



Organisation
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L'Europe

RAPPORT DE SYNTHÈSE N°57 DU RÉSEAU DES BASES FACTUELLES EN SANTÉ

Que sait-on de l'efficacité des politiques existantes et des activités en rapport avec celles-ci, s'agissant d'améliorer l'éducation sanitaire aux niveaux national, régional et organisationnel dans la Région européenne de l'OMS ?

Gillian Rowlands | Siân Russell | Amy O'Donnell | Eileen Kaner | Anita Trezona
Jany Rademakers | Don Nutbeam



Le Réseau des bases factuelles en santé

Le Réseau des bases factuelles en santé (HEN) est un service d'information destiné aux décideurs dans le domaine de la santé publique de la Région européenne de l'OMS. Actif depuis 2003, instauré et coordonné par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, le Réseau HEN est placé sous l'égide de l'Initiative européenne d'information sanitaire – un réseau de coordination des activités d'information sanitaire de la Région européenne, comportant de multiples partenaires.

Le Réseau soutient les décideurs en santé publique dans leur prise de décisions, en leur apportant les meilleures bases factuelles disponibles, et vise à créer des liens entre les bases factuelles, les politiques sanitaires et une meilleure santé publique. La série des rapports de synthèse du Réseau HEN est constituée de résumés sur le savoir disponible sur une question particulière, les lacunes dans les bases factuelles et les domaines soumis à débat. Sur la base de ces informations factuelles synthétisées, le Réseau propose non des recommandations, mais des options pouvant être étudiées par les responsables politiques, leur permettant de formuler leurs propres recommandations et politiques en fonction de leur contexte national.

RAPPORT DE SYNTHÈSE N° 57
DU RÉSEAU DES BASES FACTUELLES EN SANTÉ

Que sait-on de l'efficacité des politiques existantes
et des activités en rapport avec celles-ci, s'agissant
d'améliorer l'éducation sanitaire aux niveaux
national, régional et organisationnel dans la
Région européenne de l'OMS?

Gillian Rowlands | Siân Russell | Amy O'Donnell | Eileen Kaner | Anita Trezona
Jany Rademakers | Don Nutbeam

Résumé

L'instruction en santé suscite un intérêt croissant en tant qu'instrument de promotion de la santé. Ce rapport de synthèse décrit les politiques d'instruction en santé dans la Région européenne de l'OMS : leur répartition, leurs niveaux d'organisation, leurs antécédents, leurs acteurs et leurs résultats, de même que les facteurs influant sur leur efficacité. Les bases factuelles ont été obtenues en étudiant les sources universitaires en allemand, en anglais et en néerlandais, et la littérature grise en allemand, en anglais, en italien et en néerlandais ; des experts de toute la Région ont été interrogés à l'appui de ces recherches. Les constats qui en ressortent ont été présentés aux représentants de 19 États membres de la Région, pour vérifier leur exactitude et rechercher d'éventuelles omissions. Le rapport révèle de très bonnes activités d'instruction en santé, principalement menées dans les secteurs de la santé et de l'éducation, et propose des domaines d'améliorations futures. Il présente des options politiques susceptibles de permettre une meilleure diffusion des bonnes pratiques d'instruction en santé, la mise au point d'objectifs et d'activités dans tous les domaines de la société et la formulation de solides indicateurs, afin de pouvoir observer l'efficacité de l'instruction en santé.

Mots clés

HEALTH LITERACY; PATIENT EDUCATION AS TOPIC; CONSUMER HEALTH INFORMATION; HEALTH EDUCATION; HEALTH PROMOTION; EUROPE

Proposition de citation

Rowlands G, Russell S, O'Donnell A, Kaner E, Trezona A, Rademakers J et al. Que sait-on de l'efficacité des politiques existantes et des activités en rapport avec celles-ci, s'agissant d'améliorer l'éducation sanitaire aux niveaux national, régional et organisationnel dans la Région européenne de l'OMS ? Copenhague: Bureau régional de l'OMS pour l'Europe; 2018 (rapport de synthèse n° 57 du Réseau des bases factuelles en santé).

Les demandes concernant les publications du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe sont à adresser à :
Publications
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhague Ø, Danemark

Vous pouvez également remplir un formulaire de demande de documentation, d'informations sanitaires ou d'autorisation de reproduire/traduire, sur le site Web du Bureau régional, à l'adresse suivante :
<http://www.euro.who.int/pubrequest>.

ISSN 2227-4316

ISBN 978 92 890 5352 5

© Organisation mondiale de la santé 2018

Tous droits réservés. Le Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé accueillera favorablement les demandes d'autorisation de reproduire ou de traduire ses publications, en partie ou intégralement.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part de l'Organisation mondiale de la santé, aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, territoire, ville ou zone, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir encore fait l'objet d'un accord définitif.

La mention d'entreprises et de produits commerciaux n'implique pas que ces entreprises et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la santé, de préférence à d'autres, de nature similaire, qui ne sont pas mentionnés. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation. Les opinions exprimées par les auteurs, rédacteurs et groupes d'experts ne reflètent pas nécessairement les décisions de l'Organisation mondiale de la santé ou la politique arrêtée par cette dernière.

SOMMAIRE

| | |
|---|------|
| ▶ Sigles et abréviations..... | iv |
| ▶ Contributeurs | v |
| ▶ Résumé..... | viii |
| ▶ 1. Introduction | 1 |
| ▶ 1.1 Contexte | 1 |
| ▶ 1.2 Méthodologie..... | 4 |
| ▶ 2. Résultats..... | 7 |
| ▶ 2.1 Panorama des politiques d'instruction en santé dans la Région européenne de l'OMS..... | 7 |
| ▶ 2.2 Analyse des politiques..... | 8 |
| ▶ 3. Discussion | 22 |
| ▶ 3.1 Points forts et limites | 22 |
| ▶ 3.2 Réflexions politiques..... | 23 |
| ▶ 4. Conclusions | 25 |
| ▶ Références..... | 26 |
| ▶ Annexe 1. Stratégie de recherche et d'analyse | 35 |

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

| | |
|------|--|
| UE | Union européenne |
| MiMi | With Migrants for Migrants – Intercultural Health in Germany (Avec les migrants, pour les migrants – Santé interculturelle en Allemagne) (programme) |

CONTRIBUTEURS

Ce rapport a été réalisé avec le concours financier de l'Office fédéral suisse de la santé publique. Mais les opinions qu'il exprime ne peuvent en aucun cas être considérées comme reflétant celles de cet Office.

Auteurs

Gillian Rowlands

Professeur en soins primaires, *Institute of Health and Society*, Université de Newcastle (Royaume-Uni)

Siân Russell

Attaché de recherche, *Institute of Health and Society*, Université de Newcastle (Royaume-Uni)

Amy O'Donnell

Titulaire de bourse de recherche postdoctorale, *NIHR School for Primary Care Research*, *Institute of Health and Society*, Université de Newcastle (Royaume-Uni)

Eileen Kaner

Professeur en santé publique, *Institute of Health and Society*, Université de Newcastle (Royaume-Uni)

Anita Trezona

Chercheuse en politiques d'instruction en santé, Melbourne (Australie)

Jany Rademakers

Cheffe du Département des recherches, NIVEL, *Netherlands Institute for Health Services Research*, Utrecht, et Professeur en instruction en santé et participation des patients, *CAPHRI, Department of General Practice*, Université de Maastricht (Pays-Bas)

Don Nutbeam

Professeur de santé publique, *School of Public Health*, Université de Sydney (Australie)

Révisseurs externes

Jürgen M. Pelikan

Professeur émérite de sociologie, Université de Vienne et Directeur, *Competence Center Health Promotion in Hospitals and Health Care, Gesundheit Österreich GmbH*, Vienne (Autriche)

Stephan Van den Broucke

Professeur de psychologie de la santé publique, Institut de recherche en sciences psychologiques, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve (Belgique)

Collaborateurs

Paloma Amil-Bujan (ministère de la Santé, Barcelone, Espagne), Fleur Braddick (ministère de la Santé, Barcelone, Espagne), Janine Bröder (université Bielefeld, Allemagne), Xavier Debussche (Centre hospitalier universitaire de La Réunion, Saint-Denis, La Réunion, France), Oriol Garcia-Codina (ministère de la Santé, Barcelone, Espagne), Karin Gasser (Office fédéral de la santé publique, Suisse), Concepció González-Mestre (ministère de la Santé, Barcelone, Espagne), Sandra Husbands (*Abertawe Bro Morgannwg University Health Board*, Port Talbot, pays de Galles), Diane Levin-Zamir (*Clalit Health Services and School of Public Health*, Université de Haïfa, Israël), Christos Lionis (Université de Crète, Grèce), Maria Lopatina (ministère de la Santé, Fédération de Russie), Alba Martínez García (université d'Alicante, Espagne), Anne McCusker (*Belfast Healthy Cities*, Belfast, Royaume-Uni), Orkan Okan (université Bielefeld, Allemagne), Mike Oliver (Stoke-on-Trent City Council, Royaume-Uni), Leena Paakkari (Université de Jyväskylä, Finlande), Nicola Pavese (Université de Newcastle, Newcastle, Royaume-Uni), Elena Petelos (Université de Crète, Grèce), Sebastian Potthoff (Université de Newcastle, Newcastle, Royaume-Uni), Luis A. Saboga-Nunes (Université Nova de Lisbonne, Portugal), Doris Schaeffer (université Bielefeld, Allemagne), Falko Sniehotta (Université de Newcastle, Newcastle, Royaume-Uni), Athanassios Vozikis (Université du Pirée, Grèce), Heide Weishaar (*Hertie School of Governance*, Berlin, Allemagne).

Équipe éditoriale (Bureau régional de l'OMS pour Europe)

Division des maladies non transmissibles et de la promotion de la santé à toutes les étapes de la vie

Martin Weber

Chef de programme, Santé et développement des enfants et des adolescents

Division de l'information, des bases factuelles, de la recherche et de l'innovation

Ryoko Takahashi

Fonctionnaire technique, unité Gestion des connaissances, données probantes et recherche pour l'élaboration des politiques

Équipe éditoriale (Réseau des bases factuelles en santé)

Claudia Stein, directrice

Tanja Kuchenmüller, rédactrice en chef par intérim

Ryoko Takahashi, éditrice de la série

Krista Kruja, consultante

Andrew Booth, soutien au secrétariat du Réseau HEN

Ashley Craig, éditrice technique

Le secrétariat du Réseau HEN fait partie de la Division de l'information, des bases factuelles, de la recherche et de l'innovation, au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Les rapports de synthèse du Réseau sont des travaux réalisés sur demande et soumis à un examen international par des pairs. Leur contenu relève de la responsabilité de leurs auteurs. Ils ne reflètent pas nécessairement les politiques officielles du Bureau régional.

RÉSUMÉ

Le sujet

L'instruction en santé renvoie à la capacité des personnes, des familles et des groupes à prendre des décisions sanitaires judicieuses dans le contexte de leur vie quotidienne: à la maison, au bureau, dans la communauté, sur les marchés, dans le système de soins et dans l'arène politique. La hausse du niveau d'instruction en santé est de ce fait une stratégie cruciale d'autonomisation des personnes, qui vise à accroître leur maîtrise de leur santé, grâce à de meilleures capacités à rechercher des informations sanitaires, à s'exprimer sur des thèmes de santé et à assumer une responsabilité pour leur santé. À l'inverse, il existe un lien entre un faible niveau d'instruction en santé et un état de santé plus médiocre, davantage de maladies et d'inégalités en santé, ainsi que, probablement, des systèmes de santé moins performants par rapport à leur coût. En s'attaquant au problème de la faiblesse de l'instruction en santé, il est possible de parvenir à une meilleure santé, et d'augmenter l'équité de même que l'efficacité des systèmes de soins, en renforçant les capacités sanitaires des citoyens.

La question posée dans cette synthèse

L'objectif de ce rapport est de répondre à la question suivante: « de quelles bases factuelles dispose-t-on au sujet des politiques d'amélioration de l'instruction en santé, de leurs activités associées et de leur efficacité, aux niveaux national, régional et institutionnel dans la Région européenne de l'OMS ? ».

Types de bases factuelles

Dans le cadre de ce rapport, les politiques et autres documents pertinents ont été sélectionnés au moyen d'une étude des bases factuelles contenues dans la littérature scientifique à comité de lecture et dans la littérature grise, complétée par l'interrogation d'experts dans le domaine de la santé, de l'instruction en santé et des politiques dans la Région, et d'une étude des politiques en faveur de l'instruction en santé incluses dans le document sur les activités d'instruction en santé le plus récent, révisé par des pairs et publié dans la Région: l'étude HEALIT4EU (pays de l'Union européenne exclusivement). La recherche de

politiques dans les pays de la Communauté des États indépendants n'a pas été fructueuse.

Résultats

La synthèse a permis d'identifier 46 politiques d'instruction en santé, en place et/ou en cours d'élaboration, aux niveaux international (dans trois États membres), national¹ et local dans 19 des 53 États membres de la Région (soit une proportion de 36 %). Cinq de ces politiques étaient en cours d'élaboration, tandis que 30 d'entre elles étaient en vigueur et que 11 autres étaient limitées dans le temps, sans trace d'une politique de suivi.

Les politiques ont été étudiées aux fins de : i) décrire leurs étapes; et ii) analyser leurs composantes (antécédents, acteurs, activités et bénéficiaires) et leurs activités à l'aide d'un nouveau cadre, le modèle de politique d'instruction en santé. Un large ensemble d'activités ont été recensées aux niveaux international, national et local. Mais tous les États membres ne possèdent pas de données de référence sur l'instruction en santé. L'étude a prouvé l'existence d'activités réussies d'instruction en santé des personnes comme des groupes, en particulier dans les secteurs de la santé et de l'éducation, parfois sur le lieu de travail. Les activités visent plus souvent le renforcement des aptitudes des individus plutôt que celles des communautés. De nombreuses politiques portent également sur des domaines complémentaires, dans lesquels la diffusion des connaissances et le partage des ressources pourraient être bénéfiques. Actuellement, on en sait peu sur les activités et l'efficacité des politiques dans les domaines de l'environnement vécu, des médias et de l'instruction en cybersanté; cependant, des informations pourraient être mises à disposition lorsque les évaluations des projets actuels seront publiées. Le fait que l'on ne puisse trouver que peu d'informations sur les politiques en cherchant dans la littérature scientifique avec comité de lecture peut traduire le manque d'engagement de la communauté universitaire dans l'évaluation des politiques. Enfin, il convient de faire prendre conscience aux décideurs politiques des facteurs facilitant la réussite de la mise en œuvre de politiques d'instruction en santé, tels que la collaboration intersectorielle, le leadership politique et le dépassement des obstacles culturels; ces responsables devraient veiller à

¹ Le niveau national comprend des politiques dont la stratégie aussi bien que le financement sont délégués par l'État membre au pays lui-même ou à une région semi-autonome.

ce que les possibles obstacles, tels que le manque de bases factuelles sur les bénéfices sanitaires, économiques et sociaux des politiques, soient pris en compte au moyen d'une évaluation rigoureuse. Les conséquences économiques des politiques d'instruction en santé sont un important domaine à développer, car cet exercice de synthèse des bases factuelles n'a décelé aucune évaluation des effets économiques résultant de ces politiques.

Réflexions politiques

À partir de la synthèse des bases factuelles, les réflexions politiques suivantes sont proposées:

- étudier les politiques rassemblées dans cette analyse, ainsi que les activités connexes, pour élaborer ou améliorer les politiques d'instruction en santé et les activités en rapport avec celles-ci, et en faire profiter les citoyens, les patients et les communautés;
- élargir l'éventail des domaines d'activité nécessaires pour des politiques holistiques d'instruction en santé, afin d'y inclure l'environnement vécu, le lieu de travail, les médias et la cybersanté, à tous les niveaux de la société – personnes, groupes, organisation et système (législatif);
- renforcer l'ensemble de bases factuelles sur l'instruction en santé à tous les niveaux de la société pour s'assurer que les politiques tiennent compte des besoins spécifiques au contexte national ou local;
- incorporer dans les politiques et interventions en faveur de l'instruction en santé de rigoureuses évaluations qualitatives et quantitatives – les méthodes quantitatives pourraient inclure des évaluations antérieures et postérieures aux activités d'instruction en santé; ces évaluations porteraient sur les effets sanitaires, sociaux et économiques à tous les niveaux; et
- intégrer dans les politiques d'instruction en santé les facteurs facilitant la réussite de la mise en œuvre, tels que la collaboration intersectorielle, le leadership politique et les stratégies susceptibles de surmonter les obstacles culturels.

Les États membres gagneraient à adopter de tels cadres complets et à utiliser des indicateurs pour concevoir des politiques efficaces au service d'une Europe présentant un bon niveau d'instruction en santé.



1. INTRODUCTION

1.1 Contexte

La Région européenne de l'OMS compte 53 États membres, totalisant une population de 894 millions d'habitants **(1)** et caractérisés par la diversité de leurs cultures et de leurs économies : quatre d'entre eux sont des pays à revenu intermédiaire (tranche inférieure), cinq sont des pays à revenu intermédiaire (mais de tranche supérieure) et 44 sont des pays à revenu élevé **(2)**. La Région est desservie par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, qui est l'un des six bureaux régionaux de l'OMS dans le monde.


D'après Sørensen et al., « l'instruction en santé est liée à l'instruction élémentaire et englobe les connaissances, la motivation et les compétences des personnes à accéder, comprendre, évaluer et appliquer des informations sanitaires pour émettre des jugements et prendre des décisions dans leur vie quotidienne, au sujet des soins de santé, de la prévention des maladies et de la promotion de la santé, pour entretenir ou améliorer la qualité de leur vie tout au long de leur existence » **(3)**. Dans la Région européenne, l'insuffisance de l'instruction en santé est associée à la maladie et à son coût économique. L'enquête réalisée en 2011 sur l'instruction en santé en Europe dans huit États membres (Allemagne – Rhénanie du Nord-Westphalie –, Autriche, Bulgarie, Espagne, Grèce, Irlande, Pays-Bas et Pologne), a montré la prévalence d'un faible niveau d'instruction en santé (autrement dit, problématique et insuffisante) **(4)**. Bien que ce taux varie considérablement entre les États membres, le niveau d'instruction en santé de la population adulte prise globalement, qui s'établit à 47,6 %, est inférieur au niveau recommandé. Au total, le plus faible niveau d'instruction touche 12,4 % de la population adulte, qui va probablement connaître de graves difficultés. Les raisons sous-tendant les variations entre pays sont complexes, mais il est probable qu'elles comprennent des facteurs tels que la diversité des niveaux d'aptitude générale à lire et à compter, les différences culturelles et la diverse complexité des systèmes de santé **(5)**. L'enquête de 2011 sur l'instruction en santé en Europe a confirmé les conclusions de recherches précédentes effectuées hors de l'Europe, qui montraient qu'un faible niveau d'instruction en santé était lié à un niveau de santé auto-évalué inférieur et à des taux plus élevés de maladies chroniques (à long terme) **(4, 6)**. L'existence d'un gradient social de l'instruction en santé est également confirmée : les

personnes présentant déjà un risque accru de mauvaise santé en raison de leur âge, de privations socio-économiques et de leur appartenance à des groupes ethniques minoritaires sont plus susceptibles de souffrir d'un faible niveau d'instruction en santé (4).

Les systèmes de santé rencontrent des difficultés à produire les meilleurs résultats possibles pour les patients aussi bien que pour les contribuables: les patients sont en plus mauvaise santé et plus malades qu'ils ne le seraient autrement, et les services de santé s'efforcent d'être économiquement performants face aux demandes accrues d'une population vieillissante présentant des niveaux croissants de maladies chroniques (7). L'amélioration de l'instruction en santé, mettant l'accent sur le renforcement des capacités des citoyens et la hausse de la réactivité et des qualifications des praticiens et du système de santé, convainc de plus en plus, en tant que stratégie susceptible de traiter ces problèmes. Elle est une composante essentielle de Santé 2020, le cadre politique européen de la santé, qui soutient les mesures pangouvernementales et pansociétales destinées à améliorer la santé et le bien-être des populations, réduire les inégalités de santé, renforcer la santé publique et mettre en place des systèmes de santé universels, équitables, durables, de qualité et axés sur la personne (8). Cependant, les bases factuelles à propos des effets financiers de l'instruction en santé sur le coût des services de santé sont peu nombreuses. Aux États-Unis d'Amérique et en Europe, un faible niveau d'instruction en santé est associé à un coût accru des soins de santé (9, 10). De plus, une étude belge a montré qu'un faible niveau d'instruction en santé est associé à un usage supérieur des services de soins, en particulier des services les plus spécialisés (10).

L'importance de l'instruction en santé a été reconnue dans plusieurs déclarations politiques de premier plan. Au plan mondial, la Déclaration de Shanghai sur la promotion de la santé dans le programme de développement durable à l'horizon 2030, prononcée notamment par l'OMS en 2017 (11) indique que :

« L'éducation sanitaire permet aux citoyens de se prendre en main et de participer à l'action collective de promotion de la santé. Lorsqu'ils possèdent des connaissances approfondies en matière de santé, les décideurs et les investisseurs s'impliquent davantage en faveur des résultats sanitaires, de mesures porteuses d'avantages conjoints et d'une action efficace sur les déterminants de la santé. L'éducation sanitaire repose sur un accès inclusif et équitable à



une éducation de qualité et à l'apprentissage tout au long de la vie. Elle doit faire partie intégrante des savoir-faire et des compétences acquis tout au long de la vie, à commencer par l'intermédiaire des programmes scolaires. »

Par la Déclaration de Shanghai, l'OMS s'est engagée à investir dans l'éducation sanitaire en tant que déterminant essentiel de la santé ; élaborer, mettre en œuvre et suivre les stratégies intersectorielles nationales et locales pour renforcer les connaissances sanitaires de toutes les populations, dans tous les contextes éducatifs ; renforcer la prise en main par le citoyen de sa santé et de ses déterminants, en tirant parti du potentiel des technologies numériques ; et veiller à ce que les environnements de consommation favorisent des choix sains par l'intermédiaire de politiques de tarification, d'informations transparentes et d'un étiquetage clair. Au sein de la Région européenne, le Parlement européen a approuvé le rapport intitulé *Accelerating the health literacy agenda in Europe* (Accélérer le programme d'action en faveur de l'instruction en santé en Europe) (12) et a publié une note d'information soulignant l'importance de l'instruction en santé tout au long de la vie et les avantages qu'il y aurait à axer les interventions sur l'instruction en santé sur les enfants et les jeunes (13). L'instruction en santé est également une composante fondamentale de la Déclaration de Vilnius sur la durabilité des systèmes de santé pour une croissance inclusive, en 2013 (14) et de la Feuille de route de Riga, en 2015 (15). La Déclaration de Minsk de 2015 insiste sur l'importance de renforcer les capacités tout au long de la vie (dès les premières années, pendant les années de scolarité et au cours de l'âge adulte) (16) ; quant à la Déclaration de Paris de 2016, elle souligne l'importance des politiques intersectorielles et intergouvernementales pour la promotion de l'instruction en santé et de ce fait, de la santé et du bien-être, auprès des enfants d'âge préscolaire et scolaire (17). Enfin, la Déclaration de Pécs des Villes-santé met en exergue le rôle des villes et des groupes de population en tant que facteurs favorisant la santé et le bien-être pour tous (18).

Des directives invitant à l'action ont été publiées par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (19) et par des États membres (20, 21). Les directives du Bureau régional, intitulées *Health literacy: the solid facts* (L'instruction en santé. Les faits) indiquent que l'instruction en santé implique au-delà des systèmes de santé et d'éducation : elle existe « dans le contexte de la vie quotidienne : à la maison, dans le quartier, sur le lieu de travail, dans le système de soins, sur les marchés et dans l'arène politique » (19, 22) ; elle existe également de plus en plus dans les médias, les réseaux sociaux et la cybersanté (19).

L'instruction en santé est un domaine qui s'étend rapidement. Parmi les études précédentes sur cette question, figure un rapport de l'Institut de médecine des États-Unis (23) et un autre de l'Union européenne, intitulé *Study on sound evidence for a better understanding of health literacy in the EU* (Étude des bases factuelles solides en vue d'une meilleure connaissance de l'instruction en santé dans l'Union européenne, projet HEALIT4EU) (5). Le présent rapport de synthèse diffère de ces études par sa perspective (européenne et non américaine), sa portée géographique (l'ensemble de la Région européenne de l'OMS et non l'Union européenne) et l'accent mis sur la synthèse des constats. Il vise à identifier et à collecter des conclusions à partir des politiques et des activités liées dans la Région; à décrire leur efficacité à améliorer l'instruction en santé aux niveaux de la Région, des États membres et des organisations; et à proposer des options politiques susceptibles de permettre à tous les citoyens européens de profiter des avantages d'une meilleure instruction en santé.

1.2 Méthodologie

Les définitions et le concept d'instruction en santé étant vastes (3) et recoupant ceux de promotion de la santé et de l'éducation sanitaire (24), cette étude a étudié les bases factuelles des politiques sanitaires seulement si: i) ces politiques correspondaient à la définition adaptée de l'OMS (25) – « décisions, plans et actions entrepris pour atteindre des buts spécifiques d'instructions en santé dans une société donnée » –; et ii) elles comprenaient le terme d'instruction en santé (ou son équivalent dans la langue nationale). Du 9 octobre 2017 au 20 janvier 2018, une recherche a été menée dans la littérature scientifique à comité de lecture, sur les politiques, les obstacles politiques, les facteurs facilitant et l'efficacité, en allemand, anglais et néerlandais, et sur les politiques dans la littérature grise en allemand, anglais, catalan, espagnol, français, italien, néerlandais et russe; parallèlement, une recherche a été menée sur les bases factuelles décelées grâce à une requête auprès d'experts et dans le rapport évalué par des pairs le plus récent: l'étude HEALIT4EU (5). Une recherche a également été effectuée pour repérer des politiques dans les pays de la Communauté des États indépendants.

Après un examen et l'élimination des doublons, un total de 15 300 articles publiés dans des revues à comité de lecture ont été conservés, et 12 articles en texte intégral ont été passés en revue afin de déterminer s'ils répondaient



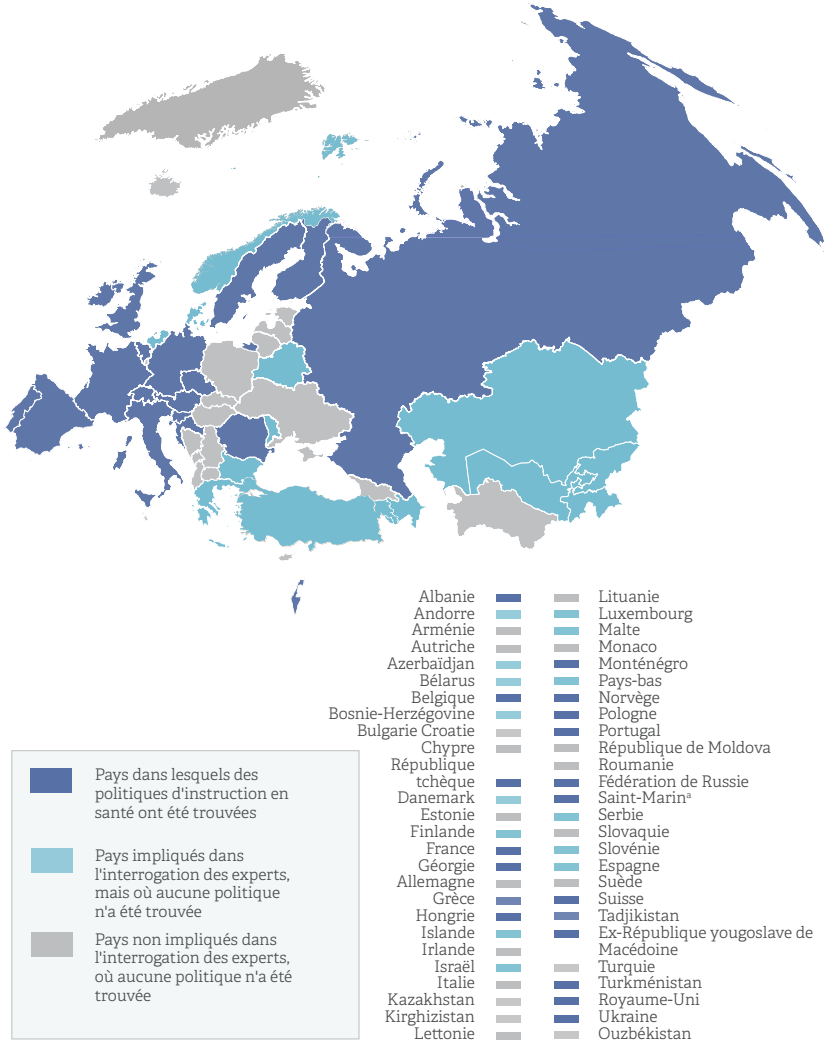
aux critères retenus; finalement, quatre activités (26–29) liées à quatre politiques (30–33) ont été identifiées. Trois articles explorant les obstacles et les facteurs facilitant la réussite d'une mise en œuvre des politiques ont également été inclus (34–36). En outre, l'examen de la littérature grise a permis de repérer 15 politiques, tandis que l'interrogation des experts en dégageait 26, et que l'étude HEALIT4EU en faisait apparaître sept. Après élimination des doublons, un total de 46 politiques d'instruction en santé a été conservé (30–33, 37–78), de même que trois articles portant sur les obstacles/les facteurs facilitant/l'efficacité des politiques (34–36).

Les constatations préliminaires ont été présentées au réseau d'action pour l'évaluation de l'instruction en santé, qui relève de l'Initiative européenne d'information sanitaire – soit 19 États membres de la Région – pour réaliser une vérification de leur qualité et signaler d'éventuelles politiques manquantes.

La Fig. 1 montre la répartition géographique des documents utilisés dans cette étude, entre les États membres de la Région européenne.

L'annexe 1 présente une description complète de la méthodologie.

Fig. 1. Répartition géographique des États membres dans lesquels des politiques ont été sélectionnées



^a Pas de données spécifiques pour le pays de Galles ou l'Écosse seuls.



2. RÉSULTATS

2.1 Panorama des politiques d'instruction en santé dans la Région européenne de l'OMS

Dix-neuf États membres ont conscience que le faible niveau d'instruction en santé pose problème et sont en train d'élaborer, ou ont déjà élaboré une politique pour y remédier. Il s'agit de l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, la Croatie, l'Espagne, la Fédération de Russie, la Finlande, la France, l'Irlande, Israël, l'Italie, le Portugal, la République tchèque, la Roumanie, le Royaume-Uni, Saint-Marin, la Slovaquie, la Suède et la Suisse.

Le niveau de gouvernance auquel la politique a été élaborée a été divisé en quatre catégories : régional (le niveau de la Région européenne de l'OMS), national (le niveau de l'État membre, du pays ou d'une région administrative dans des États membres tels que l'Espagne, l'Italie et le Royaume-Uni, où la politique sanitaire et son financement sont décentralisés) et local (des régions administratives, une ville ou une organisation non gouvernementale) ; le niveau international comprend les politiques impliquant plus d'un État membre, sans être régionales. Aucune politique régionale n'a été trouvée, mais l'une d'entre elles [le programme MiMi (50)] est internationale, car elle a débuté en Allemagne avant de s'étendre à l'Autriche et à la Suisse. Parmi les 45 autres politiques, 37 sont des politiques nationales, et huit, des politiques locales.

Les catégories de gouvernance ont ensuite été stratifiées selon l'état des politiques, en suivant une version modifiée du modèle des étapes (79) : en cours d'élaboration (définition du problème et fixation du programme) ; active (mise en œuvre et évaluation) ; ou limitée dans le temps sans indication de l'existence d'une politique de remplacement. Cinq politiques, toutes nationales, se trouvaient encore au stade de l'élaboration (38, 46, 60, 63, 65). Trente politiques, dont une internationale (50), 23 nationales (32, 33, 37, 41–43, 47–49, 51, 54–57, 59, 62, 66–68, 70, 73, 76, 77) et six locales (31, 40, 53, 71, 74, 78) étaient actives. Enfin, 11 politiques étaient limitées dans le temps ; il s'agissait toujours de politiques nationales (30, 39, 44, 45, 52, 58, 61, 64, 69, 72, 75).

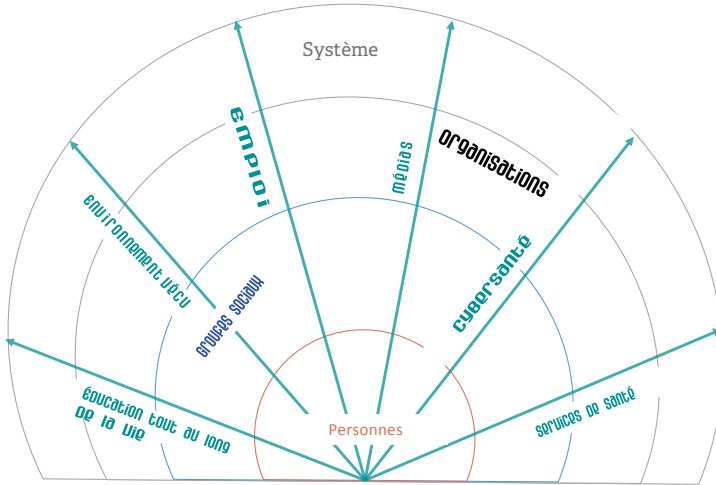
2.2 Analyse des politiques

Il était possible d'accéder à des informations sur 43 des 46 politiques identifiées, les trois autres – belge (38), russe (63) et slovène (65) – se trouvant encore au stade de l'élaboration, sans autre information disponible.

Les politiques et leurs composantes ont été évaluées en fonction de critères adaptés à partir de Cheung et al. (80), tels que les antécédents (raisons sous-tendant la politique), les acteurs (personnes travaillant ou vivant dans les secteurs, les organisations, les professions et les groupes sociaux devant être impliqués pour que la politique soit effective), les activités (actions devant être entreprises pour réaliser les objectifs politiques, notamment la mise au point de portails d'instruction en santé publiquement accessibles), l'éventualité qu'une évaluation soit planifiée et si oui, si celle-ci a eu lieu, et les éléments d'appréciation sur son efficacité. Les acteurs ont été classifiés selon leur statut de bénéficiaire ou de personne chargée de l'exécution. Le lien entre les antécédents cités et les données sur l'instruction en santé a été approfondi.

Les politiques d'instruction en santé portaient sur un certain nombre de secteurs interconnectés et de niveaux sociaux (19) et comportaient une vaste gamme d'activités. Un modèle de politique d'instruction en santé composé de 4 niveaux sociaux et de 6 vecteurs a été mis au point de manière itérative pendant la collecte et la synthèse des bases factuelles, pour analyser les activités directement liées aux politiques identifiées (cf. Fig. 2). Le terme de vecteur a été utilisé pour décrire les divers moyens par lesquels l'instruction en santé peut être développée: la santé, l'éducation tout au long de la vie, l'environnement vécu, l'emploi, les médias et la cybersanté [c'est-à-dire la capacité à rechercher, trouver, comprendre et évaluer des informations sanitaires à partir de sources électroniques, et à appliquer le savoir obtenu à la prise en charge ou la résolution d'un problème de santé (81)].

Fig. 2. Le modèle de politique d'instruction en santé



Les bases factuelles synthétisées à partir de toutes les politiques sont disponibles sur demande.²

2.2.1 Antécédents politiques

Les 43 politiques analysées totalisaient 102 antécédents. Ces derniers ont été cartographiés dans les niveaux sociaux du modèle de politique d'instruction en santé.

Niveau individuel (« les personnes »). Au total, 47 antécédents, pour la plupart de nature sanitaire, ont été cartographiés à ce niveau : faible niveau d'instruction en santé des personnes (patients, citoyens, employés; $n = 23$) (37, 41, 44, 46–48, 50, 51, 54, 55, 57, 58, 62, 64, 66, 67, 69–71, 73–75, 78); nombre élevé de personnes souffrant d'une maladie évitable ($n = 9$) (32, 41, 43, 46, 56, 57, 66, 68, 77); nombre élevé de personnes en mauvaise santé ($n = 7$) (30, 41, 51, 56, 59, 67, 77); faible niveau d'instruction en cybersanté ($n = 3$)

² Les informations sur les politiques peuvent être obtenues en écrivant à euhen@who.int (demander le tableau 1, Informations sur les politiques).


(41, 53, 57); et nombre élevé de personnes ayant des comportements à risque pour leur santé ($n = 4$) (59, 62, 68, 78). L'un de ces antécédents était le manque d'aptitudes globales de vie (employabilité) chez les personnes (30).

Niveau des groupes de population. Huit antécédents ont été cartographiés à ce niveau. Tous sauf un avaient trait aux populations vulnérables, telles que les migrants et les réfugiés (33, 50, 54, 69) – une politique comportait deux antécédents (50) – et aux groupes vulnérables et exclus sur le plan socio-économique (30, 73). Une politique, en revanche, considérait les groupes de populations dans un sens plus général (78).

Niveau des organisations. Quarante antécédents, extraits de 36 politiques et liés pour la plupart à des organisations de santé, ont été cartographiés à ce niveau. Quinze politiques étaient liées à au moins un antécédent en rapport avec une faible connaissance et réactivité de l'organisation à l'instruction en santé (37, 40, 41, 46, 49, 50, 52, 53, 55, 56, 66, 69, 71, 76, 78); 10 politiques mentionnaient de bas niveaux de compétences du personnel sanitaire en instruction en santé (37, 40, 41, 45, 46, 54, 55, 70, 75, 78) et huit politiques citaient la complexité de l'information sanitaire actuelle (40, 45, 47, 55, 56, 58, 68, 76). Une politique relevait l'absence de ressources nationales sur l'instruction en santé (75); une politique évoquait le faible niveau de l'instruction en santé dans les médias (56) et une autre signalait le même antécédent dans les organisations publiques non spécialisées dans la santé (71).

Niveau du système. Sept antécédents ont été cartographiés à ce niveau : deux d'entre eux étaient liés à la sécurité de l'environnement (43, 51), quatre aux inégalités de santé dans la société (37, 43, 68, 77) et un au manque de sensibilisation à l'instruction en santé au niveau politique (76).

Une comparaison a révélé des incohérences entre les antécédents et la disponibilité de données pertinentes. Bien que le faible niveau d'instruction en santé des personnes ait été cité 23 fois, le niveau national de l'instruction en santé n'était connu que dans 15 cas. De façon similaire, neuf politiques faisaient un lien avec l'instruction en santé et les inégalités de santé, alors que le niveau d'instruction en santé n'était connu que dans cinq pays; neuf politiques rapprochaient également instruction en santé et maladies chroniques, bien que le niveau d'instruction en santé n'était connu que dans quatre pays. D'autres antécédents cités n'étaient que peu justifiés par des données quantitatives : il s'agissait du faible niveau de compétences en instruction en



santé des professionnels de la santé, et de l'excessive complexité des matériels d'information sur la santé. Aucune donnée quantitative de référence n'avait été trouvée pour deux antécédents: le bas niveau de réactivité en matière d'instruction en santé dans les organisations de santé (cité dans 15 politiques) et le faible niveau d'instruction en santé (mentionné dans trois politiques).

2.2.2 Acteurs des politiques

Les acteurs sont les personnes qui travaillent ou vivent dans les secteurs, les organisations, les professions et les groupes sociaux concernés par une politique spécifique. Ils peuvent en être les bénéficiaires ou bien en charge de la mise en œuvre des activités de la politique.

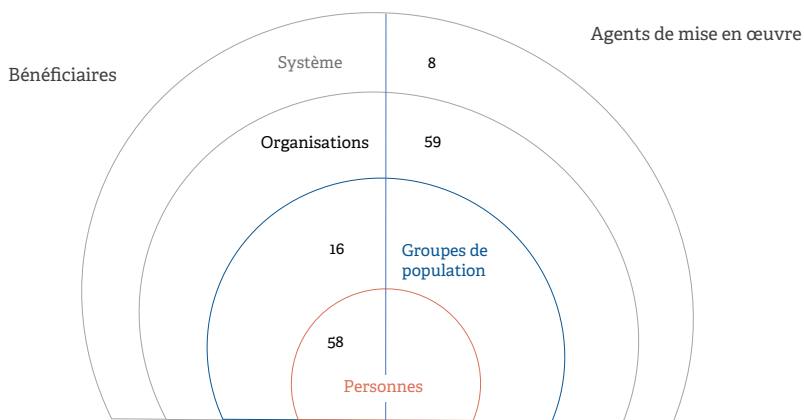
Bénéficiaires. Les bénéficiaires des politiques analysées étaient des personnes (niveau individuel) et des groupes de population. Les personnes classées au niveau individuel comprenaient les patients (31, 32, 37, 40, 43, 45–47, 51–53, 55–58, 66–68, 70, 75, 76, 78), les citoyens (37, 43, 45, 47–49, 51–57, 62, 64, 66–68, 70, 72–74, 78), les élèves – enseignement préscolaire (71), enseignement scolaire (42, 51, 59) et adultes (44, 45, 70, 71, 74) –, les employés (40, 44, 72) et les détenus (72). Au niveau des groupes de population, la plupart des bénéficiaires étaient des personnes de groupes vulnérables tels que les enfants de familles défavorisées sur le plan socio-économique (42, 51, 59), les personnes âgées (57), les groupes de migrants (33, 54, 69), les femmes enceintes (62), et les groupes vulnérables et exclus sur le plan socio-économique (30, 73). Des communautés plus larges étaient citées dans une politique (78). Les familles étaient citées en tant que bénéficiaires dans cinq politiques (37, 59, 62, 71, 73).

Personnes en charge de la mise en œuvre. Comme les personnes en charge de la mise en œuvre des activités liées aux politiques travaillent généralement pour des organisations et des organismes publics, elles ont été, pour la plupart, cartographiées au niveau des organisations dans le modèle de politique d'instruction en santé. La plupart des personnes en charge de la mise en œuvre travaillent dans des organisations du secteur public, par exemple dans le secteur de la santé (31, 32, 37, 40, 41, 43, 45–47, 51–53, 55–57, 66–68, 70, 75, 76, 78) et celui de l'éducation (30, 42, 44, 45, 48–51, 59, 64, 70–74), de même que dans les services sociaux, le service des pompiers, la police ou les prisons (30, 70–72). Certains agents de mise en œuvre travaillent dans des organisations de santé et/ou d'assurance sociale (37, 47, 49), des organisations non gouvernementales – telles que des

groupes de liaison communautaire, des organisations caritatives et certains prestataires de santé (31, 33, 47, 49, 52, 54, 57, 62, 73) – et des syndicats (48). Enfin, trois politiques mentionnaient des personnes travaillant pour des organisations commerciales (48, 49, 56) et deux, des personnes travaillant pour des instituts de recherche (43, 77). Des personnes travaillant au niveau systémique (les autorités publiques nationales ou locales) ont été citées dans huit politiques (30, 46, 49, 51, 68, 73, 77); mais aucune politique n'a évoqué de personnes travaillant aux niveaux international ou régional.

Les bénéficiaires aussi bien que les agents de mise en œuvre ont été cartographiés dans le modèle de politique d'instruction en santé (cf. Fig. 3). Les bénéficiaires apparaissent aux niveaux des personnes et des groupes de population, dans la plupart des cas au niveau individuel (58 des 74 citations, soit 78 % d'entre elles). Quant aux personnes chargées de la mise en œuvre, elles étaient cartographiées aux niveaux de l'organisation et du système – pour 59 des 67 citations (88 % des cas), il s'agissait du niveau de l'organisation.

Fig. 3. Nombre de bénéficiaires et d'agents de mise en œuvre cartographiés aux quatre niveaux du modèle de politique d'instruction en santé





2.2.3 Évaluation des activités de la politique

Parmi les 46 politiques étudiées, 28 d'entre elles (soit 61 %) mentionnaient un plan d'évaluation de tout ou partie des aspects de la politique, tandis que 15 politiques (soit 33 %) n'en décrivaient aucun, et que trois étaient en cours d'élaboration, sans autre forme de précisions. Sur les 28 politiques ayant évoqué un plan d'évaluation, 17 politiques (émanant de 10 États membres) avaient achevé tout ou partie de ce plan, dont les résultats avaient été mis à la disposition du public.³

Les activités ont été évaluées à l'aide d'une série de méthodes, et plusieurs d'entre elles ont été évaluées par plus d'une méthode (29, 82–87). Le type d'évaluation le plus courant était l'évaluation des résultats, qui consiste à confirmer que les résultats ciblés ont été atteints. La politique autrichienne en fournit un exemple. Intitulée *Ensure the sustainability of communication and training in the care of people with disabilities* (Assurer la pérennité de la communication et de la formation lors des soins aux personnes handicapées) (88), elle se trouve sur la plateforme autrichienne sur l'instruction en santé (37). L'activité s'est conclue par la production d'un « passeport de communication », contenant toutes les informations pertinentes sur les professionnels des soins sanitaires et sociaux, les soignants/aidants et la personne concernée ; cela démontre que le résultat escompté a été atteint. Bien qu'il s'agisse d'une information utile, cela ne dit rien de l'efficacité de l'activité. C'est pourquoi les évaluations des résultats ne sont pas prises en compte dans le présent rapport. Les deux autres types d'évaluation utilisent des méthodes qualitatives et quantitatives, parfois employées simultanément. Toutes deux procurent des informations sur les conséquences des politiques.

Toutes les activités évaluées ont été analysées à l'aide du modèle de politique d'instruction en santé (cf. Fig. 4). La majorité d'entre elles ont été cartographiées dans les services de santé et l'éducation, rattachées au vecteur de l'éducation tout au long de la vie, et au sein de ces catégories, divisées selon leur niveau – personnes, groupes de populations (y compris la famille) et organisations. Certaines activités ont également été rattachées aux vecteurs « environnement vécu » et « emploi ». En revanche, aucune des activités évaluées n'a été rattachée au niveau du système, ni aux vecteurs des médias ou de la cybersanté.

³ De plus amples détails sur les activités des politiques peuvent être obtenus sur demande en écrivant à euhen@who.int (demander le tableau 2, activités des politiques).

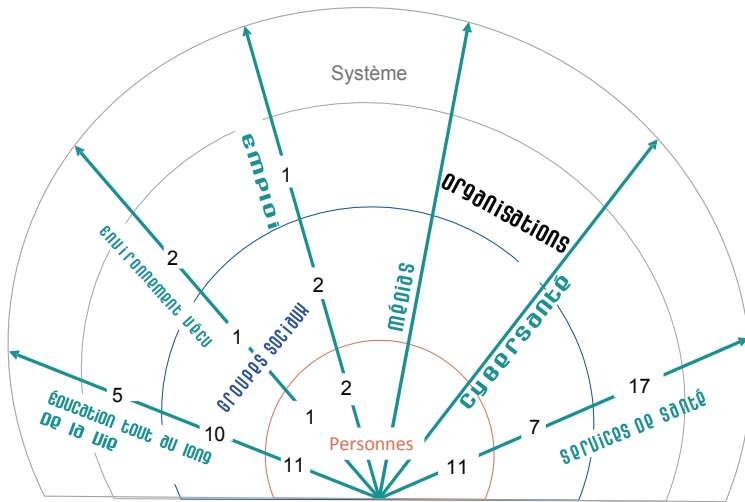
Activités dont les bénéficiaires sont des personnes

Activités dont les résultats ont été évalués. À ce niveau, la plupart des activités évaluées visaient à renforcer l'instruction en santé des patients souffrant d'une maladie chronique. Toutes ont procuré des avantages tangibles et démontrés aux patients; aucun effet négatif n'a été signalé. Le projet *Herzensbildung* (89), lié à la politique nationale autrichienne (37), entendait informer les patients atteints d'une cardiopathie sur sa prévention et sa prise en charge, et soutenir l'instruction en santé appliquée aux cardiopathies. Il a amélioré les connaissances des patients, leur confiance et permis une baisse du tabagisme. Une autre activité, réalisée sur un site de démonstration en Angleterre (90), et liée à la politique nationale anglaise (70), ciblait également une maladie spécifique. Sur ce site, connu pour sa faible réussite dans la lutte contre le diabète, les patients recevaient une instruction en santé au moyen d'un programme de formation validé, élaboré dans le cadre d'une politique précédente, *Skilled for Health* (Compétents en santé) (72). Il en a résulté de meilleures connaissances chez les patients, une gestion améliorée de la pharmacothérapie et un usage plus judicieux des services de soins de santé. Certaines activités ne visaient pas une maladie spécifique, mais s'adressaient plutôt aux patients atteints de maladies chroniques. En Israël, un service d'informations pour améliorer l'instruction en santé des patients a suscité une forte satisfaction chez les patients et amélioré l'observance des régimes thérapeutiques [D Levin-Zamir, Clalit Services, Israël, communication personnelle 13 mars 2018; projet lié à la politique du pays (53)]. En Catalogne (Espagne), le programme de prévention et d'attention à la chronicité (32) a permis de constituer des groupes de soutien aux patients, à l'aide du programme de patients experts (91); cela a amélioré la qualité de vie, l'utilisation des services et les capacités d'auto-prise en charge des patients atteints de maladies chroniques (28). Le programme finlandais d'éducation dans les écoles (42, 92), est une activité évaluée, visant les personnes hors du vecteur de la santé – il entend renforcer l'instruction en santé chez les élèves de Finlande, dans le cadre de la vie scolaire. L'évaluation nationale de qualité, décrite dans l'étude de cas n° 1, permet aux autorités éducatives d'évaluer les effets de cet enseignement sur les compétences des élèves.

Activités dont l'évaluation des résultats n'est pas encore disponible.

Les bénéficiaires de ces activités sont les patients, les citoyens et les élèves. Certaines activités cherchent à augmenter l'instruction en santé des patients ainsi que de l'ensemble de la population – Allemagne (46),

Fig. 4. Nombre d'activités des politiques cartographiées aux quatre niveaux du modèle de politique d'instruction en santé



Italie (Ombrie) (57) et Suisse (68) –, tandis que d'autres veulent améliorer les connaissances en cybersanté [Israël (53)]. Certaines activités privilégiaient l'éducation tout au long de la vie : par exemple dans les Pouilles (Italie), l'instruction en santé est réalisée dans les établissements scolaires, pour réduire les comportements à risque pour la santé (59). En Allemagne, la Décennie nationale de l'instruction élémentaire et des compétences de base vise à renforcer l'instruction en santé chez les adultes dans toute la société (48) ; quant à la politique de Trente (Italie), elle est axée sur la prévention des maladies grâce à une meilleure instruction en santé des citoyens, en relation avec les modes de vie, en particulier chez les personnes âgées (56).


Étude de cas n°1. Évaluation quantitative d'une politique nationale finlandaise

Une évaluation nationale des effets de la politique finlandaise intitulée Résultats de l'éducation sanitaire dans l'enseignement de base (92), sur l'apprentissage des élèves suivant le programme

national (42), a permis d'apprécier l'instruction en santé depuis l'année 1 (correspondant à des élèves âgés de sept ans) à l'année 9 (élèves âgés de 16 ans); l'évaluation portait sur la promotion de la santé, la protection de la santé, la prévention des maladies et le thème « santé, communautés et cultures » (42). En Finlande, tous les élèves sont évalués au cours de l'année 9 (à l'âge de 16 ans), et une évaluation nationale quantitative est réalisée tous les dix ans (92). L'évaluation a montré un niveau satisfaisant d'instruction en santé chez les élèves de l'ensemble du programme.

Activités dont les bénéficiaires sont des groupes de population

Activités dont les résultats ont été évalués. Un grand nombre de ces activités sont axées sur le renforcement de l'instruction en santé dans les groupes vulnérables. Citons à titre d'exemple le projet MiMi pour les migrants, qui englobe l'Allemagne, l'Autriche et la Suisse (37, 50, 69) et que décrit l'étude de cas n°2, ainsi que le programme suédois sur le renforcement de l'instruction en santé chez les migrants (33), dont un sous-projet portait sur le renforcement de l'instruction en santé sexuelle chez les migrantes – cf. Étude de cas n°3 (27). En Israël, un projet s'inscrivant dans la politique nationale et intitulé Opportunité culturelle et accessibilité (52), visait à augmenter la participation des migrants et leur accès à la santé. Ce projet a permis d'accroître leur implication dans les programmes de dépistage, d'améliorer l'adhésion des patients aux programmes d'auto-prise en charge et de faciliter la navigation au sein du système de soins (D Levin-Zamir, Clalit Services, Israël, communication personnelle, 13 mars 2018). Une activité cherchant à offrir une meilleure instruction en santé à un groupe socialement exclus en Irlande – le projet *Atelier Men's Roma* (26), émanant de la stratégie nationale irlandaise de santé interculturelle (30) –, a mené à une meilleure instruction en santé, une sécurité environnementale accrue (en termes de santé et de sécurité à domicile, de protection contre les incendies dans les foyers) et une meilleure employabilité. Le projet *Stoke Speaks Out* (94) est quant à lui, une activité visant à renforcer l'instruction en santé dans un groupe de population défavorisée, dans le cadre de la politique anglaise *Health Literacy Friendly Stoke*, qui concerne les villes (71). Grâce à ce projet, des activités d'instruction en santé réalisées dès les premières années de l'enfance (enfants âgés de 0 à 5 ans et leurs parents) dans une ville défavorisée sur



le plan socio-économique, ont permis d'augmenter les connaissances, le langage, les qualifications et la confiance des parents comme des enfants dans les domaines relatifs à la santé, tels que les visites chez le dentiste ou le médecin. Quant au projet autrichien Capable et en bonne santé (95) – qui dans le cadre du programme national d'instruction en santé (37), entend renforcer cette instruction de même que le savoir en matière de santé –, les enfants, les adolescents et leurs familles ont acquis des compétences sur les modes de vie, ce qui a accru leurs connaissances et le passage à l'action dans le domaine de l'exercice et du régime alimentaire. Autre politique anglaise, le programme *Skilled for Health* (Qualifiés en santé), s'efforçait de renforcer l'instruction en santé dans les groupes sociaux défavorisés en organisant des formations dans de multiples contextes : les communautés démunies sur le plan socio-économique, les lieux de travail comportant une forte proportion de travailleurs peu qualifiés, l'armée et les prisons (72). L'évaluation nationale a montré des gains en matière d'instruction en santé, tels que des connaissances accrues sur la santé, les maladies, leur prévention et les parcours au sein des services de santé. Elle a aussi révélé que les aptitudes générales à lire et à compter s'étaient améliorées, de même que les qualifications, ce qui a augmenté l'employabilité des populations.

Activités dont l'évaluation des résultats n'est pas encore disponible.

En Irlande du Nord, une activité est réalisée dès la petite enfance pour améliorer les compétences parentales, notamment l'instruction en santé, et les compétences plus largement liées à l'emploi dans les familles défavorisées sur le plan socio-économique et comportant des enfants d'âge préscolaire (73). Enfin, en Italie (Ombrie), une activité ambitionnait d'améliorer la santé en faisant la promotion d'activités culturelles communautaires (57).

Étude de cas n°2. Le projet MiMi – Avec les migrants, pour les migrants


Le projet MiMi a été initié en Allemagne en 2003 (50) avec le soutien financier de la Compagnie fédérale des fonds d'assurance maladie (*Betriebskrankenkasse Bundesverband*), en tant qu'intervention pilote. Le but était de s'attaquer aux inégalités d'accès aux soins de santé et à l'information sanitaire chez les migrants, en renforçant l'instruction en santé dans cette population.

Pour s'assurer que l'information sanitaire était accessible et culturellement appropriée, MiMi a eu recours à des pairs médiateurs. Les migrants qui étaient considérés comme éduqués, socialement intégrés et respectés dans leur communauté recevaient environ 50 heures de formation à la médiation, les soirs et les week-ends, sur des sujets tels que le système de santé et les principaux problèmes de soins (par exemple, la santé sexuelle, la santé mentale, les régimes alimentaires et la nutrition, la consommation d'alcool et de tabac). Les médiateurs effectuaient la promotion de la santé en conduisant des événements d'information fréquentés par leurs pairs, et offraient à ces derniers un soutien et une orientation pour renforcer leurs connaissances et leur responsabilité vis-à-vis de leur santé personnelle. Les médiateurs « jouent donc un rôle de pont entre les migrants les moins bien intégrés et le système de santé allemand » (50).

En cours, l'évaluation du projet comprenait des questionnaires destinés aux médiateurs à propos de leur formation, des entretiens qualitatifs et une analyse coûts-avantages. MiMi a été approuvé par l'OMS en tant qu'étude de cas sur la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale; il a également reçu le Prix européen de la santé en 2015 (93). Le projet a été étendu et se trouve à présent dans 64 lieux en Allemagne et en Autriche (37); il a également été utilisé dans le cadre du programme national suisse sur la migration et la santé (69). MiMi est un exemple important, qui montre comment les États membres de la Région peuvent apprendre les uns des autres et collaborer pour améliorer aussi bien la santé que l'accès aux soins des principaux groupes de populations.

Étude de cas n°3. Étude qualitative sur l'instruction en santé de femmes réfugiées nouvellement arrivées en Suède

En Suède, les immigrants nouvellement arrivés reçoivent une éducation sanitaire tenant compte des facteurs culturels (notamment en matière de santé sexuelle), dans le cadre de groupes (33). Une étude qualitative s'est intéressée aux points de vue des femmes immigrantes pour mesurer à quel point cette éducation sanitaire avait augmenté leurs connaissances en santé sexuelle. Les femmes interrogées ont indiqué que leurs connaissances en santé sexuelle (notamment en terminologie médicale) s'étaient accrues,



qu'elles se sentaient davantage confiantes dans la discussion sur ce genre de sujets avec des amis ou des membres de la famille, qu'elles connaissaient mieux leurs droits et qu'elles étaient plus autonomes dans leur santé sexuelle. L'éducation sanitaire a donc augmenté l'instruction fonctionnelle, interactive et cruciale des femmes en matière de santé (27).

Activités dont les bénéficiaires sont des organisations

Activités dont les résultats ont été évalués. Deux activités visant à améliorer l'instruction en santé des prestataires de services aux personnes de faible niveau d'instruction en santé ont été étudiées. Sur un site national de démonstration lié à la politique anglaise actuelle d'instruction en santé (70), un programme de formation dans ce domaine, destiné au personnel de santé, des services sociaux, de protection contre les incendies et de secours, ainsi qu'au personnel communautaire, a augmenté les connaissances et la confiance de ces professionnels dans leur soutien aux patients et aux clients (90). Par ailleurs, sur un site national de démonstration en Écosse, les activités de formation du personnel, grâce à la technique du Teach-Back par exemple (96, 97), ont accru la confiance du personnel à satisfaire les besoins des patients possédant un faible niveau d'instruction en santé (98).

Activités dont l'évaluation des résultats n'est pas encore disponible. Plusieurs activités s'efforcent d'améliorer la performance des organisations offrant des services aux personnes de faible niveau d'instruction en santé. Dans la Vallée d'Aoste (Italie), l'accent est mis sur les services de médiation culturelle pour améliorer les services de santé proposés aux personnes de différents groupes culturels et ethniques (54). Certaines politiques comportent des activités s'efforçant de rendre plus claire l'information sanitaire et/ou la signalisation dans les hôpitaux (54, 55, 75), de même que les compétences des professionnels de la santé (46, 54, 55, 58). La politique allemande soutenant la Décennie nationale de l'instruction élémentaire et des compétences de base, (48), entend renforcer l'instruction en santé des enseignants. Enfin, à Trente (Italie), des activités impliquent des médias et des journalistes (56).

Activités dont les bénéficiaires sont le système

Activités dont les résultats ont été évalués. Aucune des activités évaluées ayant été incluses dans cette synthèse n'a été réalisée au niveau du système.

Activités dont l'évaluation des résultats n'est pas encore disponible. La Décennie nationale de l'enseignement élémentaire et des compétences de base, qui est une politique allemande, indique qu'elle entend « élaborer, développer et diffuser des structures » (48); quant au Cadre irlandais pour une amélioration de la santé et du bien-être, il ambitionne d'« incorporer l'instruction en santé dans l'élaboration d'une politique de santé et d'éducation » (51). Leur évaluation devrait donner de précieuses informations sur l'efficacité de ces activités mises en œuvre au niveau systémique.


Les portails sur l'instruction en santé

Des politiques mises en œuvre en Allemagne (31, 48), Autriche (37), Fédération de Russie (63) et Royaume-Uni (70, 72, 75) comportent des activités engendrant des portails publiquement accessibles et offrant des informations et des outils sur l'instruction en santé.

2.2.4 Facteurs influant sur l'efficacité des politiques

Les informations sur les facteurs influençant la réussite de la mise en œuvre des politiques d'instruction en santé (c'est-à-dire les facteurs qui la facilitent ou la contraignent) ont été obtenues dans les articles de revues scientifiques à comité de lecture (34–36), ayant exploré les opinions des responsables politiques de l'élaboration et de l'exécution de ces politiques, dans le cadre du Réseau OMS des Villes-santé (99).

Facteurs facilitant. L'analyse de 112 études de cas, réalisée par Green et al. a montré que plus de 90% de ces études mentionnaient cinq conditions préalables – d'après Tsouros (100) – facilitant la mise en œuvre : la collaboration intersectorielle, le soutien des structures et des processus institutionnels, le leadership politique, la participation des groupes de population et la constitution de réseaux (35). L'importance de la collaboration intersectorielle est apparue clairement à Stavropol (Fédération de Russie), où le programme de prévention des maladies non transmissibles a tiré parti de l'expertise de l'Université publique de médecine et a impliqué les départements municipaux des soins de santé, de l'éducation et de la protection sociale (35). Morrison et al. ont quant à eux, montré l'importance du leadership politique : à Lisbonne, un participant a fait remarquer que « la lutte contre les inégalités de santé devrait être une priorité dans la Région métropolitaine de Lisbonne et qu'elle n'est pas



un sujet chaudement débattu de manière directe » (34). Par ailleurs, plusieurs auteurs ont commenté les avantages de la participation et de la collaboration avec les populations. Green et al. par exemple, ont décrite une politique mise en œuvre à Preston (Royaume-uni), dans laquelle l'influence exercée par des groupes de populations dans les rues a permis de mieux sensibiliser les résidents aux avantages sanitaires de la marche et de la participation à la vie sociale (35).

Obstacles. Les obstacles à la réussite des politiques sont notamment de nature culturelle. Morrison et al. indiquent par exemple que d'après leurs interlocuteurs à Stockholm et à Lisbonne, les obstacles à la lutte contre les inégalités de santé sont essentiellement liés à des croyances culturelles ancrées, qui compliquent l'adoption de modes de vie plus sains (34). Les restrictions budgétaires sont également importantes: d'après la même étude, « la question financière est une [barrière] très importante. Chaque année qui passe réduit l'argent dont nous disposons et la crise ne fait qu'aggraver cela » (34). Enfin, la difficulté à obtenir des bases factuelles de qualité est également un des obstacles cités: Bull et al. ont mis en évidence que la présence et l'usage de ces bases factuelles variaient considérablement (36).

3. DISCUSSION

3.1 Points forts et limites

Ce rapport a procédé à l'analyse des politiques d'instruction en santé identifiées, à l'aide d'un cadre clair. Bien que les langues utilisées par l'équipe de base aient été réduites à l'allemand, à l'anglais et au néerlandais, les auteurs ont collaboré avec des locuteurs de plusieurs autres langues européennes (catalan, espagnol, finnois, français, grec, hébreu, italien, portugais et russe) grâce à des réseaux étendus. Les constats préliminaires ont été présentés lors de la séance inaugurale (les 22 et 23 février 2018) du réseau d'action de l'OMS pour l'évaluation de l'instruction en santé, qui relève de l'Initiative européenne d'information sanitaire (101); les représentants de 19 États membres qui y ont participé ont eu la possibilité d'alerter les principaux auteurs sur les lacunes et les erreurs du rapport, et de les conseiller sur son utilité en vue de décisions et d'actions futures. Par ailleurs, des questions ont été soumises à divers experts, notamment en russe, dans les pays de la Communauté des États indépendants (Arménie, Azerbaïdjan, Bélarus, Kazakhstan, Kirghizistan, Ouzbékistan, République de Moldova et Tadjikistan); mais aucune réponse n'a été reçue de ces pays.

Certaines notes d'information, déclarations et directives ne correspondant pas à la définition précise de l'instruction en santé n'ont pas été intégrées au rapport de synthèse; mais elles sont citées comme documents d'appui contribuant à l'environnement politique et organisationnel actuel, dans lequel les politiques peuvent être élaborées et mises en œuvre.

Nombre d'importantes activités d'instruction en santé, non liées à une politique – par exemple, de la recherche primaire et des activités communautaires – n'ont pas non plus été intégrées à ce rapport de synthèse. Parmi les 15 300 publications révisées par des pairs issues de la recherche dans la littérature, seules quatre ont pu être reliées directement à au moins une politique, et trois autres exploraient les obstacles et les facteurs facilitant en rapport avec ces politiques. En comparaison, 2447 publications portant le terme « instruction en santé » dans leur titre étaient enregistrées dans PubMed, pour les années 2008 à 2017; on peut s'attendre à ce qu'une importante proportion d'entre elles décrivent des activités d'instruction en santé dans la Région européenne de l'OMS. Un futur rapport de synthèse du Réseau des bases factuelles en santé pourrait utilement regrouper ces activités non liées à une politique.



3.2 Réflexions politiques

Parce qu'il reconnaît davantage l'importance de l'instruction en santé pour assurer une bonne santé, réaliser l'équité dans ce domaine (11) et mettre en œuvre la stratégie pour la santé de la Région européenne de l'OMS, Santé 2020 (8) requiert une méthode plus systématique de formulation des politiques d'instruction en santé et d'évaluation de leur efficacité dans les États membres. Le présent rapport met en lumière les bonnes pratiques et les preuves émergentes de l'efficacité des politiques d'instruction en santé auprès des patients, des citoyens et des groupes de population; mais il montre également que ces politiques pourraient bénéficier d'une approche plus globale.

Les réflexions politiques qui suivent sont proposées aux États membres :

- examiner les politiques et leurs activités rassemblées dans ce rapport, pour élaborer ou améliorer des politiques d'instruction en santé et leurs activités, de façon à bénéficier aux citoyens, aux patients et aux communautés;
- élargir la gamme des domaines d'activité nécessaires pour que l'instruction en santé soit globale et y inclure l'environnement vécu, les lieux de travail, les médias et la cybersanté, à tous les niveaux de la société – personnes, groupes, organisation et système (législatif);
- renforcer l'ensemble de bases factuelles sur l'instruction en santé à tous les niveaux de la société pour s'assurer que les politiques tiennent compte des besoins spécifiques au contexte national ou local;
- introduire de solides évaluations qualitatives et quantitatives dans les politiques et interventions d'instruction en santé – les méthodes quantitatives pourraient comprendre des évaluations antérieures et postérieures aux activités d'instruction en santé, des bases factuelles ayant trait aux effets sanitaires, économiques et sociaux de ces politiques à tous les niveaux; et
- intégrer dans les politiques d'instruction en santé les facteurs facilitant la réussite de leur mise en œuvre, tels que la collaboration intersectorielle, le leadership politique et les stratégies visant à surmonter les obstacles culturels.

Une meilleure participation des responsables politiques et de la communauté universitaire aiderait à la réunion de données solides permettant d'influer sur

les politiques et d'évaluer l'efficacité des activités qu'elles engendrent. Le réseau d'action de l'OMS pour l'évaluation de l'instruction en santé, nouvellement créé par l'Initiative européenne d'information sanitaire (101), rassemble des responsables politiques et des chercheurs, ce qui offre une excellente opportunité en ce sens.



4. CONCLUSIONS

L'instruction en santé est reconnue en tant que moyen pour promouvoir la santé, réduire le risque de maladies et de décès prématurés et encourager des soins de santé équitables, centrés sur la personne et d'un bon rapport coût-efficacité. L'un des éléments fondamentaux de l'instruction en santé est le développement de compétences tout au long de la vie, au moyen notamment d'activités préscolaires, de l'instruction formelle dans les établissements scolaires et de la formation pour les adultes. Le service de santé, l'environnement vécu, l'emploi, les médias et la cybersanté sont d'autres aspects essentiels. L'instruction en santé est reconnue comme la clé de l'élaboration de politiques améliorant efficacement la santé et l'efficacité des systèmes de soins, tout en encourageant l'équité.

Le présent rapport a identifié un vaste ensemble de politiques d'instruction en santé et d'activités qui leur sont liées, dans la Région européenne de l'OMS. Mais il a également repéré des lacunes sur le plan géographique ; sur celui des indicateurs de l'instruction en santé et des bases factuelles relatives aux conséquences sanitaires, économiques et sociales des politiques ; dans l'ampleur des domaines sociétaux pris en compte dans les politiques ; et sur le plan des activités intersectorielles. Si elles étaient mises en œuvre, les réflexions politiques décrites pourraient promouvoir la formulation de politiques globales d'instruction en santé dans les États membres, et l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation rigoureuse d'activités liées à ces politiques, pour démontrer les bénéfices de ces politiques sur les citoyens et la société.

RÉFÉRENCES

1. World Health Organization [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017. (<http://www.euro.who.int/en/about-us/organization>, accessed 31 December 2017).
2. Development Assistance Committee. DAC list of ODA recipients: effective for reporting on 2014, 2015 and 2016 flows. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development; 2017. (http://www.oecd.org/dac/stats/documentupload/DAC_List_ODA_Recipients2014to2017_flows_En.pdf, accessed 9 November 2017).
3. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12:80.
4. Political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015;25(6):1053–8.
5. Heijmans M, Uiters E, Rose T, Hofstede J, Devillé W, van der Heide I et al. Study on sound evidence for a better understanding of health literacy in the European Union (HEALIT4EU): final report. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2015.
6. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Viera A, Crotty K et al. Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. Rockville (MD): Agency for Health Care Research and Quality (US); 2011.
7. Robertson R, Wenzel L, Thompson J, Charles A. Understanding NHS financial pressures: how are they affecting patient care? London: King's Fund; 2017 (https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/Understanding%20NHS%20financial%20pressures%20-%20full%20report.pdf, accessed 10 March 2018).
8. Health 2020: a European policy framework and strategy for the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (<http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/health-2020-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century-2013>, accessed 10 March 2018).
9. Eichler K, Wieser S, Brugger U. The costs of limited health literacy: a systematic review. *Int J Public Health*. 2009;54(5):313–24.
10. Vandenbosch J, Van den Broucke S, Vancorenland S, Avalosse H, Verniest R, Callens M. Health literacy and the use of healthcare services in Belgium. *J Epidemiol Community Health*. 2016;70(10):1032–8.
11. The Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. Geneva: World Health Organization; 2016 (9th Global Conference on Health Promotion).

12. Quaglio G, Sørensen K, Rübzig P, Bertinato L, Brand H, Karapiperis T et al. Accelerating the health literacy agenda in Europe. *Health Promot Int.* 2017;32(6):1074–80.
13. McDaid D. Investing in health literacy. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016.
14. Sustainable health systems for inclusive growth in Europe. Geneva: World Health Organization; 2018 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/pages/news/news/2013/11/sustainable-health-systems-for-inclusive-growth-in-europe>, accessed 5 March 2018).
15. The Riga roadmap. Investing in health and wellbeing for all. Riga: Latvian Presidency of the Council of the European Union; 2015 (Universal Health Care Conference; <http://rigahealthconference2015.eu/wp-content/uploads/2015/08/Riga-Roadmap-download-FINAL.pdf>, accessed 5 March 2018).
16. The Minsk Declaration. The life-course approach in the context of Health 2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/289962/The-Minsk-Declaration-EN-rev1.pdf?ua=1, accessed 14 March 2018).
17. Paris Declaration. Partnerships for the health and well-being of our young and future generations. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016. (<http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2016/12/paris-high-level-conference/documentation/working-papers/outcome-documents/declaration.-partnerships-for-the-health-and-well-being-of-our-young-and-future-generations>, accessed 14 March 2018).
18. 2017 Healthy Cities Pécs Declaration. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/334643/Pecs-Declaration.pdf, accessed 14 March 2018).
19. Health literacy: the solid facts. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013.
20. Gesundheitskompetenz fördern – Ansätze und Impulse. Ein Action Guide der Allianz Gesundheitskompetenz. Bern: Allianz Gesundheitskompetenz; 2016 (http://www.allianz-gesundheitskompetenz.ch/logicio/client/allianz/file/Literatur/Brosch_A4_Gesundheitskompetenz_dt_web.pdf, accessed 5 March 2018).
21. Gesundheitskompetenz in der Schweiz – Stand und Perspektiven. Bern: Allianz Gesundheitskompetenz; 2015 (http://www.allianz-gesundheitskompetenz.ch/logicio/client/allianz/file/Literatur/Gesundheitskompetenz__Sammelband.pdf, accessed 10 March 2018).
22. Kickbusch I, Wait S, Magg D. Navigating health. The role of health literacy. London: Alliance for Health and the Future; 2005.
23. Pleasant A. Appendix A. Health literacy around the world: part 1. Health literacy efforts outside of the United States. In: Health literacy: improving health, health systems, and health policy around the world: workshop summary. Washington (DC): Institute of Medicine; 2013.

24. Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies: a foundation document to guide capacity development of health educators. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2012.
25. Health policy. Geneva: World Health Organization; 2018 (http://www.who.int/topics/health_policy/en/, accessed 15 January 2018).
26. Evaluation of the Atelier Roma Men's Training, Diversion and Health Literacy Programme. Dublin: Health Service Executive; 2016 (<http://www.hse.ie/eng/about/Who/primarycare/socialinclusion/intercultural-health/Atelier-Report.pdf>, accessed 10 January 2018).
27. Svensson P, Carlzen K, Agardh A. Exposure to culturally sensitive sexual health information and impact on health literacy: a qualitative study among newly arrived refugee women in Sweden. *Cult Health Sex.* 2016;19(7):752–66.
28. Bujan PA, González Mestre A, Blay Pueyo C, Ledesma Castellort A, Contel Segura JC, Constante Beitia C. Expert Patient Programme Catalonia: a person-centered community perspective. *Int J Integr Care.* 2015;15(Annu Conf Suppl): URN:NBN:NL:UI:10-1-117086.
29. Gromnica-Ihle E, Faubel U, Cattelaens K. [How does the German Association against Rheumatism and Arthritis convey health literacy?] *Z Rheumatol.* 2014;73(8):721–8 (in German).
30. National intercultural health strategy 2007–2012. Dublin: Health Service Executive; 2008 (<https://www.hse.ie/eng/services/publications/socialinclusion/national-intercultural-health-strategy-2007--2012.pdf>, accessed 6 January 2018).
31. Leitbild der Deutschen Rheuma-Liga. Bonn: Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.; 2014 (https://www.rheuma-liga.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Verband/Leitbild/DRL_Leitbild_final.pdf, accessed 6 March 2018).
32. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat [Prevention and chronicity attention programme]. Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2012 (in Catalan; http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documents/arxius/562conceptual.pdf, accessed 10 March 2018).
33. Lag om etableringsinsatser för nyanlända invandrare [Law on introduction of activities for newly arrived immigrants]. Stockholm: Swedish Parliament; 2010 (in Swedish; http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2010197-om-etableringsinsatserfor-vissa_sfs-2010-197, accessed 5 March 2017).
34. Morrison J, Pons-Vigués M, Bécares L, Burström B, Gandarillas A, Domínguez-Berjón F et al. Health inequalities in European cities: perceptions and beliefs among local policymakers. *BMJ Open.* 2014;4(5):e004454.
35. Green G, Jackisch J, Zamaro G. Healthy cities as catalysts for caring and supportive environments. *Health Promot Int.* 2015;30(suppl 1):99–107.

36. Bull F, Milton K, Kahlmeier S, Arlotti A, Juričan AB, Belander O et al. Turning the tide: national policy approaches to increasing physical activity in seven European countries. *Br J Sports Med.* 2015;49(11):749–56.
37. Gesundheitsziele Österreich. In: Austrian health literacy platform [website]. Vienna: Federal Ministry of Health and Women's Affairs; 2016 (<https://oepgk.at/>, accessed 10 March 2018).
38. Session de 2016–2017. Brussels: Sénat de Belgique; 2017 (https://www.senate.be/www/?M1val=/index_senate&MENUID=12410&LANG=fr, accessed 10 May 2018).
39. Strateški plan razvoja javnog zdravstva 2013–2015 [Strategic development plan for public health 2013–2015]. Zagreb: Ministry of Health of the Republic of Croatia; 2013 (in Croatian; <http://hzzsr.hr/wp-content/uploads/2017/03/Strateski-plan-javnog-zdravstva-2013-2015.pdf>, accessed 10 March 2018).
40. Plan za zdravlje i socijalno blagostanje Primorsko-Goranske Zupanije za Radzdbolje 2015–2018 [Plan for health and social well-being of Primorje-Gorski County 2015–2018]. Rijeka: Primorje-Gorski County Assembly; 2015 (in Croatian; <http://www2.pgz.hr/doc/dokumenti/03-plan-zdravlje.pdf>, accessed 10 March 2018).
41. Health 2020: national strategy for health protection and promotion and disease prevention (Czech Republic). Prague: Ministry of Health of the Czech Republic; 2014.
42. Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet; terveystieto [National core curriculum for basic education; health education]. Helsinki: Education FNAF; 2014 (in Finnish).
43. La stratégie nationale de santé 2018–2022. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017 (<http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022>, accessed 10 March 2018).
44. Plan d'actions de prévention et de lutte contre l'illettrisme 2011–2015. Saint Denis (Réunion, France): Caref-Orer Réunion; 2011 (http://www.cariforef-reunion.net/index.php?option=com_content&view=article&id=752:plan-d-actions-de-prevention-et-de-lutte-contre-l-illettrisme-a-la-reunion-agir-pour-lire-lire-pour-agir-2011-2015&catid=177&Itemid=1163, accessed 10 March 2018).
45. Pays de la Loire programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) 2012–2016. Nantes: Agence Régionale de Picardie et Projet Régional de Santé de Picardie; 2012 (http://www.crsa-pays-de-la-loire.ars.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F_concertation_regionale/prs/prs-mars-2012/pdf/5-1-Programme-Regional-d_Acces-a-la-Prevention-et-aux-Soins-PRAPS.pdf, accessed 10 March 2018).
46. Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Berlin: Hertie School of Governance and Universität Bielefeld; 2018 (<http://www.nap-gesundheitskompetenz.de/>, accessed 10 March 2018).

47. Übersicht über aktuelle Maßnahmen der Partner der Allianz für Gesundheitskompetenz. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit; 2017 (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/Gesundheit/Allianz_Gesundheitskompetenz_Massnahmen.pdf, accessed 10 December 2017).
48. Grundsatzpapier zur Nationalen Dekade für Alphabetisierung und Grundbildung 2016–2026. Berlin: Bundesministerium für Bildung und Forschung; 2018 (https://www.alphadekade.de/files/01_Grundsatzpapier_zur_Nationalen_Dekade_Alphabetisierung_und_Grundbildung_final.pdf, accessed 6 March 2018).
49. Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken (2003; Aktualisierung 2011). Berlin: Gesundheitsziele.de; 2011 (http://gesundheitsziele.de/cgi-bin/render.cgi?__cms_page=nationale_gz, accessed 6 March 2018).
50. Was ist MiMi? [website]. Hanover: Ethno Medizinisches Zentrum eV; 2017 (<https://www.mimi-bestellportal.de/was-ist-mimi/>, accessed 10 March 2018).
51. Healthy Ireland. A framework for improved health and wellbeing 2013–2025. Dublin: Department of Health; 2013 (<http://health.gov.ie/wp-content/uploads/2014/03/HealthyIrelandBrochureWA2.pdf>, accessed 10 March 2018).
52. Cultural appropriateness and accessibility of the healthcare system. Jerusalem: Ministry of Health; 2011 (in Hebrew).
53. Health literacy workplan. Health Literacy Section, Department of Health Education and Promotion 2017–2018. Tel Aviv 2017: Clalit Health Services.
54. Sviluppo di un Programma di Health Literacy: Leggere, capire e comunicare le informazioni per la salute [Development of a programme of health literacy: read, understand and communicate about health]. Aosta: Valle D'Aosta Local Health Authority; 2013 (in Italian).
55. Capirsi fa bene alla salute [Understanding each other is good for health]. In: Piano sociale e sanitario dell'Emilia-Romagna 2017–2019 [Social and health plan of Emilia-Romagna 2017–2019]. Bologna: Information and Communication Agency of the Regional Council of Emilia-Romagna; 2017 (in Italian; <http://salute.regione.emilia-romagna.it/ssr/piano-sociale-e-sanitario/piano-sociale-e-sanitario-la-programmazione>, accessed 15 December 2017).
56. Piano per la salute del Trentino 2015–2020 [Plan for the health of Trentino 2015–2025]. Trento: Department of Health and Social Solidarity; 2015 (in Italian; <https://partecipa.tn.it/uploads/pianosalute/piano-per-la-salute-del-trentino-2015-2025.pdf>, accessed 15 December 2017).
57. Piano regional di prevenzione Umbria 2014–2018 [Regional prevention plan for Umbria 2014–2018]. Perugia: Il Consiglio Regionale dell'Umbria; 2014 (in Italian; http://www.regione.umbria.it/documents/18/3195498/Allegato+1+PRP+2014+2018+Parte+2_prova+web_page.pdf/4d07762a-25c6-4c1c-a6e7-51af7bcfed3, accessed 15 December 2017).
58. Piano sanitario e sociale integrato regionale (Tuscano) 2012–2015 [Health and social care integrated plan (Tuscany) 2012–2015]. Florence: Il Consiglio Regionale della Toscana; 2012 (in Italian).

59. Piano strategico regionale per la promozione all salute nella scuole 2017–2018 [Regional strategic plan for health promotion in schools 2017–2018]. Bari: Regione Puglia Assessorato alla Salute; 2017 (in Italian; <https://www.sanita.puglia.it/documents/20182/26611972/Catalogo+Salute+Scuola+2017-18/f1b3f2bb-da30-4795-88e1-5b76eaf2e9f8>, accessed 15 December 2017).
60. Programa nacional de educação para a saúde, literacia e autocuidados [National programme for education and health literacy and self-care]. Lisbon: Directorate-General for Health; 2016 (Contract no. 49; in Portuguese; <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-de-educacao-para-a-saude-literacia-e-autocuidados.aspx>, accessed 10 March 2018).
61. Elaborarea materialelor de informare și educare pentru promovarea sănătății și educație pentru sănătate [Elaboration of information and education materials to promote health and health education]. Bucharest: Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar; 2006 (in Romanian).
62. Planul Multiannual Integrat de Promovare a Sănătății și Educație pentru Sănătate [Multiannual integrated plan for health promotion and education for health]. Bucharest: Ministry of Health; 2016 (in Romanian; http://old.ms.ro/upload/plan-integrat-tipar_mic-ultima-versiune.pdf, accessed 10 March 2018).
63. Проект Стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года [Draft strategy on healthy lifestyle promotion, prevention and control of non-communicable diseases for the period until 2025]. Moscow: Department of Health 2018 (in Russian).
64. Piano sanitario e sociosanitario della Repubblica di San Marino 2015–2017 [Health and sanitary plan of the Republic of San Marino 2015–2017]. San Marino: State Secretariat for Health and Social Security, Family, Security and Economic Planning; 2015 (in Italian).
65. Osebna odgovornost za zdravje in dolžnosti posameznikov glede zdravja in zdravstva [Personal responsibility for the health and duties of individuals with regard to health and health]. Ljubljana: Institute for Health Care of Slovenia; 2017 (in Slovene; <http://www.zzsz.si/novosti/5A5960D1EB7845AEC12581AF0041568A?open&l=p>, accessed 20 November 2018).
66. Pla de salut 2016–2020 [Health plan of Catalonia 2016/2020]. Barcelona: Government of Catalonia; 2017 (in Catalan; http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/Pla_salut/pla-de-salut-2016-2020/, accessed 10 March 2018).
67. IV Plan de salud de la Comunidad Valenciana (2016/2020) [IV Health plan of the region of Valencia (2016–2020)]. Valencia: Government of Valencia; 2016 (in Spanish; http://www.san.gva.es/documents/157385/6431837/IV_PLAN+DE+SALUD_CV_2016_Castellano_web.pdf, accessed 10 March 2018).
68. Nationale strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten. Bern: Federal Office of Public Health; 2018 (<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten.html>, accessed 5 March 2018).

69. National programme on migration and health: 2008–2013 results and priorities for 2014–2017. Bern: Federal Office of Public Health; 2013.
70. Enabling people to make informed health decisions. Health literacy [website]. Leeds: NHS England; 2018 (<https://www.england.nhs.uk/ourwork/patient-participation/health-decisions/>, accessed 9 March 2018).
71. "Health literacy friendly" Stoke-on-Trent. Stoke-on-Trent: Stoke-on-Trent City Council; 2017.
72. Evaluation of the second phase of the Skilled for Health programme. London: The Tavistock Institute and Shared Intelligence; 2009.
73. Making life better. A whole system strategic framework for public health 2013–2023. Belfast: Department of Health, Social Services and Public Safety; 2014 (https://www.health-ni.gov.uk/sites/default/files/publications/dhssps/making-life-better-strategic-framework-2013-2023_0.pdf, accessed 10 March 2018).
74. Belfast Healthy Cities: health literacy. Belfast: Belfast City Council; 2015 (<https://www.belfasthealthycities.com/what-health-literacy>, accessed 31 December 2017).
75. Making it easy: a health literacy plan for Scotland. Edinburgh: NHS Scotland; 2014 (<http://www.gov.scot/Resource/0045/00451263.pdf>, accessed 15 November 2017).
76. Making it easier: a health literacy action plan 2017–2025. Edinburgh: NHS Scotland; 2017 (<https://beta.gov.scot/publications/making-easier-health-literacy-action-plan-scotland-2017-2025/documents/00528139.pdf?inline=true>, accessed 6 January 2018).
77. Fairer health outcomes for all. Reducing inequities in health strategic action plan. Cardiff: Welsh Assembly Government; 2011 (<http://www.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/866/5.1AppendixFairerOutcomesforAll-WelshAssemblyGovernmentDocument.pdf>, accessed 15 November 2017).
78. The Abertawe Bro Morgannwg University Health Board health literacy policy. Swansea: Abertawe Bro Morgannwg University Health Board; 2017.
79. Benoit F. Public policy models and their usefulness in public health: the Stages Model. Montréal (Québec): National Collaborating Centre for Healthy Public Policy; 2013 (http://www.ncchpp.ca/docs/ModeleEtapesPolPubliques_EN.pdf, accessed 19 March 2018).
80. Cheung KK, Mirzaei M, Leeder S. Health policy analysis: a tool to evaluate in policy documents the alignment between policy statements and intended outcomes. *Aust Health Rev.* 2010;34(4):405–13.
81. Norman CD, Skinner HA. eHealth literacy: essential skills for consumer health in a networked world. *J Med Internet Res.* 2006;8(2):e9.
82. The health literacy place [website]. Edinburgh: NHS Scotland; 2017 (<http://www.healthliteracyplace.org.uk/learning-and-development/national-training-courses/nhs-education-for-scotland/>, accessed 10 March 2018).
83. Positive health – cooperate, participate, be active! In: Austrian health literacy platform [website]. Vienna: Federal Ministry of Health and Women's Affairs; 2016 (<https://oepgk.at/massnahmen/positive-health/>, accessed 10 March 2018).

84. Gesundheit kommt nachhause: Interkulturelle Gesundheitsförderung in aufsuchender Bildungsarbeit für Migrantinnen und ihre Kinder im Vor- und Pflichtschulalter. Vienna: Beratungsgruppe.at; 2011 (<http://www.gekona.at/index.php?SID=327>, accessed 17 December 2017).
85. A health literacy walk-through. Addressing health literacy issues in accessing and engaging with health services: navigation of the hospital environment. In: The health literacy place [website]. Edinburgh: NHS Scotland; 2016 (<http://www.healthliteracyplace.org.uk/blog/2016/news/health-literacy-demonstrator-site-headline-report-one/>, accessed 31 December 2017).
86. Meaningful communication before medical procedures. In: The health literacy place [website]. Edinburgh: NHS Scotland; 2016 (<http://www.healthliteracyplace.org.uk/blog/2017/news/health-literacy-demonstrator-site-headline-report-three/>, accessed 10 March 2018).
87. Making it easy – progress against actions. Edinburgh: NHS Scotland; 2017 (<http://www.gov.scot/Publications/2017/07/7806/downloads>, accessed 23 April 2018).
88. Sicherung der Nachhaltigkeit von Kommunikations- und Fortbildungsmaßnahmen in der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen. In: Austrian health literacy platform [website]. Vienna: Federal Ministry of Health and Women's Affairs; 2018 (<https://oepgk.at/massnahmen/geko-wien/>, accessed 2018 10 March).
89. Herzensbildung. In: Austrian health literacy platform [website]. Vienna: Federal Ministry of Health and Women's Affairs; 2016 (<https://oepgk.at/massnahmen/herzensbildung/>, accessed 10 March 2018).
90. Making the case for health literacy: East Midlands national demonstrator site 2016–17. Strategic report. Leeds: Health Education England; 2017 (<https://www.hee.nhs.uk/our-work/health-literacy>, accessed 10 May 2018).
91. Lorig KR, Sobel DS, Ritter PL, Laurent D, Hobbs M. Effect of a self-management program on patients with chronic disease. *Eff Clin Pract.* 2001;4(6):256–62.
92. Terveystiedon oppimistulokset perusopetuksen päättövaiheessa [Health education learning outcomes in basic education]. Helsinki: Board of Education; 2013 (in Finnish).
93. Salman R, Weyers S. Germany. MiMi project – with migrants for migrants. Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010:52–63.
94. Bailey V, Cheadle D. School readiness – Stoke speaks out. Stoke-on-Trent: Stoke-on-Trent City Council; 2016 (<http://webapps.stoke.gov.uk/uploadedfiles/Health-literacy-event-June-2016-reduced-file.pdf>, accessed 10 March 2018).
95. Fit und Gsund. In: Austrian health literacy platform [website]. Vienna: Federal Ministry of Health and Women's Affairs; 2017 (<https://oepgk.at/massnahmen/fit-und-gsund/>, accessed 10 March 2018).
96. Tool 5. The Teach-Back method. Chapel Hill (NC): North Carolina Program on Health Literacy; 2015 (<http://www.nchealthliteracy.org/toolkit/tool5.pdf>, accessed 10 March 2018).

97. Developing checklists to remind and confirm the use of Teach-Back. In: The health literacy place [website]. Edinburgh: NHS Scotland; 2017 (<http://www.healthliteracyplace.org.uk/blog/2017/news/health-literacy-demonstrator-site-headline-report-five/>, accessed 10 March 2018).
98. Experiences of healthcare staff using Teach-Back in practice. In: The health literacy place [website]. Edinburgh: NHS Scotland; 2017 (<http://www.healthliteracyplace.org.uk/blog/2017/professional-blogs/health-literacy-demonstrator-site-headline-report-six/>, accessed 10 March 2018).
99. Healthy cities. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/activities/healthy-cities>, accessed 14 March 2018).
100. Tsouros A. City leadership for health and well-being: back to the future. *J Urban Health*. 2013;90(suppl 1):4-13.
101. European Health Information Initiative action network on measuring health literacy (<http://www.uzg.cz/doc/Minutes-M-POHL.pdf>, accessed 17 April 2018).



ANNEXE I. STRATÉGIE DE RECHERCHE ET D'ANALYSE

Bases de données, sites Web et autres sources

Les recherches et les activités de collecte de bases factuelles ont été réalisées entre le 9 octobre 2017 et le 20 janvier 2018.

Des recherches dans les revues scientifiques universitaires à comité de lecture ont été effectuées en anglais, en allemand et en néerlandais à l'aide de termes de recherche déterminés, dans les bases de données suivantes: CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), EMBASE, MEDLINE, PsycINFO et Web of Science. La stratégie de recherche était large pour garantir le repérage de tous les documents pertinents.

Une recherche de la littérature grise a été conduite sur Internet en allemand, anglais, catalan, espagnol, français, italien, néerlandais et russe, sur la base d'une stratégie prédéfinie mise au point par l'équipe de recherche et fondée sur une précédente stratégie utilisée dans le cadre du rapport HEALIT4EU, qui avait fait ses preuves (1).

Ces recherches ont été complétées grâce à la participation d'experts issus de réseaux connus [*United Kingdom Health Literacy Collaborative* (2), *Health Literacy UK* (3), le Groupe de travail mondial sur l'instruction en santé de l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (4), l'Alliance néerlandaise sur l'instruction en santé (5), le Réseau nordique sur l'instruction en santé (6) et le Réseau européen des Écoles-santé en Europe (7)] et grâce à la collaboration de locuteurs de plusieurs autres langues européennes (l'espagnol, le finnois, le grec, l'hébreu et le portugais). Cela a permis de trouver des documents supplémentaires grâce à des réseaux étendus. La technique de la « boule de neige » a été utilisée auprès de certaines personnes, à qui on a demandé de transmettre le courrier électronique relatif à la recherche effectuée à des personnes ressources compétentes en la matière. Le ministère de la Santé de la Fédération de Russie a ainsi envoyé un courrier électronique en russe, contenant une demande d'information sur les politiques conduites, à ses homologues des pays de la Communauté des États indépendants (Arménie, Azerbaïdjan, Bélarus, Kazakhstan, Kirghizistan, Ouzbékistan, République de Moldova et Tadjikistan). Le projet de rapport a été présenté durant la séance

inaugurale du Réseau d'action pour l'évaluation de l'instruction en santé, qui relève de l'Initiative européenne d'information sanitaire, pour signaler d'éventuelles politiques manquantes et de possibles erreurs.

Les activités d'instruction en santé dans l'Union européenne ayant été décrites dans le rapport récent HEAL4EU (1) ont été examinées de manière indépendante (par GR et JR); sept d'entre elles ont été considérées comme satisfaisant aux critères du rapport de synthèse. Toutes les recherches comportaient le terme « **health literacy** » (en anglais), traduit en allemand, en français, en italien et en néerlandais. Toutes les réponses des experts interrogés étaient en anglais.

Sélection des études

Les résultats de toutes les recherches effectuées dans les bases de données ont été téléchargés et regroupés dans une base de données unique. Après élimination des doublons, les titres et les résumés ont été examinés pour déterminer les études satisfaisant aux critères d'inclusion et d'exclusion énumérés ci-dessous, puis ils ont été passés en revue par quatre chercheurs (GR, SS, EK et JR) pour effectuer le tri final. Tous les points de désaccord ont fait l'objet d'une discussion afin d'aboutir à une solution.

Critères d'inclusion :

- peut être considéré comme une politique d'instruction en santé, selon la définition retenue dans ce rapport (décision, plans et actions entrepris pour réaliser des buts spécifiques d'instruction en santé au sein d'une société), ou traite d'une activité résultant d'une politique déterminée;
- comporte le terme « health literacy » (ou son équivalent dans la langue nationale de l'étude); et
- provient de l'un des 53 pays de la Région européenne de l'OMS.

Critères d'exclusion :

- non considéré comme une politique ou des activités résultant d'une politique, d'après les critères retenus pour cette synthèse de bases factuelles;
- ne comporte pas le terme « health literacy » (ou son équivalent dans la langue nationale de l'étude); ou
- provient d'un pays situé hors de la Région.



Des politiques d'instruction en santé ont été trouvées dans 19 États membres : l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, la Croatie, l'Espagne, la Fédération de Russie, la Finlande, la France, l'Irlande, Israël, l'Italie, le Portugal, la République tchèque, la Roumanie, le Royaume-Uni, Saint-Marin, la Slovénie, la Suède et la Suisse.

Extraction des données

Les politiques et les articles sélectionnés ont été analysés à l'aide d'un cadre de synthèse élaboré pour cette recherche. Les documents rédigés en allemand, en anglais ou en néerlandais ont été analysés par les auteurs; quant aux documents rédigés dans d'autres langues, ils ont été analysés par des locuteurs natifs de ces langues, recrutés dans les départements universitaires des auteurs et lors de l'interrogation d'experts. Un contrôle de qualité a été réalisé par trois auteurs (SR, AO'D et AT) sur 5 % des titres retenus lors de la recherche initiale.

Un cadre de synthèse a été mis au point afin de déterminer :

- le pays dans lequel prend place la politique;
- l'état actuel de la politique (active/achevée/en cours d'élaboration);
- le niveau organisationnel de la politique, qui comprenait la catégorie régionale (au niveau de la Région), la catégorie nationale (un État membre ou le niveau auquel ont été délégués la stratégie et le financement de la santé) et la catégorie locale (une localité, une ville ou une organisation);
- les acteurs impliqués dans la politique;
- les mesures (ou actions) devant être prises;
- le milieu concerné par la politique; et
- l'éventualité que la politique ait abouti à la création d'un portail de santé publique, donnant publiquement accès à des informations ou des outils d'instruction en santé.

Un projet de rapport a été présenté lors de la séance inaugurale (les 22 et 23 février 2018) du réseau d'action de l'OMS pour l'évaluation de l'instruction en santé, qui relève de l'Initiative européenne d'information sanitaire **(8)**; les représentants de 19 États membres qui y ont participé ont eu la possibilité de souligner les lacunes et les erreurs du rapport, et de conseiller sur son utilité en vue de décisions et d'actions futures.

Termes de recherche

La stratégie de recherche dans PubMed comprenait les termes énumérés ci-dessous – dans les autres stratégies de recherche, ces termes étaient également utilisés, avec des modifications mineures.

((health adj literacy).mp. OU (Health Education/ OU Health Knowledge, Attitudes, Practice/ OU Health Literacy/) OU (Health literacy.mp. OU exp Health Literacy/) OU (health adj knowledge).mp. OU (medical adj data adj interpretation).mp. OU (health adj competence).mp. OU (gezondheidsvaardigheden OU gesundheitskompetenz).mp. OU (literacy OU literate OU reading OU writing OU numeracy).mp. OU (literacy.mp. OU Literacy/ OU Information Literacy/) OU ((reading adj level) OU (reading adj ability) OU (reading adj skills)).mp. OU ((writing adj ability) OU (writing adj level) OU (writing adj skills)).mp. OU (alphabetism.mp.) ET ((Policy.mp. OU Health Policy/ OU Policy/ OU Public Policy/) OU (health adj care adj policy).mp. OU (programme OU programmes OU program OU programs).mp. OU (Health Planning/ OU health care planning.mp. OU Health Services Accessibility/) OU (health adj care adj planning).mp. OU (regulation OU (Public adj Health) OU strategy OU (Action adj plan) OU (action adj plans) OU (law OU laws) OU (rule OU rules) OU (decree OU decrees) OU (decision OU decisions) OU (act OU act) OU framework OU initiative OU campaign).mp. OU (National Health Programs.mp. OU National Health Programs/) OU (evaluation.mp. OU Evaluation Studies as Topic/) OU (Feasibility Studies/ OU feasibility.mp.) OU (Outcome.mp. OU "Outcome Assessment (Health Care)"/) OU (outcomes OU output OU outputs OU impact OU impacts).mp. OU (barriers and facilitators).mp.) ET ((Government Publications as Topic/ OU Government Programs/ OU Government/ OU Local Government/ OU Government Publications/ OU Government.mp.) OU (((non-government adj organisation) OU (non-governmental adj organisation) OU (non-government adj organization) OU (non-governmental adj organization) OU (local adj authority) OU (local adj authorities) OU authority OU (organisation OU organization) OU organisation OU organization).mp. OU Organizations/ OU (organisational OU organizational).mp. OU (public adj authority).mp. OU (public adj authorities).mp. OU state.mp. OU (public adj body).mp. OU (public adj bodies).mp. OU (municipality OU municipalities).mp. OU (ministry OU ministries).mp. OU (department OU departments).mp. OU arrondissement.mp. OU arrondissements.mp.

OU province.mp. OU provinces.mp. OU ministry.mp.) OU (Voluntary Health Agencies/ OU agency.mp. OU agencies.mp. OU (regional adj office).mp. OU (regional adj offices). mp. OU (region OU regional).mp. OU (county adj councils).mp. OU (county adj council).mp. OU (regional adj health adj authorities).mp. OU (regional adj health adj authority).mp. OU (regional adj health adj department).mp. OU (regional adj health adj departments).mp. OU (local adj government).mp. OU voluntary. mp. OU (charity OU charities). mp.)) ET (((Austria OU Austrian OU Belgium OU Belgian OU Belge OU Bosnia OU Britain OU British OU United Kingdom OU (United adj kingdom) OU England OU Scotland OU Scottish OU Alba OU Wales OU Welsh OU Cymru OU (Northern adj Ireland) OU Bulgaria OU Bulgarian OU Croatia OU Croatian OU Cyprus OU Cyprian OU Czech OU (Czech adj Republic) OU Denmark OU Danish OU Estonia OU Estonian OU Finland OU Finnish OU France OU French OU German OU Germany OU Greek OU Greece OU Hungary OU Hungarian OU Ireland OU Irish OU Italy OU Italian OU Latvia OU Latvian OU Lithuania OU Lithuanian OU Luxembourg OU Luxembourgian OU Malta OU Maltese OU Netherlands OU Dutch OU Holland OU Poland OU Polish OU Portugal OU Portuguese OU Romanian OU Romanian OU Slovakian OU Slovak OU Slovenia OU Slovenian OU Spain OU Spanish OU Sweden OU Swedish). mp.) Limit to yr="2013- Current") OU ((Albania OU Albanian OU Andorra OU Andorran OU Armenia OU Armenian OU Azerbaijan OU Azerbaijani OU Belarus OU Belarusian OU Bosnian OU (Bosnia adj Herzegovina) OU Georgian OU Georgia OU Iceland OU Icelandic OU Israel OU Israeli OU Kazakhstan OU Kazakhstani OU Kyrgyzstan OU Kyrgyz OU Kirghiz OU Macedonian OU Macedonia OU Yugoslav OU (Former adj Yugoslav adj Republic adj of adj Macedonia) OU Monaco OU Monacan OU Montenegro OU Montenegrin OU Norway OU Norwegian OU Moldova OU Moldovan OU (Republic adj of adj Moldova) OU Russia OU Russian OU (San adj Marino) OU Sammarinese OU Serbia OU Serbian OU Switzerland OU Swiss OU Tajikistan OU Tajik OU Tadjik OU Turkey OU Turkish OU Turkmenistan OU Turkmenistani OU Ukraine OU Ukrainian OU Uzbekistan OU Uzbekistani).mp.)) Limit to yr="1995- Current") OU (World health organization.mp. OU World Health Organization/ OU WHO European Region.mp. OU European.mp. OU Europe/ OU European Union/ OU ((Eastern adj Europe) OU (Western adj Europe) OU (Southern adj Europe) OU Baltic OU (Central adj Asia) OU (Northern adj Asia) OU (Commonwealth adj of adj Independent adj States) OU CIS OU (Middle adj East) OU EU).mp.))

La stratégie de recherche sur Internet (à l'aide de Google Chrome) était la suivante:

((("health literacy" policy WHO EU) ET ("health literacy" + WHO) ET ("health literacy" + "European Union") ET (Literacy + "European Union") ET ("health literacy Europe" NGOs NGO "Non-governmental organisation" voluntary charity) ET ("health literacy" + EU + regional) ET ("health literacy" + EU + policy + evaluation) ET ("health literacy" +) ET ((Albania*, Andorra*, Armenia*, Austria*, Azerbaijan*, Belarus*, Belgium OU Belge OU Belgian, Bosnia* OU "Bosnia and Herzegovina", Bulgaria*, Croatia*, Cyprus OU Cypr*, Czech OU "Czech Republic", Denmark OU Danish, Estoni*, Finland OU Finn*, France OU French, Georgia, German*, Greek OU Greece, Hungar*, Iceland*, Ireland OU Irish, Israel*, Italy OU Italian*, Kazak*OU Kyrgyzstan*, Latvia*, Lithuania*, Luxembourg*, Malta OU Maltese, Monac* Montenegro*, Netherlands OU Dutch OU Holland, Norw*, Poland OU Polish, Portug*, the Republic of Moldova* OU "Republic of Moldova", Romania*, the Russian Federation, "San Marino", Serb*, Slovak*, Sloven*, Spain OU Spanish, Sweden OU Swedish, Switzerland OU Swiss, Tajik*, Macedoni*, Yugoslav, Turkey OU Turkish, Turkmenistan*, Ukrain* Britain OU British OU United Kingdom OU "United Kingdom" OU England OU Scotland OU Scottish OU Alba OU Wales OU Welsh OU Cymru OU "Northern Ireland", Uzbekistan*) Limit dates 1995–2017 for Non-EU/2013 for EU) OU "Alfabetización en salud"/"alfabetització en salut" (Spanish/Catalan) OU Spain OU Andorra OU Andalusia OU Catalonia OU Madrid OU Valencia OU Galicia OU Castile León OU Basque OU Castile-La Mancha OU "Canary Islands" OU Murcia OU Aragon OU Balearic OU Extremadura OU Asturias OU Navarre OU Cantabria OU "La Rioja") OU (Gezondheidsvaardigheden (Dutch) + Holland OU Netherlands OU Dutch) OU (Gesundheitskompetenz (German) + Germany) OU (Alfabetizzazione sanitaria OU alfabetizzazione alla salute (Italian) +Abruzzo OU Apulia OU Puglia OU Basilicata OU Lazio OU Liguria OU Lombardy OU Lombardia OU Sardinia OU Sardegna OU Bolzano OU Veneto OU Emilia-Romagna OU Tuscany OU Toscana OU "Friuli Venezia Giulia" OU Basilicata OU Campania OU Calabria OU Molise OU Marche OU Piedmont OU Piemonte OU Umbria OU Sicily OU Sicilia OU Trentino))



Le nombre de résultats obtenus à l'issue des recherches effectuées dans les bases de données et sur des sites Web est indiqué ci-dessous.

Bases de données bibliographiques :

Embase [4438]

PubMed [3793]

PsycINFO [1140]

Web of Science [7143]

CINAHL [812]

Autres sources :

Littérature grise [15]

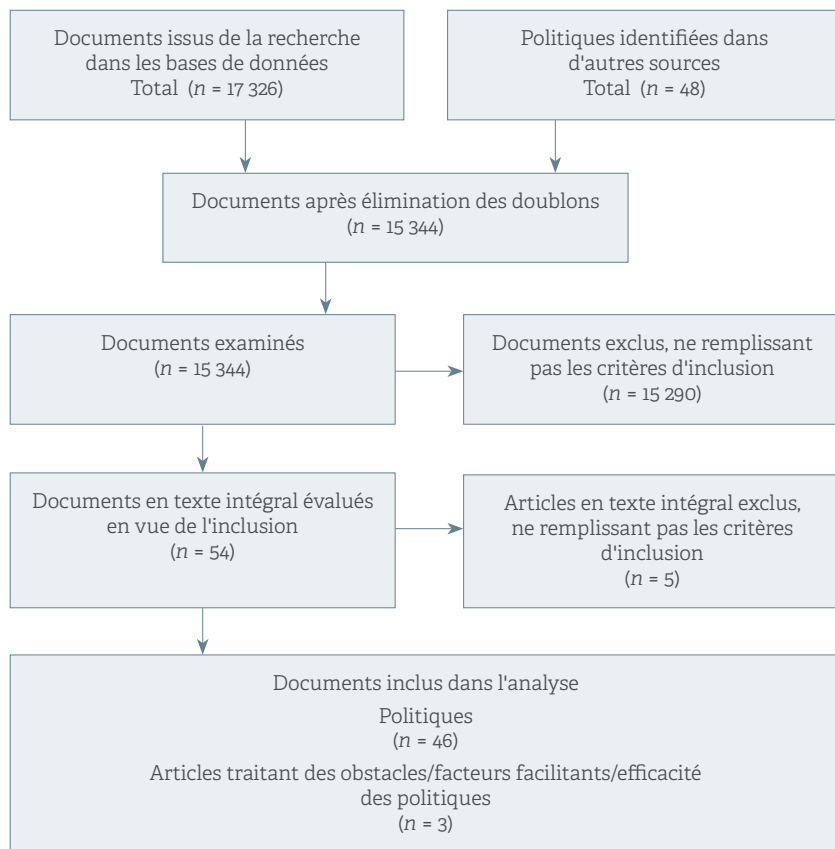
Interrogation d'experts [26]

Étude HEALIT4EU [7]

Sélection des études

La Fig. A1.1 illustre la sélection des politiques et des études effectuée conformément aux lignes directrices PRISMA (9).

Fig. A1.1. Sélection des documents





RÉFÉRENCES

1. Heijmans M, Uiters E, Rose T, Hofstede J, Devillé W, van der Heide I et al. Study on sound evidence for a better understanding of health literacy in the European Union (HEALIT4EU). Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2015.
2. Berry J. Does health literacy matter? [blog] 19 October 2016. Leeds: NHS England; 2018 (<https://www.england.nhs.uk/blog/jonathan-berry/>, accessed 5 April 2018).
3. Health Literacy UK [website]. Charlton-on-Otmoor (United Kingdom): Society for Academic Primary Care; 2018 (<http://www.healthliteracy.org.uk>, accessed 5 April 2018).
4. Global Working Group on Health Literacy. In: International Union for Health Promotion and Education [website]. Paris: International Union for Health Promotion and Education; 2018 (<http://www.iuhpe.org/index.php/en/global-working-groups-gwgs/gwg-on-health-literacy>, accessed 5 April 2018).
5. Dutch Health Literacy Alliance [website]. Utrecht: Dutch Health Literacy Alliance; 2018 (<http://www.gezondheidsvaardigheden.nl/english/>, accessed 5 April 2018).
6. Nordic Health Literacy Network. In: Health Literacy Europe [website]. Aarhus: Global Health Literacy Academy; 2018 (<https://www.healthliteracyeurope.net/nordic-health-literacy-network>, accessed 5 April 2018).
7. European Network of Health Promoting Schools: the alliance of education and health: Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/publications/Pre-2005/european-network-of-health-promoting-schools-the-alliance-of-education-and-health>, accessed 14 March 2018).
8. European Health Information Initiative action network on measuring health literacy (<http://www.uzg.cz/doc/Minutes-M-POHL.pdf>, accessed 17 April 2018).
9. Mohr D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Ann Intern Med.* 2009;151(4):264–9.

Organisation mondiale de la santé
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhague Ø, Danemark

Tél.: +45 45 33 70 00

Fax: +45 45 33 70 01

Email: eurocontact@who.int

Website: www.euro.who.int

