'ils ne restent pas chez eux lorsqu'ils présentent des symptômes ou s'ils ne respectent pas les autres gestes barrières. Une étude menée récemment en Irlande constate que les jeunes dotés d'un niveau suffisant de compétences à l'égard du COVID-19 et de la transmission de la maladie ont observé la plupart des mesures de précaution (Griebler, Dietscher et Flaschberger, 2022^[36] ; Nearchou et al., 2022^[37]). De même, une étude au Portugal dégage une corrélation entre un niveau supérieur de compétences en santé et une meilleure attitude vis-à-vis des stratégies de prévention du COVID-19 (Silva et Santos, 2021^[38]).

Les compétences en santé retentissent également sur la productivité et, par conséquent, sur la croissance économique. En favorisant la santé, elles améliorent la productivité (Sørensen et al., 2012^[23]). Selon les estimations, en prenant en compte l'ensemble de la population, les problèmes de santé et les handicaps réduisent les capacités productives d'environ 5 à 8 % du produit intérieur brut (PIB) selon le pays (Llena-Nozal, Martin et Murtin, 2019^[39]).

6.4. Facteurs déterminants du développement des compétences en matière de santé et de leur incidence sur la santé

Plusieurs facteurs déterminent la probabilité qu'un individu accumule des compétences en matière de santé et l'incidence des compétences acquises sur sa santé et son bien-être. Il s'agit notamment des compétences de traitement de l'information, des caractéristiques du milieu dont l'individu est issu et de facteurs contextuels.

6.4.1. Les compétences de traitement de l'information

Les compétences de traitement de l'information sont des précurseurs fondamentaux des compétences en matière de santé. Par exemple, des **compétences en compréhension de l'écrit et en calcul** sont nécessaires pour lire les étiquettes des médicaments, les notices, les fiches de rendez-vous et les formulaires d'assurance et de consentement. Des études constatent effectivement que les compétences des individus en matière de santé et leur état de santé dépendent d'un niveau minimal de connaissances de base (Quaglio et al., 2016^[40]). Parallèlement, les compétences d'un individu en matière de santé sont un trait d'union fondamental entre ses connaissances de base et son état de santé (Nielsen-Bohlman, Panzer et Kindig, 2004^[41]). Outre la maîtrise de l'écrit et le calcul, des **compétences en communication orale** (capacité d'expression et d'écoute) (Cavanaugh, 2011^[42] ; Jain et Green, 2016^[43] ; Oxley, 2009^[44]) et **en compréhension** sont nécessaires pour pouvoir décrire ses symptômes, poser des questions pertinentes et interpréter correctement les informations et les instructions données (Mancuso, 2008^[45]). **Le sens critique, l'analyse, la prise de décision et la capacité à résoudre des problèmes et à demander des conseils** comptent également parmi les aptitudes qui sous-tendent les compétences en matière de santé (Mancuso, 2008^[45] ; Speros, 2005^[46] ; Wilson, 2001^[47]).

6.4.2. Facteurs individuels

On observe des écarts de compétences en santé entre des individus de milieux socioéconomiques et démographiques différents.

Les personnes âgées ont tendance à posséder un niveau inférieur de compétences en santé (Baker et al., 2002^[48] ; Berens et al., 2016^[49] ; Kutner et al., 2006^[50] ; Vogt, Schaeffer et Berens, 2019^[51] ; Zamora et Clingerman, 2011^[52]) et à en subir davantage les conséquences parce qu'elles ont aussi plus tendance à prendre des médicaments et à être en contact avec les services de santé (Quaglio et al., 2016^[40]). Elles sont plus souvent atteintes de maladies chroniques nécessitant des soins réguliers et elles peuvent

rencontrer d'autres difficultés dans leurs interactions avec les systèmes de santé. Aussi, les personnes âgées, c'est-à-dire celles qui ont généralement les besoins médicaux les plus importants, sont également celles qui sont le moins aptes pour s'orienter dans le système de santé. Il semble en effet que le plus faible niveau de compétences en matière de santé pourrait se retrouver chez les personnes âgées de 65 ans ou plus et qu'un déclin rapide de ces compétences s'amorce après 55 ans (Manafa et Wong, 2012^[53]).

Ce constat pourrait tenir au fait que les compétences en santé supposent certaines compétences cognitives qui s'amenuisent avec l'âge, surtout à mesure que les troubles liés à l'âge, comme la démence, progressent (Manafa et Wong, 2012^[53] ; Oxley, 2009^[44]). D'autre part, les personnes âgées ont tendance à traiter et à assimiler l'information plus lentement (Speros, 2009^[54]). Elles ont aussi moins de mémoire de travail, plus de difficulté à traiter plusieurs éléments d'information à la fois et peinent davantage à exécuter des tâches qui mobilisent les capacités de déduction ou de raisonnement (Speros, 2009^[54]). La perte de vision, d'audition et de mobilité qui se produit avec l'âge peut avoir une incidence directe sur la manière dont les personnes âgées recueillent et traitent les informations, et les empêcher de prendre les mesures nécessaires pour gérer leur santé (Speros, 2009^[54]). Parallèlement, les difficultés rencontrées face au système de santé peuvent devenir plus évidentes lorsque les besoins augmentent.

Des études révèlent également que les femmes sont en moyenne plus compétentes que les hommes en matière de santé (Bazrafkan et al., 2018^[55] ; Kutner et al., 2006^[50] ; Van der Heide et al., 2013^[56]). Cet écart pourrait tenir au fait que les femmes connaissent mieux le système de santé étant donné qu'elles ont tendance à signaler davantage de problèmes de santé et à utiliser les services plus souvent que les hommes (Bertakis et al., 2000^[57] ; Kalseth et Halvorsen, 2020^[58] ; Lee, Lee et Kim, 2014^[59]) et/ou au fait que les femmes assument traditionnellement des fonctions d'aidantes (des enfants ou des parents âgés) qui les mettent davantage en contact avec le système de santé (Lee, Lee et Kim, 2014^[59] ; Sudore et al., 2006^[60]). Enfin, les femmes peuvent acquérir un niveau plus élevé de compétences parce que les professionnels de santé traitent différemment les femmes et les hommes, qu'ils ont moins tendance à impliquer les femmes dans la prise de décision et plus tendance à ne pas prendre au sérieux certains problèmes de santé qu'elles leur présentent (Criado Perez, 2019^[61] ; Samulowitz et al., 2018^[62]).

Le niveau de compétences en matière de santé est aussi plus élevé parmi les individus ayant un niveau de formation élevé, ceux-ci ayant de plus grandes ressources cognitives, économiques et sociales (Morrow et al., 2006^[14] ; Quenzel, 2017^[63] ; Kutner et al., 2006^[50] ; OMS, 2013^[64] ; Van der Heide et al., 2013^[56]). Des études constatent également des différences de compétences en santé entre les groupes ethniques et les catégories de revenus, qui expliqueraient en partie les disparités de résultats en matière de santé entre ces groupes (Chaudhry et al., 2011^[65] ; Kutner et al., 2006^[50] ; Schillinger, 2020^[66] ; Sentell et Halpin, 2006^[67] ; Sørensen et al., 2015^[16] ; Van der Heide et al., 2013^[56]).

6.4.3. Facteurs contextuels

Les caractéristiques socioéconomiques et démographiques influent sur les compétences d'une personne en matière de santé et peuvent l'aider à s'orienter dans le système de santé. Sa capacité à utiliser les services et à comprendre les informations dépend toutefois également du contexte, notamment de la manière dont les informations sont communiquées (Griese, Schaeffer et Berens, 2022^[68] ; Moreira, 2018^[18] ; Rondia et al., 2019^[32]). Les compétences en matière de santé sont une responsabilité commune issue de l'interaction entre les compétences des individus et les exigences des systèmes de santé (Sørensen et al., 2012^[23]).

Il est important de les comprendre et d'agir à l'heure où chacun est confronté à une quantité inédite et croissante d'informations de santé (Nielsen-Bohlman, Panzer et Kindig, 2004^[41]) qui peuvent désormais être obtenues dans les médias nationaux, sur internet, sur les réseaux sociaux, auprès des prestataires de soins ou par le biais de l'éducation pour la santé. Des informations diverses et, plus inquiétant, fallacieuses, peuvent également être obtenues de plusieurs façons (Nakayama et al., 2015^[17]). Une étude

récente sur le COVID-19 et les compétences en santé au Japon établit une corrélation entre faible niveau de compétences en santé et forte vulnérabilité aux fausses informations (Cheng et Nishikawa, 2022^[69]).

D'autre part, les régimes d'autogestion compliqués demandés par les maladies chroniques font ressortir toute l'importance pour la société d'investir dans les compétences en santé et les exigences particulières auxquelles sont confrontés les individus et les systèmes de santé (OMS, 2022^[12]). L'évolution du paysage de l'information et l'incidence de maladies chroniques coïncident avec l'intensification des efforts en faveur de services de santé davantage centrés sur l'utilisateur. Par conséquent, les individus doivent jouer un rôle plus actif dans la gestion de leur santé (Rondia et al., 2019^[32] ; Weishaar et al., 2019^[70]), c'est-à-dire se renseigner, comprendre leurs droits et leurs responsabilités et prendre des décisions (Nielsen-Bohlman, Panzer et Kindig, 2004^[41]). L'hypothèse à la base de ces exigences et de ces responsabilités est que les individus possèdent les connaissances et les compétences nécessaires pour agir et décider de leur santé. Les études révèlent toutefois un décalage entre les compétences des personnes et les exigences des systèmes de santé : nombre de documents en rapport avec la santé, dont les formulaires de consentement et les notices de médicaments, sont hors de portée de la compréhension du diplômé de l'enseignement secondaire moyen (Nielsen-Bohlman, Panzer et Kindig, 2004^[41]).

6.5. Écarts de compétences en matière de santé au sein des pays et d'un pays à l'autre

Cette section se propose de comparer les niveaux de compétences en matière de santé autodéclarés d'un pays à l'autre et d'en expliquer les écarts. Si les évaluations ou enquêtes à grande échelle permettent des comparaisons internationales de diverses compétences, la comparaison des compétences en matière de santé demeure limitée. Aussi, pour pouvoir comparer un large éventail de pays, cette section s'appuie sur des informations tirées de l'enquête HLS19, une enquête intersectionnelle et multicentrique menée dans 17 pays (dont 15 membres de l'OCDE) entre novembre 2019 et juin 2021 (on trouvera des informations sur l'échantillonnage et la population ciblée dans *The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL* (2021^[19])).

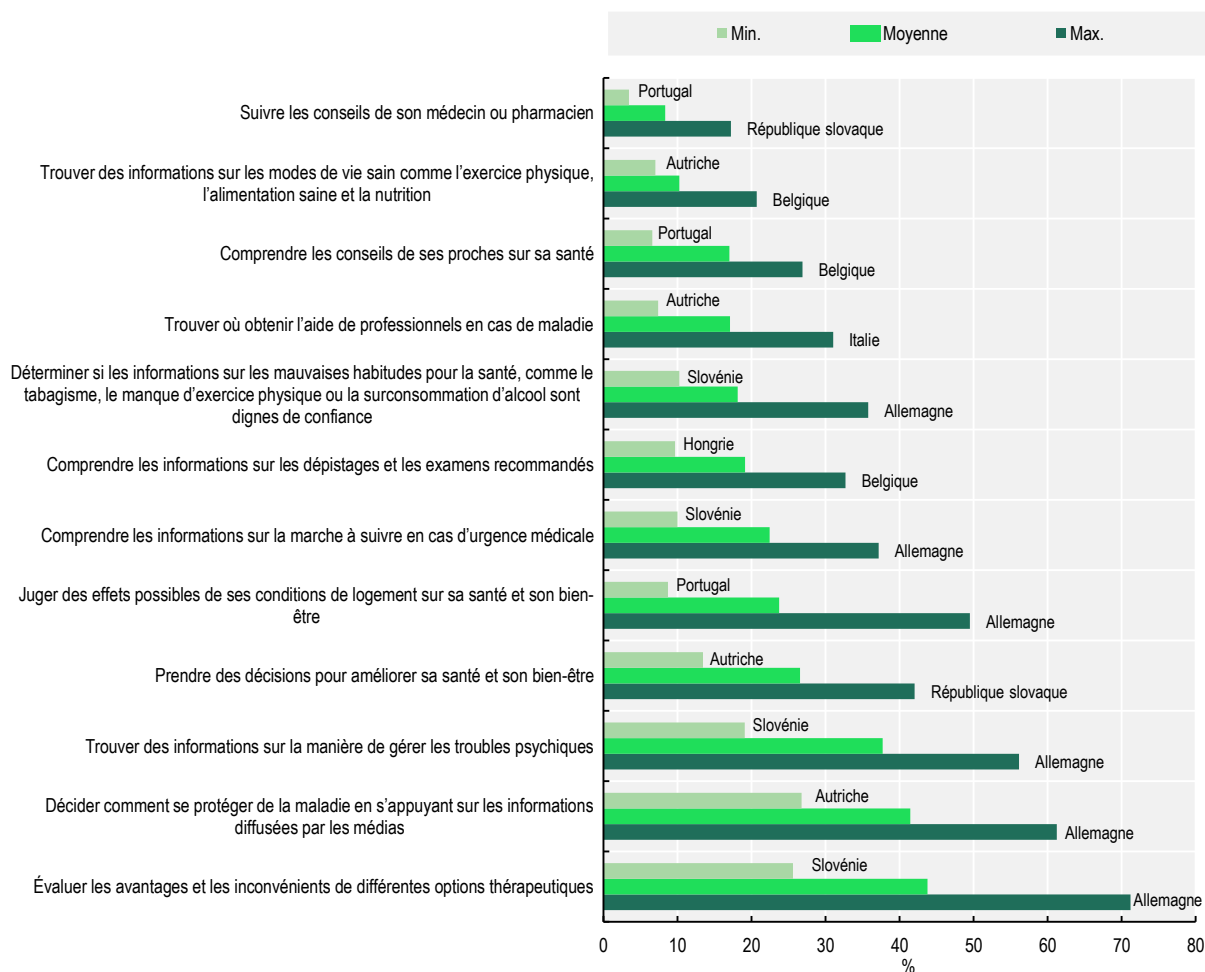
Les compétences en matière de santé sont mesurées dans l'enquête HLS19 en demandant aux participants d'indiquer avec quel degré de facilité ou de difficulté ils exécutent une série de 12 tâches. Les réponses sont données selon une échelle de Likert à quatre points avec les options suivantes : « très facile », « facile », « difficile », « très difficile ». Ces informations sont également combinées en un **score de compétences en santé** à partir des items à réponses « très facile » ou « facile » valides. Ce score va de 0 à 100, les valeurs montant avec le niveau de compétences (The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL, 2021^[19]). Il mesure les compétences en santé en pourcentage des tâches vécues comme « très faciles » ou « faciles » par les répondants. On trouvera une description détaillée des instruments de l'enquête ainsi que des explications d'ordre technique sur l'administration, la mise en œuvre et le cadrage dans les chapitres techniques du rapport de l'enquête HLS19 (The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL, 2021^[19]).

Deux mises en garde s'imposent quant à l'évaluation des résultats. Premièrement, la collecte de données initialement prévue en 2019-20 a dû être prolongée et ajustée à cause de la pandémie de COVID-19. Seules les données de l'Allemagne avaient été recueillies avant le début de la pandémie. Tous les autres pays participants ont commencé ou achevé leur collecte de données pendant la pandémie, laquelle a atteint différents niveaux d'intensité à différents moments dans différents pays. Les tableaux 2.15, 2.16, 2.17 et 2.18 du Rapport international de l'enquête HSL19 (The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL, 2021^[19]) indiquent les instruments et les dates de collecte de données des pays participants. Il convient par conséquent d'interpréter les comparaisons internationales des données de l'enquête HLS19 avec prudence. Le Graphique 6.2 indique le pourcentage de répondants des 15 pays déclarant qu'il serait « très difficile » ou « difficile » d'exécuter 12 tâches relevant des compétences en

matière de santé, ainsi que le pays affichant les plus fortes et les plus faibles proportions. Deuxièmement, les résultats correspondent aux autodéclarations des participants et non au fait qu'ils aient ou non exécuté les tâches considérées.

Graphique 6.2. Pourcentage de personnes répondant « très difficile » ou « difficile » aux questions sur l'exécution de 12 tâches relevant de leurs compétences en matière de santé dans certains pays de l'OCDE, 2019-20

Items de la question 12 de l'enquête HLS19, par pays



Note : la valeur illustre le pourcentage de personnes répondant qu'elles trouveraient « très difficile » ou « difficile » d'exécuter chacune des 12 tâches incluses dans l'instrument d'évaluation des compétences de base en matière de santé. La barre du milieu indique la moyenne OCDE dans l'enquête HLS19, tandis que les barres longues (courtes) indiquent, pour chaque tâche, le pourcentage de personnes répondant qu'elles trouveraient « très difficile » ou « difficile » d'exécuter chacune des 12 tâches dans le pays où ce pourcentage est le plus élevé (et le plus bas). Compte tenu de la grande diversité des procédures d'échantillonnage et de collecte de données entre les pays, il convient d'interpréter les comparaisons entre pays avec prudence.

Source : Consortium HLS19 du Réseau d'action M-POHL de l'OMS (2021^[19]), *International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19) of M-POHL*, <https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/inline-files/HLS19%20International%20Report.pdf>.

En moyenne, les personnes trouvent particulièrement difficile d'« évaluer les avantages et les inconvénients de différentes options thérapeutiques » (44 %), de « décider comment se protéger de la maladie en s'appuyant sur les informations diffusées par les médias » (42 %) et de « trouver des informations sur la manière de gérer les troubles psychiques (38 %). En Allemagne, pas moins de 71 % des répondants indiquent qu'ils trouveraient « très difficile » ou « difficile » d'évaluer les avantages et les inconvénients de différentes options thérapeutiques, à comparer avec 26 % des répondants en Slovénie. De même, 61 % des répondants en Allemagne trouvent « très difficile » ou « difficile » de se protéger de la maladie en s'appuyant sur les informations diffusées par les médias », contre 27 % des répondants en Autriche. Des 15 pays, l'Allemagne affiche également la plus forte proportion de répondants indiquant qu'ils trouveraient « très difficile » ou « difficile » (56 %) de s'informer sur la manière de gérer les troubles psychiques, tandis que la Slovénie affiche la plus faible proportion de répondants (19 %). En revanche, les personnes interrogées trouvent généralement moins difficile de « suivre les conseils de son médecin ou pharmacien » (8 %), de « s'informer sur les modes de vie sains, à savoir l'exercice physique, l'alimentation saine ou la nutrition » (10 %) et de « comprendre les conseils de ses proches concernant sa santé » (17 %).

Les réponses individuelles sont utilisées pour obtenir un score composite de compétences en matière de santé. Le Tableau 6.1 révèle que les répondants des pays où des données sont disponibles jugent, en moyenne, 76.3 % des tâches relevant de leurs compétences en santé « très faciles » ou « faciles ». Les niveaux de compétences en santé varient. En Slovénie, au Portugal et en Autriche, en moyenne, les participants trouvent respectivement 86 %, 85 % et 85 % des tâches « très faciles » ou « faciles ». En revanche, en Italie, Belgique et Allemagne, les participants jugent respectivement 69 %, 66 % et 65 % des tâches « très faciles » ou « faciles ». Les comparaisons des données de l'enquête HLS19 entre pays doivent toutefois être interprétées avec prudence en raison des limites susmentionnées.

Tableau 6.1. Scores moyens de compétences en matière de santé dans certains pays de l'OCDE, 2019-20

Pourcentage d'items de la question 12 de l'enquête HLS19 jugés « facile » ou « très facile » par les répondants

Pays	Moyenne en %
Allemagne	65
Autriche	85
Belgique	66
Danemark	77
France	78
Hongrie	80
Irlande	79
Israël	73
Italie	69
Norvège	79
Portugal	85
République slovaque	70
République tchèque	76
Slovénie	86
Suisse	77
Moyenne OCDE (HLS19)	76

Note : compte tenu de la grande diversité des procédures d'échantillonnage et de collecte des données entre les pays, il convient d'interpréter avec prudence les comparaisons entre les pays et les comparaisons avec la moyenne OCDE dans l'enquête HLS19.

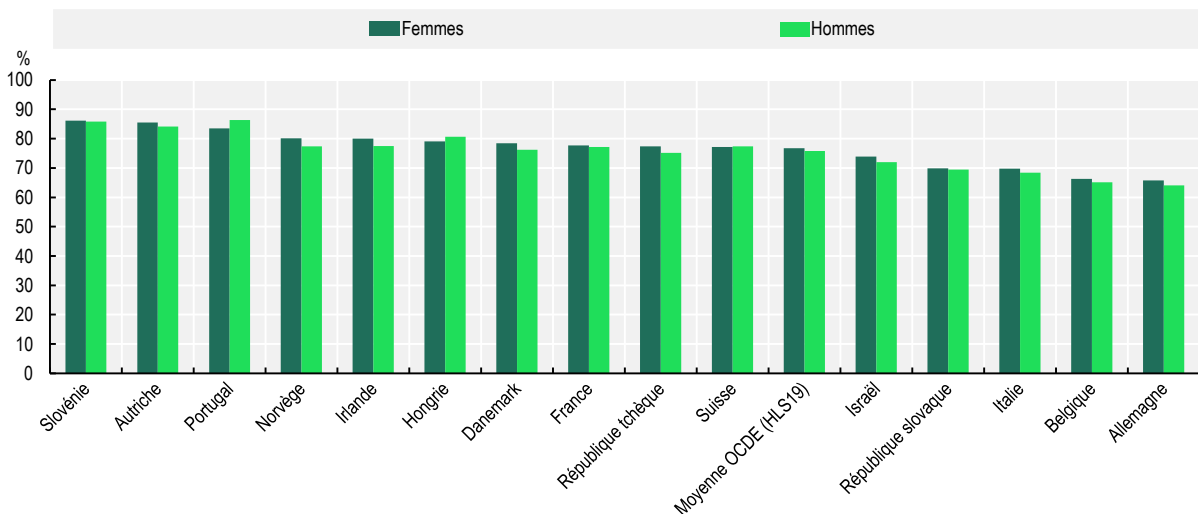
Source : Consortium HLS19 du Réseau d'action M-POHL de l'OMS (2021^[19]), *International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19) of M-POHL*, <https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/inline-files/HLS19%20International%20Report.pdf>.

StatLink  <https://stat.link/2xcsle>

6.5.1. Disparités de niveaux de compétences en matière de santé

Le Graphique 6.3 indique que les hommes et les femmes ont des niveaux de compétence en matière de santé généralement équivalents dans les 15 pays de l'OCDE participant à l'enquête HLS19 pour lesquels on dispose de données. Par exemple, 84 % des hommes interrogés en Autriche trouvent les tâches relevant de leurs compétences en santé « très faciles » ou « faciles », à comparer avec 85 % des femmes. De même, 77 % des répondants des deux sexes en France et en Suisse trouvent les tâches en question « très faciles » ou « faciles ».

Graphique 6.3. Scores moyens de compétences en matière de santé par genre dans certains pays de l'OCDE, 2019-20



Note : le graphique illustre l'indice de compétences en matière de santé dans chacun des pays de l'OCDE participant à l'enquête HLS19. Il indique en particulier le pourcentage d'hommes et de femmes interrogés trouvant les tâches relevant de leurs compétences en santé « très faciles » ou « faciles ».

Source : Consortium HLS19 du Réseau d'action M-POHL de l'OMS (2021^[19]), *International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19) of M-POHL*, <https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/inline-files/HLS19%20International%20Report.pdf>.

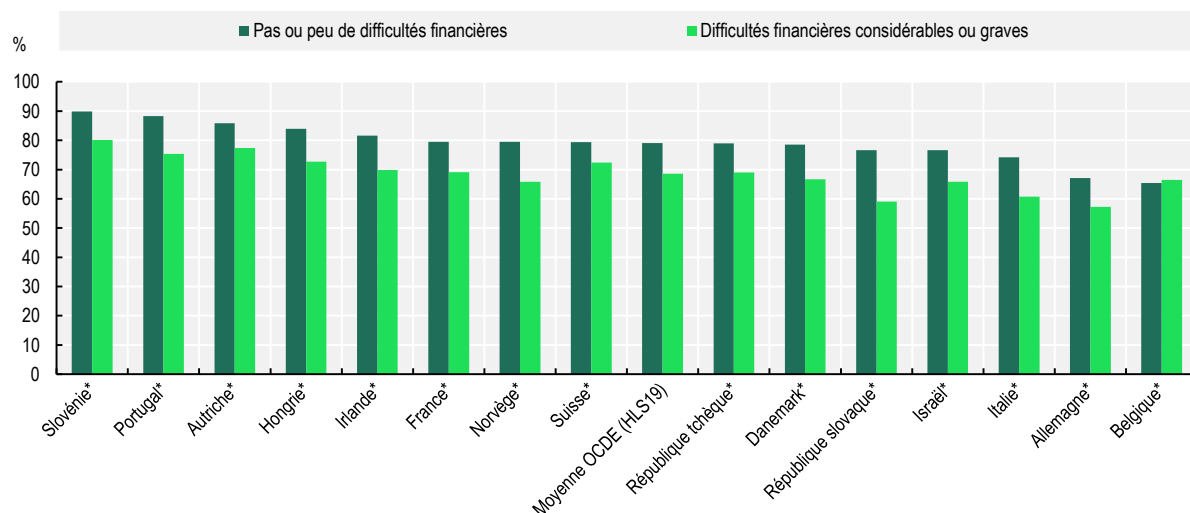
StatLink  <https://stat.link/gd70ec>

À l'inverse, le Graphique 6.4 indique que les compétences en santé varient selon le degré de pauvreté des individus. La pauvreté est calculée en faisant la synthèse des scores des répondants aux trois questions suivantes : « Trouvez-vous généralement facile ou difficile de financer vos médicaments si cela est nécessaire ? », « Trouvez-vous généralement facile ou difficile de financer vos examens et traitements médicaux si cela est nécessaire ? » et « Trouvez-vous facile ou difficile de payer toutes vos factures à la fin du mois ? ». Les catégories de réponse sont « très facile », « facile », « difficile » et « très difficile ».


En moyenne, les personnes qui ne connaissent pas ou peu de difficultés financières trouvent 79 % des tâches « très faciles » ou « faciles », tandis que les personnes confrontées à des difficultés financières considérables ou graves trouvent 68 % des tâches « très faciles » ou « faciles ». En Slovaquie, les personnes qui ne connaissent pas ou peu de difficultés financières trouvent 90 % des tâches « très faciles » ou « faciles », tandis qu'en Autriche, en Hongrie, en Irlande et au Portugal, cette même catégorie de personnes trouve un peu plus de 80% des tâches « très faciles » ou « faciles ». En Slovaquie, les répondants confrontés à des difficultés financières considérables ou graves jugent 80 % des tâches « très faciles » ou « faciles ». Cette même catégorie de personnes en Autriche, au Danemark, en France, en Hongrie, en Irlande, au Portugal, en République tchèque et en Suisse juge deux tiers des tâches « très

faciles » ou « faciles ». Une fois de plus, les comparaisons des données de l'enquête HLS19 entre les pays doivent être interprétées avec prudence en raison des limites susmentionnées.

Graphique 6.4. Scores moyens de compétences en matière de santé par niveau de pauvreté dans certains pays de l'OCDE, 2019-20

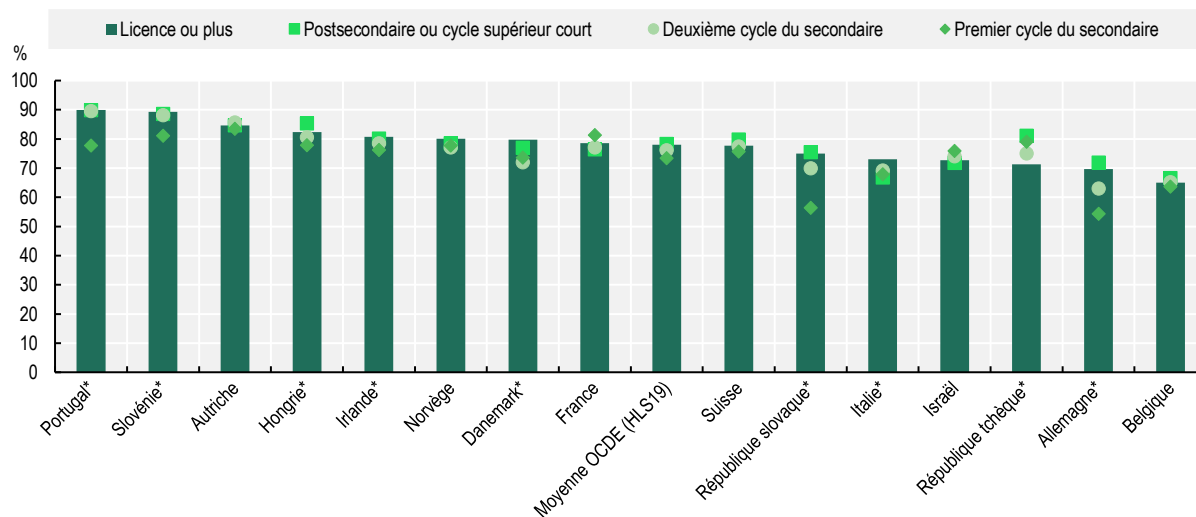


Note : le graphique indique le pourcentage de répondants jugeant les tâches relevant de leurs compétences en matière de santé « très faciles » ou « faciles », en fonction de leur niveau de pauvreté. Le niveau de pauvreté est calculé en faisant la synthèse des scores des personnes ayant répondu « très difficile » ou « difficile » aux trois questions suivantes : « Trouvez-vous généralement facile ou difficile de financer vos médicaments si cela est nécessaire ? », « Trouvez-vous généralement facile ou difficile de financer vos examens médicaux et traitements si cela est nécessaire ? » et « Trouvez-vous facile ou difficile de payer toutes vos factures à la fin du mois ? ». Les barres vert foncé représentent le pourcentage de répondants qui ne connaissent pas ou peu de difficultés financières, tandis que les barres vert clair représentent le pourcentage de répondants qui connaissent des difficultés financières considérables ou graves. L'astérisque (*) signifie que les différences de niveau moyen de compétences en matière de santé entre les personnes qui ne connaissent pas ou peu de difficultés financières et celles qui connaissent des difficultés considérables ou graves sont statistiquement significatives à un niveau de 5 %. Compte tenu de la grande diversité des procédures d'échantillonnage et de recueil de données entre les pays, il convient d'interpréter les comparaisons entre pays avec prudence. Source : Consortium HLS19 du Réseau d'action M-POHL de l'OMS (2021^[19]), *International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19) of M-POHL*, <https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/inline-files/HLS19%20International%20Report.pdf>.

StatLink  <https://stat.link/xdp82t>

Les différences de niveau de compétences en matière de santé selon le niveau de formation sont généralement peu prononcées. Le Graphique 6.5 indique que, en moyenne, 73 % des tâches relevant des compétences en matière de santé sont jugées « très faciles » ou « faciles » par les personnes ayant au plus un diplôme du premier cycle de l'enseignement secondaire ; 76 % par les personnes ayant un diplôme du deuxième cycle du secondaire ; et 78 % par les personnes ayant un diplôme de l'enseignement postsecondaire ou d'un cycle court de l'enseignement supérieur ainsi que par les diplômés de l'enseignement supérieur. Dans l'enquête HLS19, le niveau de formation est mesuré selon l'échelle de la Classification internationale type de l'éducation (CITE), qui inclut également les expériences professionnelles. Il est possible que d'autres indicateurs, dont les années de scolarisation, donnent des résultats légèrement différents. Le constat que les compétences en matière de santé varient en fonction du degré de pauvreté, mais pas en fonction du niveau de formation pourrait indiquer que même si les compétences en matière de santé sont corrélées avec les compétences scolaires, le concept est différent et n'a pas été valorisé dans l'enseignement formel. Les personnes confrontées à la pauvreté ont peut-être moins de possibilités que celles qui n'ont pas eu la possibilité d'investir dans l'acquisition de compétences en santé tout au long de leur vie.

Graphique 6.5. Scores moyens de compétences en matière de santé par niveau de formation dans certains pays de l'OCDE, 2019-20



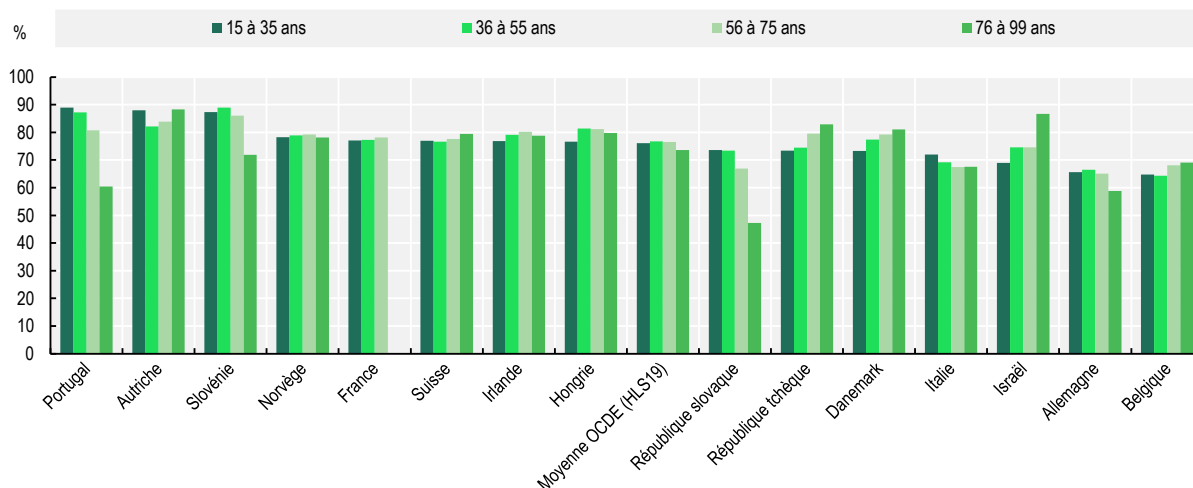
Note : le graphique indique le pourcentage de répondants jugeant les tâches relevant de leurs compétences en santé « très faciles » ou « faciles », en fonction de leur niveau de formation. Le niveau de formation est mesuré selon la CITE. Le losange vert représente le pourcentage de répondants ayant achevé au plus le premier cycle du secondaire. Les cercles vert clair représentent le pourcentage de répondants ayant achevé le deuxième cycle du secondaire. Les carrés verts représentent le pourcentage de répondants ayant achevé un cycle postsecondaire ou un cycle court de l'enseignement supérieur. Les barres vert foncé représentent le pourcentage de répondants ayant achevé au plus le premier cycle du secondaire. L'astérisque (*) signifie que les différences de niveau moyen de compétences en matière de santé en fonction du niveau de formation sont statistiquement significatives à un niveau de 5 %. Compte tenu de la grande diversité des procédures d'échantillonnage et de recueil de données entre les pays, il convient d'interpréter les comparaisons entre pays avec prudence.

Source : Consortium HLS19 du Réseau d'action M-POHL de l'OMS (2021^[19]), *International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19) of M-POHL*, <https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/inline-files/HLS19%20International%20Report.pdf>.

StatLink  <https://stat.link/p7sx35>

Le Graphique 6.6 indique que le score moyen de compétences en matière de santé ne varie pas sensiblement d'un groupe d'âge à l'autre. En moyenne dans les pays de l'OCDE participant à l'enquête HLS19, 76 % des tâches relevant des compétences en matière de santé sont perçues comme « très faciles » ou « faciles » par les 18-35 ans ; 77 % par les 36-75 ans et 74 % par les personnes plus âgées.

Graphique 6.6. Scores moyens de compétences en matière de santé, par âge dans certains pays de l'OCDE, 2019-20



Note : le graphique illustre le pourcentage de répondants d'un groupe d'âge trouvant les tâches relevant de leurs compétences en matière de santé « très faciles » ou « faciles ». L'âge est mesuré en années, mais regroupé en quatre catégories. Chaque barre représente un groupe d'âge, en commençant par 15-35 ans, puis 36-55 ans, 56-75 ans et 76 ans ou plus. Compte tenu de la grande diversité des procédures d'échantillonnage et de recueil de données entre les pays, il convient d'interpréter les comparaisons entre pays avec prudence.

Source : Consortium HLS19 du Réseau d'action M-POHL de l'OMS (2021^[19]), *International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19) of M-POHL*, <https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/inline-files/HLS19%20International%20Report.pdf>.

StatLink  <https://stat.link/h6xu3a>

Encadré 6.1. Les compétences en matière de santé dans quelques pays d'Asie et d'Amérique latine

Les instruments utilisés dans l'enquête HLS19, produits par HLS-EU, ont été utilisés au Japon pour comparer les niveaux de compétences en santé dans le pays avec ceux observés dans le contexte européen (Nakayama et al., 2015^[17]). À l'instar de l'Europe, les niveaux de compétences générales en santé au Japon s'avèrent être des prédicteurs de l'état de santé, même après prise en compte du genre, du groupe d'âge, du niveau de formation, des revenus, de la profession, des conditions de vie autoévaluées et de la taille de la commune (Nakayama et al., 2015^[17]). Les analyses révèlent toutefois que, bien que le Japon fasse partie des pays du monde enregistrant la plus longue espérance de vie, les compétences en santé de la population japonaise sont inférieures à celles des populations d'Europe. Les répondants japonais jugent tous les items de l'enquête plus difficiles par rapport aux répondants européens : ils trouvent 22 % de tâches en plus « difficiles » ou « très difficiles » par rapport à leurs homologues européens (Nakayama et al., 2015^[17]). La différence de niveaux de compétences en santé entre le Japon et les pays européens est attribuée à la plus grande difficulté d'accès à des informations de santé qui soient fiables et compréhensibles au Japon, faute de plateforme nationale intégrée pour aider les personnes à s'informer sur les traitements et les maladies (Nakayama et al., 2015^[17]).

En Amérique latine, peu d'études se sont intéressées aux compétences en matière de santé. Celles qui ont été effectuées utilisent des questionnaires différents, ne ciblent pas les mêmes populations et adoptent des méthodes d'échantillonnage et des instruments différents pour évaluer les niveaux de compétences en matière de santé, autant d'éléments qui nuisent à la comparabilité internationale. On

observe par conséquent des différences considérables dans les estimations des niveaux de compétences de la population en matière de santé, allant de 5.0 % à 73.3 % (Arrighi et al., 2021^[71]). Au Mexique, par exemple, Mávita-Corral et al. ont mené une étude intersectionnelle qui utilise le questionnaire de l'Enquête HLS-EU. Ce questionnaire a été distribué à un échantillon de 477 individus, dont des étudiants, des universitaires et des agents administratifs. L'étude constate que 9 % des individus ont d'excellentes compétences en matière de santé, 40 % ont un niveau suffisant, 43 % un niveau problématique et 8 % un niveau insuffisant (Mávita-Corral, 2017^[72] ; Nakayama et al., 2015^[17]). En Argentine, en revanche, un échantillon aléatoire de patients d'un centre hospitalier universitaire a été évalué et interrogé au moyen d'une brève évaluation des compétences en matière de santé des adultes hispanophones (*Short Assessment of Health Literacy for Spanish-speaking Adults – SAHLSA*). Cet outil validé contient 50 items conçus pour évaluer la capacité des adultes hispanophones à lire et comprendre les termes médicaux courants (Agency for Healthcare Research and Quality, 2022^[73]). Il est basé sur un outil d'estimation rapide des compétences des adultes dans le domaine médical (*Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine – REALM*) (Lee et al., 2006^[74]). L'étude constate que 30 % environ des patients possèdent un niveau insuffisant dans ce domaine (Konfino et al., 2009^[75]). Au Brésil, Coelho et al. évaluent les compétences fonctionnelles en matière de santé, qu'ils définissent comme « la capacité des individus à obtenir, traiter et comprendre les informations et les services de base pour prendre de bonnes décisions concernant leur santé » (Coelho et al., 2014^[76]). Ils mesurent les compétences fonctionnelles au moyen d'un test rapide des compétences fonctionnelles des adultes en matière de santé, version abrégée du *Test of Functional Health Literacy (TOFHLA)*, autre outil élaboré pour déterminer les niveaux de compétences en matière de santé, et qui répartit les individus en catégories (niveau faible ou élevé) (Sørensen et al., 2013^[77]). Ce test rapide a été distribué aux patients de deux hôpitaux publics brésiliens en 2009. L'étude constate que 58% des patients ont un niveau de compétences en matière de santé insuffisant (Coelho et al., 2014^[76]). Outre le test, les chercheurs ont mené deux cycles de dialogue avec les patients ayant des compétences fonctionnelles suffisantes (groupe 1) et ceux ayant des compétences insuffisantes (groupe 2), dans le but d'évaluer la compréhension des portions alimentaires dans chaque groupe. Dans l'ensemble, les personnes du groupe 2 ont plus de mal à comprendre le guide alimentaire. Un tel constat démontre qu'un faible niveau de compétences en santé peut retentir sur l'autogestion et, de manière plus générale, sur la perception de ce qui constitue un mode de vie sain.

Aux États-Unis, une évaluation des compétences en santé réalisée par le ministère de l'Éducation constate que près de 90 % des adultes ne savent pas lire, comprendre et mettre en pratique les informations médicales. L'enquête révèle en particulier que « un patient sur trois possède des compétences 'élémentaires' ou 'moins qu'élémentaires' ». De même, le Bureau australien de la statistique a constaté en 2006 que près de 60 % des Australiens adultes possédaient un faible niveau de compétences en matière de santé et que « 59 % des 17 à 74 ans au total ne possédaient pas des compétences suffisantes pour bien comprendre et mettre en application les informations concernant la santé dans leur vie quotidienne » (Choudhry et al., 2019^[78]). Le Canada ne fait pas exception : les résultats de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes publiés par le Conseil canadien sur l'apprentissage indiquent que « six adultes canadiens sur 10 ne possèdent pas les compétences nécessaires pour répondre adéquatement à leurs besoins en santé et en soins de santé » (Conseil canadien sur l'apprentissage, 2008^[79]).

Les études menées au Japon et au Mexique utilisent une traduction en langue locale des instruments de l'enquête HLS19 produite par HLS-EU et peuvent donc servir au même type de comparaison. Les autres études menées en Argentine, en Australie, au Brésil, au Canada et aux États-Unis n'utilisent pas, quant à elles, des versions traduites de l'enquête européenne. Elles n'utilisent pas non plus des indicateurs comparables à l'étude européenne, ce qui limite les possibilités de comparaison des niveaux de compétences en santé des pays de l'OCDE qui ne sont pas membres de l'UE et ne sont donc pas inclus dans l'enquête européenne.

6.5.2. Différences de comportements, d'état de santé et d'utilisation des services de santé en fonction du niveau de compétences en matière de santé des individus

Il ressort des données que les personnes qui possèdent un niveau supérieur de compétences en santé ont tendance à avoir un mode de vie plus sain : elles consomment des fruits et légumes plus fréquemment et font plus d'exercice physique que les personnes qui possèdent un niveau inférieur de compétences en santé (Tableau 6.2). Elles déclarent également plus souvent être généralement en bonne santé et moins souvent souffrir de maladies ou problèmes de santé de longue durée (Tableau 6.3). Enfin, elles ont moins tendance à faire appel aux services de santé d'urgence et à des chirurgiens (Tableau 6.4).

Par exemple, en moyenne dans les 15 pays de l'OCDE inclus dans l'enquête HLS19 pour lesquels on dispose de données, une différence de 10 points de pourcentage quant au nombre de tâches perçues par les individus comme « très faciles » ou « faciles » est corrélée avec un écart de 2 points de la probabilité que les répondants déclarent consommer des fruits et légumes au moins quatre jours par semaine. Cet écart s'établit à 1.4 point lorsque sont comparés des individus possédant des niveaux différents de compétences en matière de santé et de même âge, genre, niveau de formation et niveau de pauvreté. De même, en moyenne dans les pays de l'OCDE inclus dans l'enquête HLS19, un écart de 10 points de pourcentage quant au nombre de tâches perçues par les individus comme « très faciles » ou « faciles » est corrélé avec une augmentation de 2.1 points de la probabilité que les répondants déclarent faire de l'exercice physique au moins quatre jours par semaine. Cette variation s'établit à 1.9 point de pourcentage lorsque sont comparés des individus possédant des niveaux différents de compétences en matière de santé et de même âge, genre, niveau de formation et niveau de pauvreté.

De même, en moyenne dans les 15 pays de l'OCDE inclus dans l'enquête HLS19, une différence de 10 points de pourcentage quant au nombre de tâches relevant des compétences en matière de santé perçues par les individus comme « très faciles » ou « faciles » est corrélée avec une augmentation de 3.9 points de la probabilité que les répondants déclarent être en très bonne ou en bonne santé. Cette variation correspond à une hausse de 2.4 points lorsque sont comparés des individus possédant des niveaux différents de compétences en matière de santé et de même âge, genre, niveau de formation et niveau de pauvreté.

Tableau 6.2. Corrélation entre compétences en matière de santé et modes de vie sains dans certains pays de l'OCDE, 2019-20

Variation du pourcentage d'adultes consommant des fruits et légumes au moins quatre jours par semaine et du pourcentage d'adultes faisant de l'exercice physique au moins quatre jours, pour chaque point d'écart entre le nombre de tâches relevant des compétences en matière de santé que les individus jugent « très faciles » et celui des tâches qu'ils jugent « faciles »

	Consommation de fruits et légumes		Activité physique	
	Sans variables de contrôle	Avec variables de contrôle socioéconomiques	Sans variables de contrôle	Avec variables de contrôle socioéconomiques
Allemagne	0.26*	0.19*	0.19*	0.17*
Autriche	0.32*	0.27*	0.29*	0.25*
Belgique	0.18*	0.12*	0.17*	0.15*
Danemark	0.26*	0.18*	0.25*	0.22*
France	0.16*	0.11*	0.09	0.07
Hongrie	0.21*	0.11	0.17*	0.24*
Irlande	0.11*	0.05	0.15*	0.13*
Israël	0.28*	0.17*	0.20*	0.09
Italie	0.21*	0.20*	0.25*	0.23*
Moyenne OCDE (HLS19)	0.20*	0.14*	0.21*	0.19*
Norvège	0.15*	0.09*	0.24*	0.22*
Portugal	0.02	0.05	0.19*	0.11
République slovaque	0.34*	0.28*	0.33*	0.26*
République tchèque	0.15*	0.04	0.22*	0.20*
Slovénie	0.19*	0.19*	0.34*	0.36*
Suisse	0.15*	0.09	0.14*	0.10

Note : les variables de contrôle socioéconomiques comprennent l'âge, le genre, le niveau de formation et le niveau de pauvreté.

Les résultats sont basés sur des modèles de probabilité linéaires. Le choix de modèles de probabilité linéaires au lieu de modèles logistiques ou de modèles de probit, compte tenu de la nature muette de la variable dépendante, est guidé par l'interprétabilité et par le fait que les estimations issues de différents ensembles de modèles de probabilité linéaires sont plus comparables entre les modèles que les estimations à partir de modèles de régression logistique ou probit (Mood, 2009^[80]). Les estimations peuvent toutefois ne pas être valides pour les valeurs proches des limites. L'astérisque (*) indique la signification statistique au niveau de 5 %.

Source : Consortium HLS19 du Réseau d'action M-POHL de l'OMS (2021^[19]), *International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19) of M-POHL*, <https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/inline-files/HLS19%20International%20Report.pdf>.

StatLink  <https://stat.link/4eksj5>

Tableau 6.3. Corrélation entre compétences en matière de santé et santé dans certains pays de l'OCDE, 2019-20

Variation du pourcentage d'adultes déclarant être en très bonne ou bonne santé et d'adultes déclarant souffrir d'au moins une maladie ou un problème de santé de longue durée pour chaque point d'écart entre le pourcentage de tâches relevant des compétences en matière de santé que les individus jugent « très faciles » et celui des tâches qu'ils jugent « faciles »

	Adultes déclarant être en très bonne ou bonne santé		Adultes déclarant souffrir d'au moins une maladie ou un problème de santé de longue durée	
	Sans variables de contrôle	Avec variables de contrôle socioéconomiques	Sans variables de contrôle	Avec variables de contrôle socioéconomiques
Allemagne	0.52*	0.31*	-0.19*	-0.04
Autriche	0.43*	0.31*	-0.32*	-0.19*
Belgique	0.32*	0.25*	-0.03	-0.03
Danemark	0.59*	0.45*	-0.24*	-0.19*
France	0.41*	0.31*	-0.15*	-0.11*
Hongrie	0.36*	0.24*	-0.23*	-0.18*
Irlande	0.32*	0.2*	-0.15*	-0.1*
Israël	0.2*	0.15*	-0.15*	-0.17*
Italie	0.31*	0.2*	-0.15*	-0.08*
Moyenne OCDE (HLS19)	0.39*	0.24*	-0.22*	-0.13*
Norvège	0.31*	0.23*	-0.15*	-0.09
Portugal	0.63*	0.2*	-0.63*	-0.32*
République slovaque	0.42*	0.1*	-0.27*	-0.04
République tchèque	0.15*	0.15*	-0.04	-0.05
Slovénie	0.62*	0.31*	-0.42*	-0.18*
Suisse	0.33*	0.24*	-0.14*	-0.11

Note : les variables de contrôle socioéconomiques comprennent l'âge, le genre, le niveau de formation et le niveau de pauvreté.

Les résultats sont basés sur des modèles de probabilité linéaires. Le choix de modèles de probabilité linéaires au lieu de modèles logistiques ou de modèles de probit, compte tenu de la nature muette de la variable dépendante, est guidé par l'interprétabilité et par le fait que les estimations issues de différents ensembles de modèles de probabilité linéaires sont plus comparables entre les modèles que les estimations à partir de modèles de régression logistique ou probit (Mood, 2009^[80]). Les estimations peuvent toutefois ne pas être valides pour les valeurs proches des limites. L'astérisque (*) indique la signification statistique au niveau de 5 %.

Source : Consortium HLS19 du Réseau d'action M-POHL de l'OMS (2021^[19]), *International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19) of M-POHL*, <https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/inline-files/HLS19%20International%20Report.pdf>.

StatLink  <https://stat.link/7fqw4z>

Comme les individus dotés d'un niveau élevé de compétences en matière de santé adoptent des modes de vie plus sains, sont globalement en meilleure santé et savent mieux gérer leurs affections, ils ont moins tendance à faire appel aux services d'urgence ou à des chirurgiens, toutes autres choses étant égales (Tableau 6.4). En période de restrictions budgétaires pour la santé publique, réduire la nécessité d'utiliser les services d'urgence et les soins spécialisés peut contribuer à abaisser le coût des soins de santé.

Tableau 6.4. Corrélation entre compétences en matière de santé et recours aux services de santé d'urgences et chirurgiens dans certains pays de l'OCDE, 2019-20

Variation du pourcentage d'adultes déclarant avoir eu recours à des services de santé d'urgence dans les 24 derniers mois et fait appel à un médecin spécialiste ou à un chirurgien au moins une fois dans les 12 derniers mois, pour chaque point d'écart entre le pourcentage de tâches relevant des compétences en matière de santé que les individus jugent « très faciles » et celui des tâches qu'ils jugent « faciles »

	Adultes ayant recours à des services de santé d'urgence		Adultes faisant appel à des médecins spécialistes ou chirurgiens	
	Sans variables de contrôle	Avec variables de contrôle socioéconomiques	Sans variables de contrôle	Avec variables de contrôle socioéconomiques
Allemagne	-0.11*	-0.02	-0.16*	-0.11*
Autriche	-0.27*	-0.23*	-0.04	-0.04
Belgique	-0.19*	-0.15*	0.09	0.08
Danemark	-0.09*	-0.04	-0.12*	-0.15*
France	-0.13*	-0.09*	-0.08	-0.09
Hongrie	-0.23*	-0.2*	-0.08	-0.07
Irlande	-0.18*	-0.09	-0.18*	-0.21*
Israël	-0.19*	-0.13	-0.04	-0.03
Italie	-0.07*	-0.03	0.01	0.01
Moyenne OCDE (HLS19)	-0.17*	-0.12*	-0.07	-0.04
Norvège	-0.13*	-0.1*	-0.08	-0.064
Portugal	-0.34*	-0.3*	-0.12	-0.12
République slovaque	-0.23*	-0.18*	-0.14*	-0.05
République tchèque	-0.05	0.02	0	-0.01
Slovénie	-0.14*	-0.1*	-0.13*	-0.04
Suisse	-0.13*	-0.09	-0.12*	-0.09

Note : les variables de contrôle socioéconomiques comprennent l'âge, le genre, le niveau de formation et le niveau de pauvreté. Les résultats sont basés sur des modèles de probabilité linéaires. Le choix de modèles de probabilité linéaires au lieu de modèles logistiques ou de modèles de probit, compte tenu de la nature muette de la variable dépendante, est guidé par l'interprétabilité et par le fait que les estimations issues de différents ensembles de modèles de probabilité linéaires sont plus comparables entre les modèles que les estimations issues de modèles de régression logistique ou de probit (Mood, 2009^[80]). Les estimations peuvent toutefois ne pas être valides pour les valeurs proches des limites. L'astérisque (*) indique la signification statistique au niveau de 5 %.

Source : Consortium HLS19 du Réseau d'action M-POHL de l'OMS (2021^[19]), *International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19) of M-POHL*, <https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/inline-files/HLS19%20International%20Report.pdf>.

StatLink  <https://stat.link/mz1l5e>

6.6. Politiques publiques en faveur des compétences en matière de santé et d'un meilleur accès aux informations et aux services de santé

L'Allemagne, l'Autriche, l'Irlande et le Portugal ont pris des mesures pour promouvoir les compétences en matière de santé de la population et/ou adapter la façon dont les informations sont diffusées afin que des individus de niveaux de compétence différents puissent accéder aux services de santé et en profiter. La section qui suit porte sur ces quatre pays et les politiques et initiatives mises en œuvre au cours des quelques dernières années.

6.6.1. Autriche

Les compétences en matière de santé ont suscité une vive attention à l'échelle nationale en Autriche après la parution des résultats préliminaires de l'enquête HLS-EU en 2011/12, révélant que ces compétences étaient nettement en deçà des attentes des pouvoirs publics (Dietscher, Nowak et Pelikan, 2020^[81]). Environ 56 % de la population autrichienne avait des compétences limitées, soit une proportion supérieure à la moyenne internationale de 48 % (HLS-EU-Consortium, 2012^[82] ; Sørensen et al., 2015^[16]). La même année, deux réformes fondamentales sont engagées en Autriche dans le but d'accroître, en 20 ans, le nombre d'« années vécues en bonne santé » par les habitants du pays. Ces réformes s'articulent en dix cibles nationales pour la santé publique, définies en concertation avec les parties prenantes de différents secteurs, les institutions concernées et la société civile (Dietscher, Nowak et Pelikan, 2020^[81]). L'amélioration des compétences en santé de la population fait partie des dix cibles nationales² (Ministère fédéral des Affaires sociales, de la Santé, des Soins et de la Protection des consommateurs, 2022^[83]).

Pour améliorer les compétences en santé des Autrichiens, un groupe de travail constitué de représentants de différents domaines de politique publique, d'organisations expertes, d'organisations non gouvernementales et d'institutions de sécurité sociale est instauré. Il a pour mission d'élaborer trois cibles secondaires et d'adopter des interventions correspondantes dans différents secteurs, dont les soins de santé, l'éducation, les collectivités et le travail parascolaire des jeunes (Dietscher, Nowak et Pelikan, 2020^[81]). En appliquant les principes de la « direction par objectifs », les représentants du ministère autrichien de la Santé, des provinces autrichiennes et des institutions de sécurité sociale définissent des domaines d'intervention qui sont ensuite développés pendant la deuxième phase de la stratégie de réforme nationale (2017-21) (Dietscher, Nowak et Pelikan, 2020^[81]).

Le groupe a pour but d'améliorer la qualité des communications et des informations dans le secteur de la santé au moyen d'un site national d'informations sur la santé³ ainsi qu'en fixant des priorités nationales. L'Alliance autrichienne pour les compétences en santé (*Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz*) est par ailleurs créée en tant que structure nationale de coordination de l'action dans ce domaine. Financée par les mécanismes de la réforme autrichienne de la santé en cours, elle engage quelques nouvelles interventions et contribue à d'autres, déjà amorcées par les cibles nationales de santé (Dietscher, Nowak et Pelikan, 2020^[81]). Le groupe envisage par ailleurs la participation continue de l'Autriche aux enquêtes européennes sur la littératie en santé (HSL-EU). Pendant la deuxième période de la stratégie de réforme autrichienne, l'amélioration de la structure organisationnelle des compétences en santé est ajoutée aux objectifs (Ministère fédéral de l'Éducation et de la Femme, 2017^[84] ; Dietscher, Nowak et Pelikan, 2020^[81]).

Mise en œuvre en 2015, l'Alliance autrichienne pour les compétences en santé susmentionnée devient ensuite essentielle au développement de ces compétences. Une équipe centrale, présidée par un représentant du ministère fédéral autrichien des Affaires sociales, de la Santé, des Soins et de la Protection du consommateur, et composée de représentants du gouvernement fédéral, des États fédéraux, des institutions de sécurité sociale et de partenaires Santé dans toutes les politiques, constitue l'organe décisionnel de l'Alliance. Les organisations et les individus dont les activités et les projets contribuent à l'amélioration des compétences en santé de la population sont encouragés à adhérer à l'Alliance (Plate-forme autrichienne sur les compétences en matière de santé, 2022^[85]).

Outre la conférence annuelle nationale consacrée aux compétences en santé qu'elle organise, l'Alliance établit des groupes de travail intersectoriels chargés de créer des activités, des orientations et des outils dans cinq domaines particuliers : 1) la qualité des informations de santé (élaboration de documents pouvant être compris par un large éventail de personnes) ; 2) la qualité des communications dans le contexte des soins de santé (améliorer les compétences conversationnelles des professionnels de santé et donner aux patients les moyens de demander plus d'éclaircissements) ; 3) les organisations sensibles à la problématique des compétences en santé ; 4) la capacité d'action des citoyens et des patients ; et 5) la mesure des compétences en santé par la participation continue à l'enquête HLS-EU et aux enquêtes

de suivi (HLS19), et l'élaboration d'autres enquêtes sur les compétences en santé (axées sur le SARS-CoV-2 ou les compétences des enfants) (Plate-forme autrichienne sur les compétences en matière de santé, 2022^[85] ; 2022^[86]).

L'enquête HLS-EU constate qu'un grand nombre d'Autrichiens peinent à établir la fiabilité des informations sur la santé auxquelles ils sont exposés (Pelikan, Röthlin et Ganahl, 2013^[87]). Sachant qu'une étude menée en 2015 indiquait que 11 % seulement des articles concernant la santé et les maladies publiés en ligne et dans la presse autrichienne présentaient correctement les connaissances scientifiques, tandis que 60 % exagéraient ou minimisaient les faits, l'insécurité des Autrichiens quant à leur capacité d'évaluation de la qualité des informations écrites sur la santé n'est pas surprenante (Kerschner et al., 2015^[88]). Pour remédier à la situation, l'Alliance définit 15 critères de qualité des informations de santé que les organisations sont encouragées à utiliser dans les vidéos, brochures, sites web ou autres (Encadré 6.2.). Elle crée également un guide pratique de la rédaction d'informations sur la santé en langage clair. Par ailleurs, deux aide-mémoire mis au point par l'Alliance aident les individus et les prestataires de santé à déterminer si les informations écrites sur la santé qu'ils reçoivent ou veulent transmettre à leurs patients sont dignes de confiance et de bonne qualité. Afin d'améliorer les compétences en santé des réfugiés qui ne parlent pas l'allemand, l'Alliance réalise de courtes vidéos sur le système de santé autrichien en arabe, en dari et en somali (Plate-forme autrichienne sur les compétences en matière de santé, 2022^[89]).

Encadré 6.2. Critères de l'Alliance autrichienne pour les compétences en santé applicables à la publication d'informations de qualité

L'Alliance autrichienne pour les compétences en santé a réalisé un guide destiné aux organisations désireuses de produire des informations de santé de qualité. Elle les encourage également à rédiger et publier des documents de méthode décrivant comment les critères de qualité définis par l'Alliance ont été pris en considération dans leurs publications. Cette démarche devrait à son tour renforcer la crédibilité des organisations et leur permettre de jouer un rôle de modèle (Plate-forme autrichienne sur les compétences en matière de santé, 2020^[90]).

Les 15 critères sont regroupés en critères de base (critères 1 à 3), critères de sélection et de présentation des faits (critères 4 à 11) et critères de crédibilité (critères 12 à 15) (Plate-forme autrichienne sur les compétences en matière de santé, 2020^[90]).

Critères de base

1. **Identification des besoins d'information particuliers.** Les informations de santé doivent être adaptées au groupe cible, compréhensibles et utiles.
2. **Recherche systématique.** Les sources utilisées doivent être choisies de manière appropriée pour la question posée et aisément vérifiables.
3. **Sélection des éléments probants.** Le groupe cible doit recevoir les informations les plus récentes issues des meilleures études disponibles tout en étant informé des lacunes et des biais possibles de la recherche.

Critères de sélection et de présentation des faits

4. **Choix et présentation des résultats (indicateurs de résultats).** Le groupe cible doit recevoir des informations par le biais des indicateurs de résultats sélectionnés pour évaluer les incidences sur la vie quotidienne.
5. **Choix et présentation des comparaisons.** Les individus doivent pouvoir s'appuyer sur les faits afin de prendre des décisions éclairées pour ou contre un examen ou un traitement.

6. **Chiffres et risques.** Les bienfaits et les dangers doivent être présentés de manière équilibrée, appropriée pour le genre des personnes et compréhensible, en exposant les risques de façon pragmatique et uniforme au moyen de valeurs de référence (ex. 1 sur 1 000).
7. **Prise en considération des différences d'âge et de genre.** Le groupe cible doit être informé de l'évolution naturelle de la maladie et des effets, bienfaits, dangers et risques de l'intervention en fonction de l'âge et du genre.
8. **Adaptation au groupe cible.** Les contenus, les aspects culturels, le langage, la présentation et le support doivent être adaptés au groupe cible.
9. **Présentation objectivement appropriée.** Une présentation textuelle et visuelle appropriée et réaliste doit servir de base au groupe cible pour prendre des décisions, et les éventuelles incertitudes doivent être indiquées.
10. **Classements et recommandations.** Par la séparation claire de l'information et des recommandations, le groupe cible doit pouvoir prendre des décisions de santé conformes à ses besoins et ses valeurs.
11. **Procédure pour la préparation d'aides à la décision.** Le groupe cible doit pouvoir prendre des décisions éclairées pour ou contre différentes options d'examen et de traitement.

Critères de crédibilité

12. **Transparence au sujet des personnes responsables.** Les utilisateurs doivent pouvoir évaluer la source et la fiabilité des informations de santé.
13. **Déclaration des conflits d'intérêts.** Les utilisateurs doivent pouvoir détecter les conflits d'intérêts derrière les informations.
14. **Description des formats et des contenus.** Les individus doivent pouvoir décider rapidement s'ils veulent utiliser les informations de santé.
15. **Mise à jour des contenus.** Les utilisateurs doivent pouvoir évaluer l'actualité de l'information et le processus de mise à jour.

Source : Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (2020^[90]), *Gute Gesundheitsinformation Österreich: Die 15 Qualitätskriterien (Qualité des informations sur la santé en Autriche : Les 15 critères)*, https://oepgk.at/wp-content/uploads/2020/12/2020_11_18_die-gute-gesundheitsinformation.pdf.

La clarté de communication ne concerne pas seulement les informations de santé écrites ou enregistrées. Selon l'enquête HLS-EU de 2011/12, 22 % des répondants indiquent avoir des difficultés à comprendre leur médecin, tandis que 32 % ont du mal à se décider sur une intervention médicale proposée à partir des informations reçues de leur médecin (HLS-EU-Consortium, 2012^[82]). L'enquête HLS-EU de 2019 recense des difficultés à l'égard de la participation active des patients : temps de dialogue suffisant, langage facile à comprendre, patients encouragés à exprimer leur avis personnel et leurs idées, écoute active des patients et implication des patients dans la prise de décision (Griebler et al., 2021^[91]). Pour améliorer la qualité du dialogue dans le contexte des soins de santé et créer une culture davantage centrée sur le patient, l'Alliance élabore une stratégie nationale intégrée en quatre axes : capacité d'action des personnels, capacité d'action des patients, développement de l'organisation et des procédés, développement du système et de la culture de santé (Plate-forme autrichienne sur les compétences en matière de santé, 2022^[92]).

En termes plus concrets, les professionnels de santé devraient pouvoir améliorer leurs compétences conversationnelles à tous les stades de leur carrière : à l'école, en formation, dans l'enseignement supérieur ou dans le milieu professionnel. Des cours de communication et des programmes de formation des formateurs sont créés à cette fin. Un réseau national de formateurs est également mis en place. Des retours très positifs sur les formations sont reçus des participants, qui indiquent par ailleurs une forte

amélioration de leurs compétences autoévaluées après formation (Ammentorp et al., 2021^[93] ; Plate-forme autrichienne sur les compétences en matière de santé, 2022^[92] ; Sator, Holler et Rosenbaum, 2021^[94]).

La communication ne devant pas être à sens unique, les patients sont eux aussi encouragés à jouer un rôle actif dans leur santé. Pour valoriser leur rôle, l'Alliance crée une adaptation autrichienne de l'initiative internationale « Ask me 3 », laquelle encourage les patients à poser au moins trois questions lors d'une consultation médicale : 1) Quel est mon problème de santé ? ; 2) Que puis-je faire ? ; et 3) Pourquoi ? Les professionnels de santé doivent pour leur part veiller à ce que les patients se sentent suffisamment à l'aise pour poser des questions et à ce qu'ils comprennent les réponses (Ministère fédéral de la Santé et des Femmes, 2022^[95]). Certaines institutions de sécurité sociale proposent en outre de former et d'accompagner les patients pour les préparer aux consultations médicales (Dietscher, Nowak et Pelikan, 2020^[81] ; Plate-forme autrichienne sur les compétences en matière de santé, 2022^[92]). Valoriser le rôle des patients, c'est aussi bien concevoir et bien appliquer leurs droits. Les premiers résultats de recherche en 2020 ayant mis au jour la nécessité d'améliorer la conception et la mise en application des droits des patients, des propositions plus concrètes dans ce sens sont en préparation (Ministère fédéral de la Santé et des Femmes, 2022^[95] ; Schmotzer et Nowak, 2021^[96]).

L'Alliance ambitionne également d'améliorer l'aspect organisationnel des compétences en santé. En créant un kit de démarrage, constitué d'un guide pratique décrivant neuf processus secondaires différents et quatre outils d'autoévaluation utilisables par les établissements de santé, les unités de soins primaires, les entreprises et les établissements qui proposent des activités parascolaires pour les jeunes, l'Alliance veut aider les organisations à réaliser cet objectif. Elle élabore et teste également un dispositif selon lequel les organisations peuvent demander à être certifiées « organisation compétente en santé » (Plate-forme autrichienne sur les compétences en matière de santé, 2022^[97]).

Dans l'ensemble, la publication à point nommé de la première enquête HLS-EU en 2011/12 permet d'incorporer les compétences en matière de santé dans les cibles de santé et dans la méthode de « direction par objectifs » de la réforme de la santé en Autriche. C'est ainsi que plusieurs domaines prioritaires peuvent être établis et que des activités correspondantes pour améliorer les compétences en matière de santé de la population autrichienne peuvent être créées. Cependant, même s'il est généralement admis que les interventions dans le domaine des compétences en santé devraient être effectuées dans les différents secteurs qui influencent les résultats, comme l'éducation ou les collectivités, les discussions concernent principalement le secteur des soins de santé. Qui plus est, si les premiers projets pilotes sont encourageants, les interventions en matière de compétences en santé n'ont pas encore prouvé leur efficacité à long terme ni maintenu le financement et l'intérêt publics.

Les résultats de l'enquête HLS19 à laquelle l'Autriche participe avec 16 autres pays montrent que sa position relativement aux compétences en matière de santé s'est nettement améliorée. Il ressort de ces résultats prometteurs que les efforts déployés en valaient la peine. À l'heure actuelle, les priorités pour la prochaine période de réforme de la santé (2024-28/9) sont en cours de négociation et l'on espère que les compétences en matière de santé en feront partie.

6.6.2. Allemagne

Après la publication en Allemagne des résultats de l'enquête HLS-EU en 2012 (HLS-EU-Consortium, 2012^[82]) ainsi que d'études sur les compétences en matière de santé (Jordan et Hoebel, 2015^[98] ; Schaeffer et al., 2016^[99]), une initiative indépendante de la société civile est mise sur pied dans le but d'élaborer un plan d'action pour la promotion des compétences en matière de santé de la population (Schaeffer et al., 2021^[13]).

Un groupe d'experts indépendants, une série d'ateliers en groupe de travail avec des représentants de différents secteurs et un bureau de surveillance sont constitués. Le groupe d'experts contribue à l'élaboration du cadre du Plan d'action national en dépouillant les articles publiés sur la définition des

compétences en matière de santé et leurs déterminants, en étudiant les plans d'action déjà en vigueur sur la promotion de ces compétences et en analysant l'efficacité des différentes interventions. La phase de cadrage aboutit à identifier quatre priorités thématiques (domaines d'action) et à créer des groupes de travail chargés de formuler des recommandations et principes directeurs de la mise en œuvre d'initiatives visant à faire avancer les priorités thématiques (l'Encadré 6.3 décrit les recommandations sur les quatre priorités thématiques et les principes directeurs de la mise en œuvre de ces recommandations) (Schaeffer et al., 2021^[13]).

Deux ateliers et des consultations individuelles avec des partenaires potentiels, parties prenantes, groupes d'intérêt et représentants des patients sont ensuite consacrés à l'examen des éléments centraux du Plan d'action national. Le premier réunit des parties prenantes des systèmes de santé et d'éducation ainsi que l'Alliance pour les compétences en santé, et le second des organismes de patients et d'entraide. Experts et participants se penchent sur les éléments centraux du Plan d'action national en répondant à trois questions : 1) L'importance du domaine d'action pour l'Allemagne a-t-elle été définie ? 2) Quels domaines d'action devraient être au centre du plan d'action ? 3) Quels acteurs et partenaires peuvent promouvoir ces démarches ? Les principaux objectifs des ateliers et des consultations individuelles consistent à inclure différentes perspectives dans la version finale du Plan d'action, à établir des collaborations avec les parties prenantes importantes de différents secteurs et à créer la motivation autour de la mise en œuvre du Plan d'action (Schaeffer et al., 2021^[13]).

La version finale du Plan d'action national, publiée en 2018, comporte une section expliquant l'intérêt politique et social des compétences en santé, les concepts et les définitions des compétences en santé, les constats empiriques cruciaux et 15 recommandations dans 4 domaines d'action. Les domaines d'action portent sur : 1) la promotion des compétences en santé dans tous les domaines du quotidien ; 2) la création d'un système de santé proche de l'usage, centré sur celui-ci et sensible à la problématique des compétences en santé ; 3) la vie avec une maladie chronique ; et 4) l'élargissement systématique de la recherche sur les compétences en santé. En plus d'expliquer l'intérêt de chaque recommandation, le rapport propose des actions concrètes et les acteurs qui devraient mettre en œuvre chaque recommandation (Schaeffer et al., 2018^[100]). L'Encadré 6.3 présente les 15 recommandations et les 5 principes directeurs à appliquer dans la mise en œuvre du Plan d'action national.

Encadré 6.3. Plan d'action national de l'Allemagne : 15 recommandations pour améliorer les compétences en santé de la population

Domaine d'action 1 : Promouvoir les compétences en santé dans tous les domaines de la vie quotidienne

1. **Donner au système d'éducation les moyens de promouvoir les compétences en santé dès la petite enfance.** Il faut pour cela intégrer les compétences en santé dans les programmes d'enseignement primaire et secondaire, d'enseignement supérieur, de formation professionnelle et de formation des adultes.
2. **Promouvoir les compétences en santé dans la vie professionnelle et sur le lieu de travail.** Par exemple, en organisant des formations sur les compétences en santé au travail.
3. **Consolider les compétences en santé relatives à l'alimentation et à la nutrition.** L'une des recommandations pour consolider les compétences en santé relatives à la nutrition en Allemagne consiste à étiqueter de manière plus claire et compréhensible les produits de consommation, en particulier les produits alimentaires, les boissons et les compléments alimentaires, et d'imposer aux fabricants alimentaires un système de feux de signalisation pour indiquer la valeur nutritionnelle des aliments sur les emballages.

4. **Faciliter le traitement des informations de santé dans les médias.** Le Plan d'action national de l'Allemagne propose de donner aux professionnels de santé le pouvoir de recommander des informations de santé de qualité assurée, imprimées ou numériques.
5. **Donner aux collectivités les moyens de consolider les compétences en santé des citoyens dans leur environnement de vie.** Le Plan d'action national propose de consolider les compétences en santé des citoyens en collaborant avec les institutions nationales, clubs sportifs, salles de musculation, initiatives citoyennes et groupes d'entraide pour élaborer des manifestations intéressantes au cours desquelles parler des problèmes de santé dans le quartier ou la collectivité.

Domaine d'action 2 : Créer un système de santé proche de l'utilisateur et sensible à la problématique des compétences en santé

6. **Intégrer les compétences en matière de santé à tous les niveaux du système de santé.** Il faut pour cela inclure la promotion des compétences dans la structure du système de santé et supprimer les obstacles dressés par les organisations et professions de la santé, par exemple, par le développement adéquat du système de rémunération.
7. **Faciliter l'orientation dans le système de santé, accroître la transparence et réduire les obstacles administratifs.** Une démarche proposée en Allemagne consiste à faciliter l'orientation entre les organisations de santé et en leur sein, et à simplifier les démarches administratives, notamment les formulaires et les contrats.
8. **Créer des communications compréhensibles et efficaces entre les professionnels de santé et les usagers.** Un exemple de ce qui peut être fait en Allemagne pour faciliter la compréhension des informations de santé consiste à mettre en place des services d'interprétation et des aides à la traduction afin que la langue ne soit pas un obstacle pour les immigrés ou les réfugiés.
9. **Créer des informations de santé accessibles.** Le Plan d'action suggère de penser à simplifier les informations de santé, par exemple en les rédigeant en langage simple ou par une présentation visuelle, afin que les personnes qui ont des difficultés à lire et à comprendre la langue puissent aussi y accéder et les comprendre.
10. **Faciliter et renforcer la participation des patients.** Par exemple, en élaborant des pratiques harmonisées de prise en compte de l'avis des patients tout au long du traitement et de la prise en charge, ainsi qu'en stipulant plus clairement les droits des patients relativement aux prestataires de soins.

Domaine d'action 3 : Vivre avec une maladie chronique

11. **Intégrer les compétences en matière de santé dans la prise en charge des maladies chroniques.** Il s'agit de concevoir la prise en charge des personnes atteintes de maladie chronique en prenant en compte non seulement les aspects physiques de la maladie, mais aussi les difficultés psychologiques, sociales et économiques qu'elle pose.
12. **Faciliter et accompagner une gestion de la progression de la maladie et de ses conséquences qui soit sensible à la problématique des compétences en matière de santé.** Une démarche suggérée consiste à promouvoir des initiatives permettant de mieux comprendre un traitement prescrit, par exemple la prise de médicaments, et de conditionner plusieurs médicaments dans le même emballage pour les patients devant en prendre plus d'un. L'objectif serait de renforcer les compétences en santé des personnes atteintes de maladie chronique en les aidant à prendre en charge leurs médicaments.

13. **Renforcer les capacités d'autogestion des personnes atteintes de maladie chronique et de leurs familles.** Il est proposé, en Allemagne, de penser à adapter les programmes d'autogestion de telle sorte qu'ils soient axés non seulement sur l'avis de l'expert, mais aussi sur le point de vue et les problèmes des personnes atteintes de la maladie et de leurs proches.

14. **Promouvoir les compétences en matière de santé pour faire face à la vie de tous les jours et à la maladie chronique.** Une proposition consiste à utiliser les médias pour informer le public sur l'importance et l'incidence des maladies chroniques. Il s'agit en outre de rendre les personnes atteintes de maladie chronique et leurs familles plus visibles afin de sensibiliser le public aux difficultés (parfois invisibles) rencontrées par ces personnes.

Domaine d'action 4 : Mener systématiquement des recherches sur les compétences en matière de santé

15. **Développer la recherche sur les compétences en matière de santé.** Le Plan d'action propose de mesurer régulièrement les compétences en santé de la population et d'examiner leurs déterminants individuels, sociaux et organisationnels, l'objectif étant d'élaborer des interventions fondées sur les faits.

Principes de base à prendre en compte dans la mise en œuvre du Plan d'action national

1. Réduire les inégalités sociales et les inégalités de santé.
2. Faire changer les conditions individuelles, mais aussi structurelles.
3. Favoriser la participation des usagers et la prise de décision commune.
4. Utiliser les possibilités offertes par la transformation numérique.
5. Établir la coopération d'acteurs de tous les secteurs de la société.

Source : Schaeffer et al. (2018_[100]), *National Action Plan Health Literacy: Promoting Health Literacy in Germany*, www.hlca-consortium.de/wp-content/uploads/2018/06/National-Action-Plan-Health-Literacy.pdf; Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz Geschäftsstelle (2020_[101]), *15 konkrete Empfehlungen, um die Gesundheitskompetenz zu stärken (15 concrete recommendations to strengthen health literacy)*, www.nap-gesundheitskompetenz.de/aktionsplan/.

Afin d'accroître l'impact du Plan d'action national sur les compétences en santé, une stratégie de diffusion, dissémination et mise en œuvre collaborative et coproductrice est définie. À la suite d'une manifestation réussie destinée aux représentants des médias, du milieu politique, des sciences et de l'administration, le Plan d'action national est distribué par courrier et en ligne. Il est en outre diffusé dans diverses revues et par le biais d'exposés lors de conférences afin d'atteindre les principaux acteurs de la mise en œuvre, notamment les politiques et les décideurs à l'échelon fédéral et à celui des États individuels, les dirigeants des associations et organisations du secteur de la santé ainsi que les représentants des secteurs de l'éducation et de la formation. Un site dédié⁴ est créé pour renseigner le grand public sur le Plan d'action national et fournir des informations complètes et actuelles sur son évolution, les domaines d'action, les recommandations, les manifestations futures et passées, et sur le sujet des compétences en matière de santé en général (Schaeffer, Gille et Hurrelmann, 2020_[102]).

La mise en œuvre du Plan d'action national nécessite de traduire les 15 recommandations en mesures concrètes et de s'appuyer sur le concours des parties prenantes. À cette fin, certaines recommandations sont développées dans des documents de stratégie et de politique, lesquels examinent divers aspects des compétences en santé et de groupes de population particuliers. Plusieurs ateliers sont ainsi organisés, réunissant des experts de la science et de la pratique pour mieux définir certaines recommandations du Plan d'action national. Au total, huit documents de stratégie et quatre documents de pratique sont publiés à ce jour, l'un des plus récents ajouts étant un appel à intensifier la promotion des compétences en matière de santé dans le contexte de la pandémie de COVID-19 et à tenir compte des recommandations du Plan d'action national sur les compétences en santé et ses documents de stratégie (Schaeffer et al., 2022_[103]).

Depuis la publication du Plan d'action national, plusieurs projets sur les compétences en santé sont élaborés et mis en œuvre. S'ajoutent au Plan d'action national, en Allemagne, des réseaux et groupes d'intérêt dont l'action est axée sur les compétences en matière de santé (Schaeffer et Gille, 2021^[9]). Par exemple, le ministère fédéral de la Santé, de concert avec les parties prenantes du système de santé allemand, crée l'Alliance pour les compétences en matière de santé (*Allianz für Gesundheitskompetenz*) (Ministère fédéral de la Santé, s.d.^[104]) en 2017. Ses membres sont engagés à créer de nouveaux projets pour améliorer ces compétences. Le réseau allemand pour les compétences en matière de santé (*Deutsches Netzwerk Gesundheitskompetenz*), fondé en 2019 (Schaeffer et Ollenschläger, 2019^[105]), le groupe de travail sur les compétences en matière de santé du Réseau allemand pour la recherche sur les services de santé (*Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung*) (Ernstmann et al., 2020^[106]) et la division de l'information et de la participation des patients au sein du Réseau allemand pour la médecine fondée sur les faits (*Netzwerk Evidenzbasierte Medizin*) (Lühnen et al., 2017^[107]) méritent aussi d'être cités dans ce contexte. Par ailleurs, l'« Alliance Compétences en santé et école » (*Allianz Gesundheitskompetenz und Schule*) préconise depuis peu d'élaborer une stratégie coordonnée pour la promotion globale des compétences en matière de santé à l'école et sa mise en œuvre systématique (Okan et al., 2021^[108]). La plupart des initiatives sont relativement récentes.

Bien que le débat sur les compétences en matière de santé ait démarré en Allemagne il y a plus de dix ans – plus tardivement que dans bon nombre d'autres pays – un important corpus de recherche sur le sujet est constitué. Plusieurs études sur les compétences en matière de santé de la population allemande sont publiées, de même que les résultats pour des groupes de population particuliers (enfants et adolescents, personnes issues de l'immigration, etc.) et de nombreux autres aspects des compétences en matière de santé. La recherche sur les interventions progresse elle aussi à petits pas. Les chercheurs, longtemps focalisés sur la prise en compte de la problématique des compétences en santé dans les organisations, commencent à s'intéresser à la sensibilité des professionnels de santé à cette même problématique (Schaeffer, Haarmann et Griese, 2023^[109]). Malgré ces progrès, il serait souhaitable d'augmenter le financement de la recherche dans le domaine des compétences en matière de santé.

6.6.3. Irlande

En Irlande, les compétences en matière de santé sont un élément important du Cadre pour une Irlande en bonne santé (*Healthy Ireland Framework*). Une partie de ce cadre est créée par plusieurs partenaires (le ministère de la Santé, le ministère de l'Enfance et de la Jeunesse, le ministère de l'Éducation et des Compétences, les directions du système national de santé publique, les organes officiels, le secteur associatif et le secteur privé), dans l'objectif d'intégrer les compétences en matière de santé parmi les priorités des politiques futures, notamment dans les domaines de l'éducation et de l'information (Ministère de la Santé (Irlande), 2013^[110]). Plusieurs plans d'action sont proposés au sein de ce cadre, en particulier le Plan pour une Irlande en bonne santé 2021-2025 (*Healthy Ireland Action Plan 2021-2025*) (Healthy Ireland, 2021^[111]), le Plan d'action *Sláintecare* 2019 (Ministère de la Santé (Irlande), 2019^[112]) et la Stratégie et le Plan d'action pour la mise en œuvre de *Sláintecare* 2021-2023 (Ministère de la Santé (Irlande), 2021^[113]). Tous ont vocation à faciliter l'accès au système de santé et à créer un système de santé publique moderne, réactif et intégré. Dans le cadre des plans d'action, une série d'initiatives est mise au point pour promouvoir les compétences en matière de santé chez les enfants et les adultes.

Le projet de promotion des compétences en santé à l'école (*Health Literacy in Schools*) de la Fondation irlandaise pour le cœur (*Irish Heart Foundation – IHF*) est dédié à l'amélioration des compétences en santé des élèves de 12 à 16 ans d'établissements de l'enseignement postprimaire participant au programme pour l'égalité des chances à l'école (*Delivering Equality of Opportunity in Schools*)⁵, de leurs familles et de leurs enseignants. Les adolescents de milieux défavorisés en Irlande sont souvent en moins bonne santé et ont de moins bons résultats scolaires que leurs camarades de milieux plus aisés. Pour cette raison, l'OMS, University College Dublin, l'université de Dublin, l'Université nationale d'Irlande, Galway, et l'université technologique Swinburne créent un outil de mesure des compétences en matière de santé

pour en suivre les niveaux chez les adolescents, mesurer l'efficacité des interventions visant à promouvoir les compétences en santé dans les écoles d'Irlande, et mettre au point des instruments en vue d'une étude nationale destinée à mesurer les compétences en santé, leurs déterminants et leurs conséquences pour les enfants d'âge post-primaire. Outre les efforts de mesure, le projet ambitionne de créer un cadre pour renforcer les capacités de promotion des compétences en matière de santé au sein du système scolaire, ainsi qu'un laboratoire de découverte parascolaire (*LifeLab*) consacré à la santé et aux compétences en santé, destiné aux adolescents⁶. L'IHF mobilise plus de 60 écoles pour participer au projet et déploie l'instrument de mesure à plus de 1 500 adolescents à la fin de 2021 et au début de 2022 (Irish Heart Foundation, 2021^[114] ; OMS, 2019^[115]).

Le ministère de la Santé, le Fonds national pour l'achat de traitements (*National Treatment Purchase Fund*), le système national de santé publique (*Health Service Executive*) et l'Agence nationale pour l'alphabétisation des adultes (*National Adult Literacy Agency – NALA*) ainsi que des experts en science du comportement, collaborent à la création de l'Initiative pour l'amélioration des lettres (*Better Letter Initiative – BLI*) en vue d'améliorer la communication et de faciliter l'accès aux services de santé. Il s'agit d'appliquer aux services de santé les principes à la fois de la rédaction de courriers en anglais clair et de la science du comportement. Il ne s'agit pas directement d'améliorer les compétences en matière de santé de la population, mais plutôt de remanier les services pour les rendre plus accessibles, notamment aux individus possédant un faible niveau de compétences en matière de santé, et de faciliter le dialogue en dépit de l'heuristique cognitive et des préjugés. Les constats des projets de l'initiative indiquent qu'en remaniant le contenu des lettres de validation de l'inscription sur liste d'attente⁷, le nombre de lettres laissées sans réponse du patient chute, passant de 24 % à 19 %. Par ailleurs, en remaniant le texte des lettres de confirmation des rendez-vous des patients, le nombre de réponses passe de 67 % à 76 % et le taux de patients qui ne se présentent pas à leur rendez-vous baisse, passant de 11 % à 5.3 %. Les possibilités de révision du libellé des courriers proposant les rendez-vous et des messages de rappel, pour mieux mobiliser les patients, sont à l'étude (Ministère de la Santé (Irlande), 2021^[116]).

La NALA a vocation à améliorer les compétences en matière de santé. Elle a créé et mis en place dix normes (Encadré 6.4), un outil d'audit des compétences pour évaluer les structures de santé et établir les améliorations possibles, de courts webinaires d'une heure pour sensibiliser les professionnels de santé à la problématique des compétences en santé, et le label *Crystal Clear* qui met en avant les pharmacies s'engageant à fournir un service adapté aux différents niveaux de compétence en santé de leurs clients. Elle propose en outre plusieurs prestations visant à renforcer les compétences en matière de santé des adultes. Parmi celles-ci, des cours gratuits de compréhension de l'écrit et de calcul par téléphone et des vidéos de sensibilisation aux compétences en matière de santé pour les patients atteints de cancer et leurs familles (NALA, 2021^[117]). Enfin, la NALA publie un guide pour améliorer la communication dans le secteur de la santé en collaboration avec l'Autorité irlandaise pour l'information et la qualité (*Irish Health Information and Quality Authority – HIQA*). Le rapport contient des documents détaillés pour aider les professionnels de santé et les services de prise en charge sociale à améliorer leur communication avec les adultes et les enfants (HIQA, 2015^[118]).

Encadré 6.4. L'Agence nationale irlandaise pour l'alphabétisation des adultes et ses normes de qualité de l'information pour les pharmacies

Pour obtenir le label *Crystal Clear*, une pharmacie doit respecter dix normes de qualité axées sur quatre domaines : 1) la communication ; 2) la sensibilité du personnel à l'accessibilité de l'information ; 3) les politiques et procédures ; et 4) l'évaluation et l'amélioration. La NALA fournit des conseils sur la conduite à adopter, accompagnés de listes de contrôle permettant aux pharmacies d'établir si elles sont déjà conformes à ces normes.

Communication

1. Parler dans un anglais simple.
2. Rédiger les étiquettes des médicaments dans un anglais simple.
3. Vérifier si les personnes comprennent ce qui leur a été dit.
4. Améliorer l'agencement de la pharmacie.

Sensibilité du personnel à l'accessibilité de l'information

5. Améliorer la sensibilité du personnel à l'accessibilité de l'information.
6. Réagir avec sensibilité aux personnes ayant des difficultés à l'écrit et en calcul.

Politiques et procédures

7. Élaborer une politique prenant en compte les besoins d'accessibilité de l'information.
8. Aider les personnes à trouver et à utiliser les informations et instructions importantes.
9. Aider le personnel à améliorer ses propres compétences en compréhension de l'écrit, calcul et numérique, si nécessaire.

Évaluation et amélioration

10. Évaluer et assurer l'amélioration continue de ses services sur le plan de l'accessibilité de l'information.

Source : NALA (2021^[117]), *A Guide to Becoming a Crystal Clear Pharmacy*, www.nala.ie/publications/the-crystal-clear-pharmacy-programme-and-its-crystal-clear-mark/.

6.6.4. Portugal

Après la mise en œuvre réussie de l'enquête HLS-EU, dont les résultats sont publiés en 2012, le Portugal élabore et conduit une Enquête nationale sur les compétences en matière de santé en 2014. Dans un objectif d'amélioration des compétences en matière de santé, la Direction générale de la Santé du Portugal dresse un plan d'action basé sur les bonnes pratiques internationales. Ce « Plan d'action en faveur de la littératie en santé » (*Plano de Ação para a Literacia em Saúde*) vise à promouvoir l'amélioration des compétences en santé au Portugal, ainsi que des réformes organisationnelles et le renforcement des capacités de communication du Service national de santé (*Serviço Nacional de Saúde – SNS*) et du système de santé en général. Il s'agit de favoriser des interactions plus faciles et de meilleure qualité, y compris chez les individus possédant un faible niveau de compétences dans ce domaine (Ministère de la Santé, 2018^[119]).

Le plan d'action est centré sur la personne et tient compte du cycle de vie en cherchant à établir les meilleurs moyens de promouvoir les compétences en santé pendant l'enfance, l'adolescence, à l'âge adulte et au troisième âge. Il considère également les individus dans leur contexte social et relationnel et s'intéresse à la façon dont les relations familiales, les pairs et la collectivité en général influent sur leurs compétences en matière de santé tout en pouvant à leur tour en bénéficier. Enfin, le plan d'action tient compte de cadres et contextes précis pour définir les objectifs stratégiques ciblés suivants : 1) promouvoir l'adoption de modes de vie sains au quotidien ; 2) apprendre à la population à bien utiliser le système de santé ; 3) favoriser le bien-être des personnes atteintes de maladie chronique ; et 4) promouvoir les connaissances et la recherche. Pour chaque objectif, il dresse la liste des priorités (nutrition ou santé mentale) ; des objectifs spécifiques en fonction du cycle de vie (formation des parents et aidants) ; des moyens transversaux (professionnels de santé ou médias) ; des moyens particuliers (professionnels de l'éducation ou plateformes sociales) ; et des produits à utiliser (sites web ou orientations). Il souligne

également l'importance d'assurer la coordination étroite des différents partenaires stratégiques, dont les ministres, les universitaires, les organes professionnels, les sociétés scientifiques, les médias et la société civile (Ministère de la Santé, 2018^[119]).

Le plan d'action vise à équiper les professionnels de santé d'outils efficaces pour promouvoir les compétences en santé, créer des campagnes et des interventions thématiques qui interpellent la population, et renforcer le réseau de parties prenantes concernées par la promotion des compétences en matière de santé. Il propose pour cela la mise en œuvre d'un éventail de mesures et de programmes. Par exemple, la division de l'alphabétisation, de la santé et du bien-être de la Direction générale de la santé et le Programme d'intégration de la prise en charge cherchent à améliorer l'autonomie des personnes et leur raisonnement critique concernant la santé. Par ailleurs, le « Guide de bonnes pratiques en matière de compétences en santé : Valoriser le rôle des professionnels de santé » est publié pour aider les professionnels de santé à mieux comprendre la problématique des compétences en santé, leur rôle dans l'acquisition de ces compétences par la population ainsi que dans l'élimination des obstacles rencontrés, mais aussi dans la promotion de résultats positifs pour les personnes peu averties en la matière. La stratégie globale du plan d'action, en conjonction avec le programme SNS+Proximité (*SNS+Proximidade*), qui vise à placer les patients au centre du système de santé, et la « Bibliothèque de littérature en santé » (*Biblioteca de Literacia em Saúde*), un outil qui informe et simplifie l'information pour les citoyens, leurs proches, et les professionnels de santé, n'a pas pour seul objectif de rendre le système de santé plus facile à utiliser pour les patients et les professionnels de santé, mais aussi d'améliorer la confiance dans le système dans son ensemble (Ministère de la santé, 2019^[120]).

Pendant la pandémie de COVID-19, le Portugal élabore un plan d'intervention pour les compétences en matière de santé afin d'accroître la capacité d'action des individus et des collectivités confrontés à la crise. Ce plan est articulé en quatre axes :

- Le premier axe concerne l'élaboration de documents et supports d'information, et les bonnes pratiques en matière de compétences en santé en particulier. Ces documents et supports sont élaborés en examinant les bonnes pratiques dans le domaine des compétences en santé et en s'appuyant sur les preuves scientifiques pour créer des outils d'aide à la mise en œuvre de ces bonnes pratiques adaptés à chaque contexte.
- Le deuxième axe, intitulé « sensibilité aux compétences en santé », recueille des informations sur les perceptions, dans la population, de la pandémie et des risques associés à l'exposition et à l'infection, ainsi que sur les voies de communication utilisées pour personnaliser les formats et le contenu des communications afin d'éviter de répandre des informations fallacieuses.
- Le troisième axe concerne l'apport à la population d'informations ciblées avant, pendant et après la situation d'urgence pour influencer les comportements de manière à promouvoir la santé publique et contrôler la crise.
- Le quatrième axe, sur la mobilisation sociale, concerne la création de micro-influenceurs dans les collectivités locales pour éviter et lutter contre la mésinformation, clarifier toutes les mesures de prévention pouvant être prises pour se protéger et protéger les autres pendant la crise, encourager l'observance des recommandations de santé publique et créer un pont entre les scientifiques et la société civile.

Globalement, la multidimensionnalité de la stratégie est sensée minimiser le bouleversement social et permettre différentes interventions selon l'évolution de la crise et les besoins locaux tout en maintenant « la personne au centre du système » (Ministère de la Santé, 2020^[121]). Le gouvernement fournit également un guide à l'intention des professionnels de santé et du milieu scientifique portant spécifiquement sur les stratégies de communication pour encourager l'observance de la vaccination contre le COVID-19. Il préconise aux professionnels de faire valoir à leurs patients et à leurs connaissances les avantages de la vaccination au niveau individuel et collectif. Le document explique en outre comment encourager à se faire vacciner, notamment en donnant la priorité au point de vue des usagers et, par le

biais de clarification, en dissipant les doutes et les craintes éventuels des patients, sans minimiser les inquiétudes et expériences individuelles (Ministère de la santé, 2021^[122]).

6.7. Conclusions

La pandémie nous a montré que la réussite ou l'échec des innovations en prévention et traitement des maladies dépendent de la capacité des individus à comprendre, évaluer et utiliser les informations dont ils disposent sur la prévention et le traitement des maladies. Sans ces compétences, les individus risquent de mal interpréter les données, d'être victimes de revendications mensongères, de se méfier des options et régimes thérapeutiques innovants et de prendre ainsi des décisions de santé mal avisées.

Le chapitre révèle que de nombreuses personnes trouvent difficile d'évaluer les avantages et les inconvénients de différentes options thérapeutiques, de décider comment se protéger de la maladie en s'appuyant sur les informations diffusées par les médias, et de trouver des informations sur la manière de gérer les problèmes psychiques. Ces résultats, ainsi que ceux sur la corrélation positive entre compétences en matière de santé et état de santé général, entre compétences en matière de santé et probabilité de faire des choix de mode de vie sains, et sur la corrélation négative entre manque de compétences en matière de santé et recours aux services de santé d'urgence, font ressortir la nécessité de renforcer les compétences en matière de santé de la population.

Il est donc essentiel de repérer les individus possédant un faible niveau de compétences si l'on veut réduire les inégalités de santé, mais également en tant que mesure de santé publique, puisque le manque de compétences peut entraîner des comportements individuels qui exposent des populations entières à certains risques. D'autre part, le renforcement des compétences de la population réduirait probablement les dépenses de santé puisque l'on sait qu'elles diminuent le recours aux services de santé d'urgence et aident à minimiser la probabilité de développer des affections chroniques, qui pèsent lourd sur les systèmes de santé, et à mieux gérer ces affections lorsqu'elles surviennent. À l'heure où chacun est confronté à une quantité inédite et croissante d'informations de santé – y compris d'informations inexactes et fallacieuses – les compétences en matière de santé peuvent réduire la vulnérabilité à la mésinformation, à la désinformation et à l'information malveillante.

La complexification du paysage de l'information et l'incidence des maladies chroniques se sont produites à un moment où il est de plus en plus attendu des individus qu'ils jouent un rôle actif dans la gestion de leur santé. La multiplication des choix ne peut qu'aboutir à de meilleurs résultats si les individus possèdent les connaissances et les compétences nécessaires pour agir et décider, et si les moyens employés pour leur communiquer des informations pertinentes sont adaptés à leur niveau de connaissances et de compétences. L'inadéquation des compétences en matière de santé par rapport aux exigences des systèmes de santé peut être réduite, par exemple, en comblant les lacunes des individus et en améliorant la capacité des prestataires de santé à communiquer l'information d'une manière efficace, qui donne à chacun les moyens d'être l'artisan de sa propre santé.

Références

- Agency for Healthcare Research and Quality (2022), *Personal Health Literacy Measurement Tools*, <https://www.ahrq.gov/health-literacy/research/tools/index.html#short> (consulté le 9 July 2023). [73]
- Ammentorp, J. et al. (2021), « Upscaling communication skills training – lessons learned from international initiatives », *Patient Education and Counseling*, vol. 104/2, pp. 352-359, <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.08.028>. [93]
- Arrighi, E. et al. (2021), « Scoping health literacy in Latin America », *Global Health Promotion*, vol. 29/2, pp. 78-87, <https://doi.org/10.1177/17579759211016802>. [71]
- Baker, D. (2007), « Health literacy and mortality among elderly persons », *Archives of Internal Medicine*, vol. 167/14, p. 1503, <https://doi.org/10.1001/archinte.167.14.1503>. [25]
- Baker, D. et al. (2002), « Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees », *American Journal of Public Health*, vol. 92/8, pp. 1278-1283, <https://doi.org/10.2105/ajph.92.8.1278>. [48]
- Bazrafkan, L. et al. (2018), « Investigating the effect of education on health literacy and its relation to health-promoting behaviors in health center », *Journal of Education and Health Promotion*, vol. 7/1, p. 127, https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_65_18. [55]
- Berens, E. et al. (2016), « Health literacy among different age groups in Germany: results of a cross-sectional survey », *BMC Public Health*, vol. 16/1, <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3810-6>. [49]
- Berkman, N. et al. (2011), « Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review », *Annals of Internal Medicine*, vol. 155/2, p. 97, <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>. [2]
- Bertakis, K. et al. (2000), « Gender differences in the utilization of health care services », *Journal of Family Practice*, vol. 49/2, pp. 147-152, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10718692/>. [57]
- Cavanaugh, K. (2011), « Health literacy in diabetes care: Explanation, evidence and equipment », *Diabetes Management*, vol. 1/2, pp. 191-199, <https://doi.org/10.2217/dmt.11.5>. [42]
- Centers for Disease Control and Prevention (2010), *National Action Plan to Improve Health Literacy*, <https://www.cdc.gov/healthliteracy/planact/national.html> (consulté le 13 July 2023). [5]
- Chaudhry, S. et al. (2011), « Racial disparities in health literacy and access to care among patients with heart failure », *Journal of Cardiac Failure*, vol. 17/2, pp. 122-127, <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2010.09.016>. [65]
- Cheng, J. et M. Nishikawa (2022), « Effects of health literacy in the fight against the COVID-19 infodemic: The case of Japan », *Health Communication*, vol. 37/12, pp. 1520-1533, <https://doi.org/10.1080/10410236.2022.2065745>. [69]
- Choudhry, F. et al. (2019), « Health Literacy Studies Conducted in Australia: A Scoping Review », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 16/7, p. 1112, <https://doi.org/10.3390/ijerph16071112>. [78]

- Coelho, M. et al. (2014), « Functional health literacy and healthy eating: Understanding the brazilian food guide recommendations », *Revista de Nutrição*, vol. 27/6, pp. 715-723, <https://doi.org/10.1590/1415-52732014000600006>. [76]
- Conseil canadien sur l'apprentissage (2008), *Health Literacy in Canada: A Healthy Understanding*, <https://escholarship.org/uc/item/890661nm> (consulté le 5 July 2023). [79]
- Criado Perez, C. (2019), *Invisible Women: Data Bias in a World Designed for Men*, Abrams Press. [61]
- Dietscher, C., P. Nowak et J. Pelikan (2020), « Health Literacy in Austria: Interventions and Research », dans *Studies in Health Technology and Informatics*, <https://doi.org/10.3233/SHTI200032>. [81]
- Ernstmann, N. et al. (2020), « DNVF Memorandum Gesundheitskompetenz (Teil 1) – Hintergrund (DNVF Memorandum Health Literacy (Part 1) – Background, Relevance, Research Topics and Questions in Health Services Research) », *Das Gesundheitswesen*, vol. 82/07, pp. e77-e93, <https://doi.org/10.1055/a-1191-3689>. [106]
- Gouvernement de l'Australie - ministère de la Santé (2021), *National Preventive Health Strategy*, https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2021/12/national-preventive-health-strategy-2021-2030_1.pdf (consulté le 13 July 2023). [6]
- Griebler, R., C. Dietscher et E. Flaschberger (2022), « Gesundheitskompetenz in Zeiten von Corona und COVID-19: Ergebnisse aus Österreich [Compétence en matière de santé sur la période Coronavirus/COVID-19 : résultats en Autriche] », dans *Gesundheitskompetenz, Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit*, Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, https://doi.org/10.1007/978-3-662-62800-3_85-1. [36]
- Griebler, R. et al. (2021), *Gesundheitskompetenz in Österreich: Ergebnisse der österreichischen Gesundheitskompetenzerhebung HLS19-AT [Compétences en matière de santé en Autriche : résultats de l'enquête autrichienne sur les compétences en matière de santé HLS19-AT]*, <https://oepgk.at/wp-content/uploads/2021/08/hls19-at-bericht-bf.pdf>. [91]
- Griese, L. et al. (2020), « Challenges in Navigating the Health Care System: Development of an Instrument Measuring Navigation Health Literacy », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 17/16, p. 5731, <https://doi.org/10.3390/ijerph17165731>. [21]
- Griese, L. et al. (2022), « HLS19-NAV—Validation of a new instrument measuring navigational health literacy in eight European countries », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 19/21, p. 13863, <https://doi.org/10.3390/ijerph192113863>. [22]
- Griese, L., D. Schaeffer et E. Berens (2022), « Navigational health literacy among people with chronic illness », *Chronic Illness*, vol. 19/1, pp. 172-183, <https://doi.org/10.1177/17423953211073368>. [68]
- Healthy Ireland (2021), *Healthy Ireland Strategic Action Plan 2021-2025*, <https://www.gov.ie/en/publication/441c8-healthy-ireland-strategic-action-plan-2021-2025/>. [111]
- Heijmans, M. et al. (2015), *Study on Sound Evidence for a Better Understanding of Health Literacy in the European Union: Final Report*, Office des publications de l'Union européenne, Commission européenne, <https://doi.org/10.2818/150402>. [4]

- Herndon, J., M. Chaney et D. Carden (2011), « Health literacy and emergency department outcomes: A systematic review », *Annals of Emergency Medicine*, vol. 57/4, pp. 334-345, <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2010.08.035>. [29]
- HIQA (2015), *Communicating in Plain English*, <https://www.hiqa.ie/hiqa-news-updates/hiqa-publishes-guidance-aimed-improving-communication-health-and-social-care>. [118]
- HLS-EU-Consortium (2012), *Comparative Report on Health Literacy in Eight EU Member States*, https://www.hsph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/135/2015/09/neu_rev_hls-eu_report_2015_05_13_lit.pdf. [82]
- Irish Heart Foundation (2021), *Irish Heart Foundation brings health literacy to global stage*, <https://irishheart.ie/news/irish-heart-foundation-brings-health-literacy-to-global-stage/>. [114]
- Jain, D. et J. Green (2016), « Health literacy in kidney disease: Review of the literature and implications for clinical practice », *World Journal of Nephrology*, vol. 5/2, p. 147, <https://doi.org/10.5527/wjn.v5.i2.147>. [43]
- Jordan, S. et J. Hoebel (2015), « Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland (Health literacy of adults in Germany) », *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, vol. 58/9, pp. 942-950, <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2200-z>. [98]
- Kalseth, J. et T. Halvorsen (2020), « Health and care service utilisation and cost over the life-span: A descriptive analysis of population data », *BMC Health Services Research*, vol. 20/1, <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05295-2>. [58]
- Kerschner, B. et al. (2015), « Wie evidenzbasiert berichten Print- und Online-Medien in Österreich? Eine quantitative Analyse [Dans quelle mesure les médias papier et en ligne sont-ils basés sur des preuves en Autriche ? Une analyse quantitative] », *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, vol. 109/4-5, pp. 341-349, <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2015.05.014>. [88]
- Kim, H. et B. Xie (2017), « Health literacy in the eHealth era: A systematic review of the literature », *Patient Education and Counseling*, vol. 100/6, pp. 1073-1082, <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.01.015>. [28]
- Konfino, J. et al. (2009), « Alfabetización en salud en pacientes que asisten a un hospital universitario [Connaissances en matière de santé chez les patients d'un hôpital universitaire] », *Medicina (B Aires)*, http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0025-76802009000700007&script=sci_arttext&tlng=pt (consulté le 7 July 2023). [75]
- Kutner, M. et al. (2006), *The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy*, National Center for Educational Statistics (ED), Washington, D.C. et American Institutes for Research (CRESS), Kensington, MD, <https://eric.ed.gov/?id=ED493284>. [50]
- Lee, H., J. Lee et N. Kim (2014), « Gender differences in health literacy among Korean adults », *American Journal of Men's Health*, vol. 9/5, pp. 370-379, <https://doi.org/10.1177/1557988314545485>. [59]
- Lee, S. et al. (2006), « Development of an Easy-to-Use Spanish Health Literacy Test », *Health Services Research*, vol. 0/0, pp. 060720074824046-???, <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00532.x>. [74]

- Llena-Nozal, A., N. Martin et F. Murtin (2019), « The economy of well-being : Creating opportunities for people's well-being and economic growth », *OECD Statistics Working Papers*, n° 2019/02, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/498e9bc7-en>. [39]
- Lühnen, J. et al. (2017), *Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation [Ligne directrice sur l'information en matière de santé fondée sur des données probantes]*, <https://www.leitlinie-gesundheitsinformation.de/wp-content/uploads/2017/07/Leitlinie-evidenzbasierte-Gesundheitsinformation.pdf> (consulté le 28 juin 2023). [107]
- Manafa, E. et S. Wong (2012), « Health literacy programs for older adults: A systematic literature review », *Health Education Research*, vol. 27/6, pp. 947-960, <https://doi.org/10.1093/her/cys067>. [53]
- Mancuso, J. (2009), « Assessment and measurement of health literacy: An integrative review of the literature », *Nursing & Health Sciences*, vol. 11/1, pp. 77-89, <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2008.00408.x>. [1]
- Mancuso, J. (2008), « Health literacy: A concept/dimensional analysis », *Nursing & Health Sciences*, vol. 10/3, pp. 248-255, <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2008.00394.x>. [45]
- Mårtensson, L. et G. Hensing (2011), « Health literacy - a heterogeneous phenomenon: A literature review », *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 26/1, pp. 151-160, <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00900.x>. [3]
- Mávita-Corral, C. (2017), « Alfabetización en salud de una comunidad universitaria del noroeste de México en el año 2016 », *Investigación en Educación Médica*, <https://doi.org/10.1016/j.riem.2017.03.002>. [72]
- Ministère de la Santé (2020), *Health Literacy and COVID-19 in Portugal: Plan, Practice and Challenges*, <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/literacia-em-saude-e-a-covid-19-plano-pratica-e-desafios-pdf.aspx>. [121]
- Ministère de la Santé (2018), *Health Literacy Action Plan Portugal 2019-2021*, <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>. [119]
- Ministère de la santé (2021), *Literacia em saúde e comunicação na promoção da adesão à vacinação contra a COVID-19 [Compétences en matière de santé et de communication pour promouvoir l'observance de la vaccination contre le COVID-19]*, <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/dgs-publicanbspmanual-sobre-literacia-para-promover-a-adesao-a-vacinacao.aspx>. [122]
- Ministère de la santé (2019), *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde [manuel de bonnes pratiques en matière de compétences en santé: Formation des professionnels de la santé]*, <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.17763.30243>. [120]
- Ministère de la Santé (Irlande) (2021), *Health Research and Statistics*, <https://www.gov.ie/en/collection/3c5bc8-health-research-and-statistics/#behavioural-insights-and-patient-public-engagement>. [116]
- Ministère de la Santé (Irlande) (2021), *Sláintecare Implementation Strategy and Action Plan 2021-2023*, <https://www.gov.ie/en/publication/6996b-slaintecare-implementation-strategy-and-action-plan-2021-2023/>. [113]

- Ministère de la Santé (Irlande) (2019), *Sláintecare Action Plan 2019*, [112]
<https://assets.gov.ie/22606/4e13c790cf31463491c2e878212e3c29.pdf>.
- Ministère de la Santé (Irlande) (2013), *Healthy Ireland: A Framework for Improved Health and Wellbeing 2013-2025*, [110]
<https://www.hse.ie/eng/services/publications/corporate/hienglish.pdf>.
- Ministère fédéral de la Santé (s.d.), *Allianz für Gesundheitskompetenz [Alliance pour les compétences en matière de santé]*, [104]
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gesundheitskompetenz/allianz-fuer-gesundheitskompetenz.html> (consulté le 28 juin 2023).
- Ministère fédéral de la Santé et des Femmes (2022), *Bürger- und Patientenempowerment [Responsabilisation des citoyens et des patients]*, [95]
<https://oepgk.at/buerger-und-patientenempowerment/>.
- Ministère fédéral de l'Éducation et de la Femme (2017), *Gesundheitsziele Österreich: Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich – Langfassung [Objectifs de santé pour l'Autriche : propositions d'orientation pour une Autriche en meilleure santé - version longue]*, [84]
https://gesundheitsziele-oesterreich.at/website2017/wp-content/uploads/2018/08/gz_langfassung_2018.pdf.
- Ministère fédéral des Affaires sociales, de la Santé, des Soins et de la Protection des consommateurs (2022), *Austrian Health Targets*, [83]
<https://gesundheitsziele-oesterreich.at/english-summary/>.
- Mood, C. (2009), « Logistic regression: Why we cannot do what we think we can do, and what we can do about it », *European Sociological Review*, vol. 26/1, pp. 67-82, [80]
<https://doi.org/10.1093/esr/jcp006>.
- Moreira, L. (2018), « Health literacy for people-centred care: Where do OECD countries stand? », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 107, Éditions OCDE, Paris, [18]
<https://doi.org/10.1787/d8494d3a-en>.
- Morrow, D. et al. (2006), « Correlates of health literacy in patients with chronic heart failure », [14]
The Gerontologist, vol. 46/5, pp. 669-676, <https://doi.org/10.1093/geront/46.5.669>.
- Nakayama, K. et al. (2015), « Comprehensive health literacy in Japan is lower than in Europe: A validated Japanese-language assessment of health literacy », [17]
BMC Public Health, vol. 15/1, <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1835-x>.
- NALA (2021), *A Guide to Becoming a Crystal Clear Pharmacy*, [117]
<https://www.nala.ie/publications/the-crystal-clear-pharmacy-programme-and-its-crystal-clear-mark/>.
- Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz Geschäftsstelle (2020), *15 konkrete Empfehlungen, um die Gesundheitskompetenz zu stärken [15 recommandations concrètes pour renforcer les compétences en matière de santé]*, [101]
<https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/aktionsplan/> (consulté le 9 February 2023).
- Nearchou, F. et al. (2022), « Health literacy of COVID-19 and compliance with precautionary measures: A cross-sectional study in adolescents and young adults in Ireland », [37]
Youth, vol. 2/2, pp. 165-180, <https://doi.org/10.3390/youth2020013>.

- Nielsen-Bohlman, L., A. Panzer et D. Kindig (dir. pub.) (2004), *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*, National Academies Press, Washington, D.C., <https://doi.org/10.17226/10883>. [41]
- OCDE (2017), « Conclusions politiques de la RCM », *Déclaration ministérielle : la prochaine génération des réformes de la santé, Réunion ministérielle de l'OCDE sur la santé*, <https://www.oecd.org/fr/sante/declaration-ministerielle-2017.pdf> (consulté le 23 mars 2022). [11]
- Okan, O. et al. (2021), *Gesundheitskompetenz und Schule. Entwicklung von 100 Leuchtturmschulen bis zum Jahr 2025. Ein Visionspapier [Compétence en santé et école. Développement de 100 écoles phares d'ici 2025 - Un document de réflexion]*, https://fuldok.hs-fulda.de/opus4/frontdoor/deliver/index/docId/892/file/Allianz_GK_und_Schule-Vision2025_Stand210223.pdf (consulté le 28 juin 2023). [108]
- OMS (2022), *Health Literacy Development for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, Volume I: Overview*, Organisation mondiale de la Santé, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240055339>. [12]
- OMS (2019), *Acting Together – WHO National Health Literacy Demonstration Projects (NHLDPs) Address Health Literacy Needs in the European Region*, Organisation mondiale de la Santé, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/327059/php-5-2-3-233-243-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. [115]
- OMS (2019), *Draft WHO European Roadmap for Implementation of Health*, Organisation mondiale de la Santé, https://www.ahuri.edu.au/_data/assets/pdf_file/0003/409125/69wd14e_Rev1_RoadmapOnHealthLiteracy_190323.pdf. [10]
- OMS (2016), *Promoting Health in the SDGs: Report on the 9th Global Conference for Health Promotion*, Organisation mondiale de la Santé, <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-PND-17.5>. [8]
- OMS (2013), *Health Literacy: The Solid Facts*, Organisation mondiale de la Santé, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. [64]
- OMS (2013), *Santé 2020 : une stratégie et un cadre politique européens pour le XXI^e siècle*, Organisation mondiale de la Santé, https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf. [7]
- Oxley, H. (2009), « Policies for Healthy Ageing: An Overview », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 42, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/226757488706>. [44]
- Paasche-Orlow, M. et M. Wolf (2007), « The causal pathways linking health literacy to health outcomes », *American Journal of Health Behavior*, vol. 31/Suppl 1, pp. S19-S26, <https://doi.org/10.5555/ajhb.2007.31.suppl.S19>. [26]
- Parker, R. (2009), « Measuring Health Literacy: What? So What? Now What? », dans *Measures of Health Literacy : Workshop Summary*, Institute of Medicine Roundtable on Health Literacy, National Academies Press, Washington, DC, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK45386/>. [24]

- Parker, R. et S. Ratzan (2010), « Health literacy: A second decade of distinction for Americans », [15]
Journal of Health Communication, vol. 15/sup2, pp. 20-33,
<https://doi.org/10.1080/10810730.2010.501094>.
- Pelikan, J. et al. (2022), « Measuring Comprehensive, General Health Literacy in the General [20]
 Adult Population: The Development and Validation of the HLS19-Q12 Instrument in
 Seventeen Countries », *International Journal of Environmental Research and Public Health*,
 vol. 19/21, p. 14129, <https://doi.org/10.3390/ijerph192114129>.
- Pelikan, J., F. Röthlin et K. Ganahl (2013), *Die Gesundheitskompetenz der österreichischen [87]
 Bevölkerung nach Bundesländern und im internationalen Vergleich [Les compétences en
 matière de santé de la population autrichienne par province et en comparaison
 internationale]*, [https://fgoe.org/sites/fgoe.org/files/project-
 attachments/Gesundheitskompetenz_Bundesl%C3%A4nder_%C3%96ffentlich.pdf](https://fgoe.org/sites/fgoe.org/files/project-attachments/Gesundheitskompetenz_Bundesl%C3%A4nder_%C3%96ffentlich.pdf).
- Plate-forme autrichienne sur les compétences en matière de santé (2022), *About the Alliance*, [85]
<https://oepgk.at/english-summary-about-the-alliance/>.
- Plate-forme autrichienne sur les compétences en matière de santé (2022), *Gute [92]
 Gesprächsqualität im Gesundheitssystem [Des entretiens de qualité dans le système de
 santé]*, <https://oepgk.at/gute-gespraechsqualitaet-im-gesundheitssystem/#quellen>.
- Plate-forme autrichienne sur les compétences en matière de santé (2022), *Gute [89]
 Gesundheitsinformation Österreich [Une bonne information sur la santé en Autriche]*,
<https://oepgk.at/gute-gesundheitsinformation-oesterreich/>.
- Plate-forme autrichienne sur les compétences en matière de santé (2022), *Messung der [86]
 Gesundheitskompetenz [Mesure des compétences en matière de santé]*,
<https://oepgk.at/messung-der-gesundheitskompetenz/>.
- Plate-forme autrichienne sur les compétences en matière de santé (2022), *Rahmenbedingungen [97]
 in Organisationen und Settings [Conditions cadres dans les organisations et dispositifs]*,
<https://oepgk.at/rahmenbedingungen-in-organisationen-und-settings/>.
- Plate-forme autrichienne sur les compétences en matière de santé (2020), *Gute [90]
 Gesundheitsinformation Österreich: Die 15 Qualitätskriterien [Une bonne information sur la
 santé en Autriche : les 15 critères de qualité]*, [https://oepgk.at/wp-
 content/uploads/2020/12/2020_11_18_die-gute-gesundheitsinformation.pdf](https://oepgk.at/wp-content/uploads/2020/12/2020_11_18_die-gute-gesundheitsinformation.pdf).
- Quaglio, G. et al. (2016), « Accelerating the health literacy agenda in Europe », [40]
Health Promotion International, p. daw028, <https://doi.org/10.1093/heapro/daw028>.
- Quenzel, G. (2017), « Health Literacy und Gesundheitsverhalten vulnerabler [63]
 Bevölkerungsgruppen [Compétence en santé et comportement de santé des groupes de
 population vulnérables] », dans Doris Schaeffer, J. (dir. pub.), *Health Literacy :
 Forschungsstand und Perspektiven*, Hogrefe.
- Rasu, R. et al. (2015), « Health Literacy Impact on National Healthcare Utilization and [33]
 Expenditure », *International Journal of Health Policy and Management*, vol. 4/11, pp. 747-
 755, <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.151>.
- Rondia, K. et al. (2019), *Health Literacy: What Lessons Can Be Learned from the Experiences of [32]
 Other Countries?*, Belgian Health Care Knowledge Centre,
https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_322_Health_Literacy_Report_0.pdf.

- Samulowitz, A. et al. (2018), « 'Brave men' and 'emotional women': A theory-guided literature review on gender bias in health care and gendered norms towards patients with chronic pain », *Pain Research and Management*, vol. 2018, pp. 1-14, <https://doi.org/10.1155/2018/6358624>. [62]
- Sator, M., P. Holler et M. Rosenbaum (2021), « National train-the-trainer certificate programme for improving healthcare communication in Austria », *Patient Education and Counseling*, vol. 104/12, pp. 2857-2866, <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.07.046>. [94]
- Schaefer, C. et G. Ollenschläger (2019), *Deutsches Netzwerk Gesundheitskompetenz DNGK - Ein Forum für Forscher und die Öffentlichkeit [Réseau allemand sur les compétences en matière de santé DNGK - Un forum pour les chercheurs et le public]*, QUALITAS, <https://dngk.de/wp-content/uploads/2022/03/dngk-qualitas-2019-01.pdf> (consulté le 28 juin 2023). [105]
- Schaeffer, D. et S. Gille (2021), « Gesundheitskompetenz im Zeitalter der Digitalisierung [Compétences en matière de santé à l'ère de la numérisation] », *Prävention und Gesundheitsförderung*, vol. 17/2, pp. 147-155, <https://doi.org/10.1007/s11553-021-00872-7>. [9]
- Schaeffer, D., S. Gille et K. Hurrelmann (2020), « Implementation of the National Action Plan Health Literacy in Germany - Lessons learned », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 17/12, p. 4403, <https://doi.org/10.3390/ijerph17124403>. [102]
- Schaeffer, D. et al. (2021), « National Action Plan Health Literacy in Germany origin, development and structure », *Journal of Public Health*, <https://doi.org/10.1007/s10389-021-01616-9>. [13]
- Schaeffer, D., A. Haarmann et L. Griesse (2023), *Professionelle Gesundheitskompetenz ausgewählter Gesundheitsprofessionen in Deutschland [Compétences professionnelles en matière de santé de certaines professions de santé en Allemagne]*, https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/sites/default/files/2023-06/2023_06_20_Ergebnisbericht_Studie_professionelle_Gesundheitskompetenz.pdf (consulté le 28 juin 2023). [109]
- Schaeffer, D. et al. (2022), *Deutschland braucht mehr Gesundheitskompetenz [L'Allemagne doit améliorer son niveau de compétence en santé]. Ein Plädoyer von Autorinnen und Autoren des "Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz" [Un plaidoyer des auteurs du « Plan d'action national pour les compétences en matière de santé »]*, <https://oepgk.at/wp-content/uploads/2022/02/pladoyer-fur-mehr-gesundheitskompetenz.pdf> (consulté le 28 juin 2023). [103]
- Schaeffer, D. et al. (2018), *National Action Plan Health Literacy: Promoting Health Literacy in Germany*, <http://www.hlca-consortium.de/wp-content/uploads/2018/06/National-Action-Plan-Health-Literacy.pdf>. [100]
- Schaeffer, D. et J. Pelikan (dir. pub.) (2017), *Chronische Krankheit und Health Literacy [Maladies chroniques et compétences en santé]*, Hogrefe. [27]
- Schaeffer, D. et al. (2016), *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland - Ergebnisbericht [Compétences en matière de santé de la population en Allemagne - Rapport de résultats]*, Universität Bielefeld, <https://doi.org/10.2390/0070-pub-29081112>. [99]

- Schillinger, D. (2020), « The intersections between social determinants of health, health literacy, and health disparities », dans *Health Literacy in Clinical Practice and Public Health*, <https://doi.org/10.3233/SHTI200020>. [66]
- Schmotzer, C. et P. Nowak (2021), *Aufwertung von Patientenrechten zur Unterstützung von Gesundheitskompetenz (Valoriser les droits des patients pour soutenir les connaissances en matière de santé)*, <https://oepgk.at/wp-content/uploads/2021/07/bericht-der-osterreichischen-plattform-gesundheitskompetenz.pdf>. [96]
- Sentell, T. et H. Halpin (2006), « Importance of adult literacy in understanding health disparities », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 21/8, pp. 862-866, <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00538.x>. [67]
- Seo, J. et al. (2016), « Effect of health literacy on decision-making preferences among medically underserved patients », *Medical Decision Making*, vol. 36/4, pp. 550-556, <https://doi.org/10.1177/0272989x16632197>. [30]
- Silva, M. et P. Santos (2021), « The impact of health literacy on knowledge and attitudes towards preventive strategies against COVID-19: A cross-sectional study », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 18/10, p. 5421, <https://doi.org/10.3390/ijerph18105421>. [38]
- Sørensen, K. et al. (2015), « Health literacy in Europe: Comparative results of the European Health Literacy Survey (HLS-EU) », *The European Journal of Public Health*, vol. 25/6, pp. 1053-1058, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>. [16]
- Sørensen, K. et al. (2012), « Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models », *BMC Public Health*, vol. 12/1, <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>. [23]
- Sørensen, K. et al. (2013), « Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q) », *BMC Public Health*, vol. 13/1, <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-948>. [77]
- Speros, C. (2009), « More than words: Promoting health literacy in older adults », *The Online Journal of Issues in Nursing*, vol. 14/3, <https://doi.org/10.3912/ojin.vol14no03man05>. [54]
- Speros, C. (2005), « Health literacy: Concept analysis », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 50/6, pp. 633-640, <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03448.x>. [46]
- Sudore, L. et al. (2006), « Limited literacy in older people and disparities in health and healthcare access », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 54/5, pp. 770-776, <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2006.00691.x>. [60]
- The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL (2021), *International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19) of M-POHL*, <https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/inline-files/HLS19%20International%20Report.pdf>. [19]
- The National Treatment Purchase Fund (2023), *Waiting List Validation*, https://www.ntpf.ie/home/Waiting_List_Validation.htm (consulté le 2023). [123]
- Van den Broucke, S. (2014), « Health literacy: A critical concept for public health », *Archives of Public Health*, vol. 72/1, <https://doi.org/10.1186/2049-3258-72-10>. [35]

- Van der Heide, I. et al. (2013), « Health literacy of Dutch adults: A cross-sectional survey », *BMC Public Health*, vol. 13/1, <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-179>. [56]
- Vernon, J. et al. (2007), *Low Health Literacy: Implications for National Health Policy*, Department of Health Policy, School of Public Health and Health Services, George Washington University, https://publichealth.gwu.edu/departments/healthpolicy/CHPR/downloads/LowHealthLiteracyReport10_4_07.pdf. [34]
- Vogt, D., D. Schaeffer et E. Berens (2019), « Health literacy in later phases of life. Findings from Germany and other countries », dans Orkan O., B. (dir. pub.), *International Handbook of Health Literacy. Research, practice and policy across the life span*, <https://doi.org/10.51952/9781447344520.013>. [51]
- Weishaar, H. et al. (2019), « Framing health literacy: A comparative analysis of national action plans », *Health Policy*, vol. 123/1, pp. 11-20, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.11.012>. [70]
- Weiss, B. et R. Palmer (2004), « Relationship between health care costs and very low literacy skills in a medically needy and indigent Medicaid population », *The Journal of the American Board of Family Medicine*, vol. 17/1, pp. 44-47, <https://doi.org/10.3122/jabfm.17.1.44>. [31]
- Wilson, K. (2001), *Promoting Health Literacy*, Clemson Univ., S.C. Institute on Family and Neighborhood Life, <https://eric.ed.gov/?id=ED466621>. [47]
- Zamora, H. et E. Clingerman (2011), « Health literacy among older adults: A systematic literature review », *Journal of Gerontological Nursing*, vol. 37/10, pp. 41-51, <https://doi.org/10.3928/00989134-20110503-02>. [52]

Notes

¹ La notion de « compétences générales en santé » renvoie aux compétences d'ordre plus général par opposition aux compétences plus spécifiques, en rapport avec le numérique ou la vaccination, par exemple.

² Les dix cibles de santé de l'Autriche sont : 1) garantir des conditions de vie et de travail favorables à une bonne santé pour tous les groupes de population par la coopération de tous les acteurs sociaux et politiques ; 2) favoriser l'équité et l'égalité des chances en matière de santé, indépendamment du genre, du milieu socioéconomique, de l'origine ethnique et de l'âge ; 3) améliorer les compétences en matière de santé de la population ; 4) garantir des ressources naturelles (air, eau et terre) durables et des environnements salubres pour les générations futures ; 5) renforcer la cohésion sociale en tant que facteur propice à la santé ; 6) garantir des conditions dans lesquelles les enfants et les jeunes puissent grandir en aussi bonne santé que possible ; 7) garantir l'accès à une alimentation saine pour tous ; 8) promouvoir l'exercice et l'activité physiques au quotidien par le biais d'environnements appropriés ; 9) promouvoir la santé psychosociale dans tous les groupes de population ; et 10) garantir des services de santé durables, efficaces et de qualité pour tous.

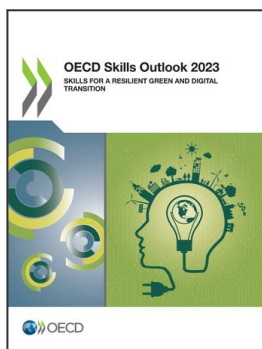
³ Voir www.gesundheit.gv.at/.

⁴ Voir www.nap-gesundheitskompetenz.de/.

⁵ « *Delivering Equality of Opportunity in Schools (DEIS), the Action Plan for Educational Inclusion* a été publié par le ministère de l'Éducation et des Compétences en mai 2005. Le plan porte sur la réponse à apporter aux besoins éducatifs des enfants et des jeunes de milieux défavorisés, de l'âge préscolaire jusqu'à la fin du cycle secondaire (3 à 18 ans). Environ 852 établissements d'enseignement primaire et secondaire en Irlande sont inclus dans l'initiative. Parmi eux, 658 sont des établissements d'enseignement primaire et 194 des établissements d'enseignement secondaire. »

⁶ LifeLab est un laboratoire de découverte conçu pour montrer aux adolescents les effets que peut avoir leur mode de vie sur leur future santé cardiaque ; voir www.bhf.org.uk/information-support/heart-matters-magazine/research/lifelab.

⁷ « La validation de l'inscription sur liste d'attente est un processus selon lequel l'exactitude des listes d'attente est vérifiée en demandant aux patients s'ils ont toujours besoin de l'intervention. » (The National Treatment Purchase Fund, 2023^[123]).



Extrait de :

OECD Skills Outlook 2023

Skills for a Resilient Green and Digital Transition

Accéder à cette publication :

<https://doi.org/10.1787/27452f29-en>

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2024), « Des compétences en matière de santé au service de la capacité d'action : savoir trouver les bonnes informations pour prendre des décisions éclairées », dans *OECD Skills Outlook 2023 : Skills for a Resilient Green and Digital Transition*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/da50c352-fr>

Ce document, ainsi que les données et cartes qu'il peut comprendre, sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région. Des extraits de publications sont susceptibles de faire l'objet d'avertissements supplémentaires, qui sont inclus dans la version complète de la publication, disponible sous le lien fourni à cet effet.

L'utilisation de ce contenu, qu'il soit numérique ou imprimé, est régie par les conditions d'utilisation suivantes :

<http://www.oecd.org/fr/conditionsdutilisation>.