

ÉTUDES et RÉSULTATS

mai 2023
n° 1269

Sous embargo jusqu'au 02/06/2023 à 6h00

Une personne sur dix éprouve des difficultés de compréhension de l'information médicale

L'Enquête santé européenne EHIS a fourni en 2019 une mesure de la littératie en santé en France. Cette notion représente l'ensemble des compétences et des connaissances permettant à une personne d'accéder aux informations nécessaires à sa santé, de les utiliser, de les comprendre et de les évaluer.

En France métropolitaine, environ 11 % des personnes ont des difficultés en littératie en santé. Dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), cette proportion varierait de 18 % en Guadeloupe à 60 % à Mayotte si ces territoires avaient la même structure d'âge que la France métropolitaine.

Les difficultés en littératie en santé sont plus répandues parmi les seniors de plus de 75 ans. Elles le sont aussi chez les plus modestes et les moins diplômés. Ces résultats sont plus marqués dans les DROM, en particulier à Mayotte et en Guyane.

En France métropolitaine, près d'un tiers des personnes déclarant un mauvais état de santé ont des difficultés en littératie en santé, soit trois fois plus que l'ensemble de la population. En outre, le lien établi entre faible niveau d'études et mauvais état de santé transite pour partie par une faible littératie en santé.

Au vu de ces résultats, la littératie en santé ressort comme une dimension indispensable à prendre en compte si l'on veut lutter efficacement contre les inégalités sociales de santé en France.

Sylvie Rey (DREES), **Aude Leduc** (DREES, Insee), **Xavier Debussche** (Inserm), **Laurent Rigal** (Inserm, univ. Paris-Saclay), **Virginie Ringa** (Inserm), en collaboration avec **Vianney Costemalle** (DREES)

La littératie en santé représente l'ensemble des compétences et des connaissances permettant à une personne d'accéder aux informations nécessaires à sa santé, de les comprendre, de les évaluer et de les utiliser. Le niveau de littératie en santé influe sur l'état de santé et intervient dans la construction des inégalités sociales de santé (Sørensen, *et al.*, 2012).

La littératie en santé est de plus en plus fréquemment mesurée dans les enquêtes concernant l'ensemble de la population dans différents pays (Simpson, *et al.*, 2020 ; Friis, *et al.*, 2016 ; Van der Heide, *et al.*, 2013, février). En France, une mesure a été introduite pour la première fois dans le cadre de l'Enquête

santé européenne EHIS (European Health Interview Survey) [encadré 1] de 2019 : sur un échantillon représentatif de la population âgée de 15 ans ou plus, les personnes ont été interrogées sur leur compréhension de l'information en santé pour savoir quoi faire (module 9 du Health Literacy Questionnaire) [encadré 2].

Les réponses aux questions relatives à la littératie en santé dans l'enquête EHIS 2019 permettent de calculer, d'une part, un score moyen sur une échelle de 1 à 5 (1 correspondant à une grande difficulté de compréhension des informations en santé et 5 à une grande facilité de compréhension) et, d'autre part, la proportion de personnes ayant des difficultés, ●●●

Retrouvez toutes nos données sur [data.drees](https://data.drees.fr)

Encadré 1 L'Enquête santé européenne EHIS 2019

Pour la première fois en 2019, l'Enquête santé européenne EHIS (European Health Interview Survey) a été menée en France métropolitaine et dans les cinq départements et régions d'outre-mer (DROM) : Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion et Mayotte, avec des échantillons de taille suffisante pour produire des résultats sur chacun de ces territoires ultramarins. Il s'agit de la troisième édition de cette enquête (après 2008 et 2014) menée dans tous les pays européens et pilotée au niveau européen par Eurostat. L'enquête porte sur la population âgée de 15 ans ou plus. La couverture de l'enquête est exhaustive dans tous les territoires, sauf en Guyane, où seule la Guyane « routière » a été enquêtée.

Cette enquête aborde la santé perçue, les maladies chroniques, la santé mentale, les limitations d'activité, les actes de prévention, la corpulence et les habitudes de vie liées à la santé (alimentation, activité physique, tabac, alcool), et le recours aux soins. Pour la première fois dans cette enquête, une mesure de la littératie en santé a été intégrée avec le module 9 du Health Literacy Questionnaire (HLQ).

Échantillonnage : en France métropolitaine, l'échantillon était constitué d'individus tirés au sort dans les fichiers démographiques sur les logements et d'individus issus des sources fiscales (Fidéli). Dans les DROM, il s'agissait d'un échantillon de logements, ce qui pouvait conduire à l'interrogation de deux personnes maximum par ménage de 15 ans ou plus le jour de l'enquête, par tirage par méthode Kish^{**}. Dans les DROM, le tirage de l'échantillon a été effectué dans Fidéli pour les quatre DROM historiques et dans les

données cartographiques pour Mayotte.

Méthode de collecte : le volet métropolitain de l'enquête a été réalisé en collaboration entre la DREES et l'Irdes. La collecte a été sous-traitée à un prestataire privé et a eu lieu du 30 avril 2019 au 31 janvier 2020. Le volet DROM, encore appelé « Enquête santé DOM », est le fruit d'une collaboration entre la DREES et l'Insee. La collecte a été réalisée par les enquêteurs de l'Insee du 8 juillet au 31 décembre 2019. Au total, 14 192 personnes de 15 ans ou plus ont répondu en France métropolitaine. Dans les DROM, 1 982 ont répondu en Guadeloupe, 1 817 en Martinique, 2 176 en Guyane, 1 763 à La Réunion et 2 026 à Mayotte.

La collecte en France métropolitaine a été menée par téléphone lorsqu'un numéro était disponible. Dans le cas contraire, les personnes étaient sollicitées en face à face. Par ailleurs, une personne impossible à joindre par téléphone sur deux a été interrogée en face à face. Dans les DROM, la collecte a été menée exclusivement en face à face par les enquêteurs de l'Insee, conduisant à de meilleurs taux de réponse (Leduc, 2021). Les questions ont été traduites en trois langues pour la passation en Guyane (créole guyanais, bushinenge, portugais brésilien) et en deux langues pour Mayotte (shimaore et kibushi).

Redressements : une pondération a été calculée pour corriger la non-réponse totale et la non-réponse partielle aux questions par la DREES pour le volet métropolitain et par l'Insee pour les DROM (Deroyon, 2022 ; Favre-Martinoz, 2022).

* La Guyane routière exclut les communes accessibles uniquement par voie fluviale ou aérienne ; cela concerne les dix communes suivantes : Régina, Iracoubo, Maripasoula, Papaïchton, Grand-Santi, Saint-Élie, Ouanary, Camopi, Saül et Awala-Yalimapo.

** Les méthodes de sélection de l'individu Kish consistent en un tirage aléatoire d'un individu de manière à assurer l'équiprobabilité de tirage des individus faisant partie du champ de l'enquête (chaque individu éligible du ménage – en l'occurrence les personnes âgées de 15 ans ou plus dans l'exemple – a la même probabilité d'être sélectionné).

- ces dernières étant définies par un score inférieur à 3,5. Ces deux mesures peuvent être déclinées selon les territoires (France métropolitaine ou départements et régions d'outre-mer [DROM]) et les différentes caractéristiques sociodémographiques des personnes. L'état de santé a, quant à lui, été estimé à partir des questions sur la santé déclarée (mini-module européen sur la santé) et la santé mentale (échelle PHQ-9 identifiant le syndrome dépressif)¹.

Peu de difficultés en littératie en santé, mais des différences selon les territoires

En France métropolitaine, 10,7 % de la population exprime avoir des difficultés de compréhension de l'information médicale (**tableau 1**). Cette proportion est un peu supérieure à celle observée dans d'autres pays : 8,3 % en Nouvelle-Zélande (New Zealand Health Survey, 2017-2018) et 7,8 % en Australie (Australian National Health Survey, 2018). Dans les DROM, la part de la population exprimant des difficultés est plus importante. Dans chacun des DROM, le niveau de littératie en santé décroît progressivement avec l'âge (**tableau complémentaire A²**). Or les populations des DROM n'ont pas la même structure par âge que la France métropolitaine, en particulier Mayotte, la Guyane et La Réunion, qui ont des populations plus jeunes (Leduc, *et al.*, 2021). Il est donc préférable de comparer ces territoires en contrôlant les différences de structure par classe d'âge. Après standardisation de la

structure par classe d'âge de la France métropolitaine³, la part des personnes présentant des difficultés de compréhension de l'information médicale varie entre 17,9 % en Guadeloupe et 59,6 % à Mayotte, soit des proportions deux à six fois plus élevées qu'en France métropolitaine.

Le score moyen de littératie en santé dans la population âgée de 15 ans ou plus est de 4,3 en France métropolitaine, résultat identique pour le même module à celui de l'enquête australienne sur la littératie en santé et un peu supérieur à celui de l'enquête sur la population en Grande-Bretagne en 2019 (4,0) [Simpson, *et al.*, 2020]. Il est significativement plus faible dans tous les DROM : entre 3,4 à Mayotte et 4,1 en Guadeloupe et à La Réunion.

Après standardisation sur la structure par classe d'âge de la population en France métropolitaine, les différences s'accroissent pour les trois DROM les plus jeunes (3,0 à Mayotte). Il n'existe en revanche pas de différence significative entre le score moyen de littératie en santé des hommes et celui des femmes, excepté en Guyane et à Mayotte, où le score moyen des femmes est significativement inférieur à celui des hommes après standardisation sur l'âge (respectivement 3,7 contre 3,9 et 2,7 contre 3,2).

Les résultats de la comparaison des niveaux de littératie en santé entre différents pays ou territoires doivent être interprétés avec précaution, dans la mesure où les réponses aux questions restent très sensibles aux contextes sociaux et culturels : maîtrise de la

1. L'autoquestionnaire Patient Health Questionnaire (PHQ-9) vise à détecter le syndrome dépressif. Les neuf questions du PHQ-9 portent sur la fréquence à laquelle le répondant a été gêné, lors des quinze jours précédant son interrogation, par différents problèmes renvoyant aux symptômes cliniques de la dépression. Une personne est détectée comme présentant un syndrome dépressif si elle déclare avoir été gênée par au moins deux de ces neuf problèmes pendant plus de la moitié des quinze jours précédant son interrogation ou presque tous les jours, et qu'au moins l'un de ces symptômes est l'un des deux marqueurs : 1. le peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses ; 2. la tristesse, la déprime ou le désespoir.

2. Les tableaux complémentaires sont disponibles dans les données associées à l'étude sur le site internet de la DREES (lien en fin de document).

3. La standardisation est une méthode statistique qui estime quel serait le taux ou le score si la répartition par âge de la population était la même dans les DROM qu'en France métropolitaine. Elle permet donc de comparer des populations en mettant de côté l'effet de l'âge sur les résultats observés. Les classes d'âge retenues pour la standardisation sont : 25-34 ans, 35-44 ans, 45-54 ans, 55-64 ans, 65-74 ans et 75 ans ou plus.

langue, rôle social⁴ de l'individu dans les relations patient-soignant, organisation du système de soins, utilisation de l'écrit en santé, etc., pouvant entraîner des biais dans les comparaisons entre différentes populations (Osborne, *et al.*, 2022).

En France métropolitaine comme dans chacun des DROM, les personnes de 75 ans ou plus expriment plus de difficultés de compréhension des informations en santé que les plus jeunes. Dans trois DROM (La Réunion, la Guadeloupe et Mayotte), la proportion de personnes ayant des difficultés augmente significativement pour les adultes dès 65 ans (*tableau complémentaire A*).

Une part des personnes avec des difficultés en littératie en santé 2,8 fois plus élevée en cas de soutien social faible

Différents facteurs de risque de difficultés en littératie en santé sont identifiés : les compétences cognitives ou psychosociales, le niveau d'études, le statut social et la maîtrise de la langue. La première enquête comparative européenne sur la littératie en santé (HLS-EU Project), conduite en 2011 dans huit pays, a étudié

certains de ces facteurs de vulnérabilité et a identifié des associations entre le niveau de littératie en santé et la position sociale des personnes (Sørensen, *et al.*, 2015). Ces liens entre caractéristiques socio-économiques et niveau de littératie en santé peuvent également être étudiés dans l'Enquête santé européenne. L'analyse et tous les résultats présentés dans la suite de cette étude portent sur la population âgée de 25 ans ou plus pour se positionner après la sortie de formation initiale.

En comparant le quart de la population ayant le niveau de vie⁵ le plus faible (qu'on dénote Q1) au quart de la population ayant le niveau de vie le plus élevé (Q4), le score moyen de littératie en santé varie de 4,1 à 4,5 en France métropolitaine (ratio de 1,1), avec un gradient progressif. Ce ratio est plus élevé en Guyane (1,3) et à Mayotte (1,7), en raison de scores plus bas chez les plus modestes (respectivement 3,4 en Guyane et 2,5 à Mayotte), alors que le score moyen chez les plus aisés reste proche entre les territoires (entre 4,2 à Mayotte et 4,4 en Guadeloupe, à La Réunion et en Guyane). Le niveau d'études influe plus fortement sur la littératie en santé (*graphique 1*). En France métropolitaine, le score moyen est de 3,8

Encadré 2 La mesure de la littératie en santé dans l'enquête EHIS 2019

Le terme « littératie », issu du mot anglais « *literacy* », désigne les connaissances et les compétences en matière de lecture, d'écriture, de communication orale (ou d'autres moyens de communication) et de calcul (« numératie ») qui permettent aux personnes d'être intégrées et de participer au fonctionnement de la société.

Le concept de littératie en santé représente les compétences cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité des individus à accéder à l'information, à la comprendre et à l'utiliser, de manière à promouvoir et à maintenir une bonne santé (Kickbusch, *et al.*, 2013). En complément de cette définition, il est nécessaire de prendre également en compte les ressources (sociales, services de santé...) de l'environnement des personnes dans le niveau de littératie en santé. Les études sur la littératie en santé soulignent que les personnes ne sont pas égales dans leur capacité, et selon les ressources disponibles, à utiliser un système de santé complexe et elles visent à montrer que cela influe sur la construction des inégalités sociales de santé. De nombreux travaux ont montré les liens entre littératie en santé d'une part, et caractéristiques socio-démographiques ou état de santé d'autre part.

Des outils de mesure de la littératie en santé ont été développés depuis une dizaine d'années. Seuls quelques outils sont validés en français. Des chercheurs australiens (Osborne, *et al.*, 2013) ont développé un outil de mesure, le Health Literacy Questionnaire (HLQ), explorant toutes les dimensions (9 modules) de la littératie en santé, et celui-ci a été validé en français (Debussche, *et al.*, 2018). Les modules interrogent sur les points suivants : Se sentir soutenu et compris par les professionnels de santé ; Avoir suffisamment d'informations pour gérer sa santé ; Gérer activement sa santé ; Soutien social pour la santé ; Évaluer l'information en santé ; Capacité à s'engager avec les professionnels de santé ; Navigation dans le système de santé ; Capacité à trouver de bonnes informations pour la santé ; Compréhension suffisante pour savoir ce qu'il faut faire.

L'utilisation partielle de ce questionnaire (un ou deux modules) est possible. Cela a été fait dans différentes enquêtes en population en Europe et hors Europe.

Le module 9 « Compréhension suffisante pour savoir ce qu'il faut faire » du HLQ a été retenu pour EHIS. Il comprend cinq questions

* Le HLQ disposant d'un copyright, certaines questions sont volontairement tronquées.

comportant chacune cinq modalités de réponse, avec un score de 1 à 5 : impossible ou toujours difficile, généralement difficile, parfois difficile, généralement facile, toujours facile :

- être certain de remplir correctement tous les formulaires médicaux ;
- suivre les instructions des professionnels de santé...* ;
- lire et comprendre des informations écrites sur la santé ;
- lire et comprendre toutes les instructions sur la prise des médicaments ;
- comprendre ce que le professionnel de santé...*

Un score moyen est calculé à partir de la moyenne des réponses à chaque question. Sont considérées comme non répondantes les personnes n'ayant pas répondu à au moins trois questions du module. En cas de non-réponse à une ou deux questions, le score moyen est calculé à partir des réponses fournies aux autres questions. La proportion de données manquantes sur l'ensemble du score est faible : 0,3 % en France métropolitaine et 0,1 % dans les DROM. Les non-réponses partielles au module concernent plus spécifiquement la question relative au remplissage de formulaires médicaux : 0,3 % en France métropolitaine et 2 % dans les DROM. Pour ce module, les personnes avec un score inférieur à 3,5 sont considérées comme ayant des difficultés en littératie. Ce seuil correspond, pour chacune des questions prises individuellement, aux réponses faisant état de difficultés (« impossible ou toujours difficile », « généralement difficile » et « parfois difficile »). Il est ainsi fait l'hypothèse, validée empiriquement, que le score moyen définit des difficultés de littératie de façon homogène à chacune des questions qui le composent.

Une analyse méthodologique sur les données de l'Enquête santé européenne 2019 (Leduc, 2022) a mis en évidence la présence d'effets de mesure dans la réponse donnée à ces questions comme pour un certain nombre d'autres questions de l'enquête en France métropolitaine, selon que la collecte s'est déroulée par téléphone ou en face à face : les réponses en face à face mesurent des niveaux de littératie en santé supérieurs à ceux obtenus pour les réponses par téléphone. Comme il n'y a pas actuellement de consensus dans la littérature sur la manière de traiter les effets de mesure dans les enquêtes multimodales, ces effets ne sont pas corrigés.

4. Différences de comportements attendus dans un environnement social donné selon le statut social.

5. Le niveau de vie est égal au revenu disponible du ménage divisé par le nombre d'unités de consommation (UC). Le niveau de vie est donc le même pour tous les individus d'un même ménage. Le niveau de vie correspond à ce qu'Eurostat nomme « revenu disponible équivalent ». Les unités de consommation sont en général calculées selon l'échelle d'équivalence dite « de l'OCDE modifiée », qui attribue 1 UC au premier adulte du ménage, 0,5 UC aux autres personnes de 14 ans ou plus et 0,3 UC aux enfants de moins de 14 ans.

Tableau 1 Part de la population ayant des difficultés en littératie en santé, et score moyen brut et avec standardisation sur la structure par âge

| Région | % de la population avec des difficultés [IC à 95 %] ¹ | % de la population standardisée ² avec des difficultés [IC à 95 %] ¹ | Score moyen brut [IC à 95 %] ¹ | Score moyen standardisé ² [IC à 95 %] ¹ |
|-----------------------|--|--|---|---|
| Guadeloupe | 18,2 [16,2 - 20,2] | 17,9 [16,0 - 19,8] | 4,07 [4,01 - 4,12] | 4,08 [4,02 - 4,13] |
| Martinique | 20,2 [18,0 - 22,4] | 19,0 [16,9 - 21,2] | 3,95 [3,85 - 3,99] | 3,98 [3,93 - 4,03] |
| Guyane | 25,7 [23,0 - 28,4] | 30,3 [27,3 - 33,3] | 3,92 [3,85 - 3,99] | 3,80 [3,73 - 3,88] |
| La Réunion | 18,2 [16,1 - 20,2] | 20,9 [18,8 - 23,0] | 4,05 [4,00 - 4,10] | 3,99 [3,93 - 4,04] |
| Mayotte | 46,5 [43,9 - 49,2] | 59,6 [57,0 - 62,2] | 3,39 [3,32 - 3,48] | 2,96 [2,88 - 3,04] |
| France métropolitaine | 10,7 [10,2 - 11,3] | 10,7 [10,2 - 11,3] | 4,33 [4,32 - 4,34] | 4,33 [4,32 - 4,34] |

1. Chaque proportion ou score moyen est encadré de ses intervalles de confiance (IC) à 95 %.

2. Standardisation sur la structure par âge de la population enquêtée en France métropolitaine.

Lecture > À La Réunion, 18,2 % de la population de 15 ans ou plus a des difficultés en littératie en santé. La population étant plus jeune qu'en France métropolitaine, cette proportion serait de 20,9 si La Réunion avait la même structure d'âge que la France métropolitaine.

Champ > France entière, population de 15 ans ou plus.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHS 2019, exploitation DREES.

> Études et Résultats n° 1269 © DREES

chez les personnes sans diplôme et augmente progressivement et significativement, hormis entre le niveau bac et le niveau bac+2, pour atteindre 4,6 chez celles ayant un diplôme de niveau bac+3 ou supérieur. Dans tous les DROM, l'écart est nettement plus marqué qu'en France métropolitaine entre les personnes sans diplôme et celles ayant un niveau d'études inférieur au baccalauréat. Parmi les autres caractéristiques sociales étudiées, il n'apparaît pas de différences significatives entre les différentes catégories de ménage.

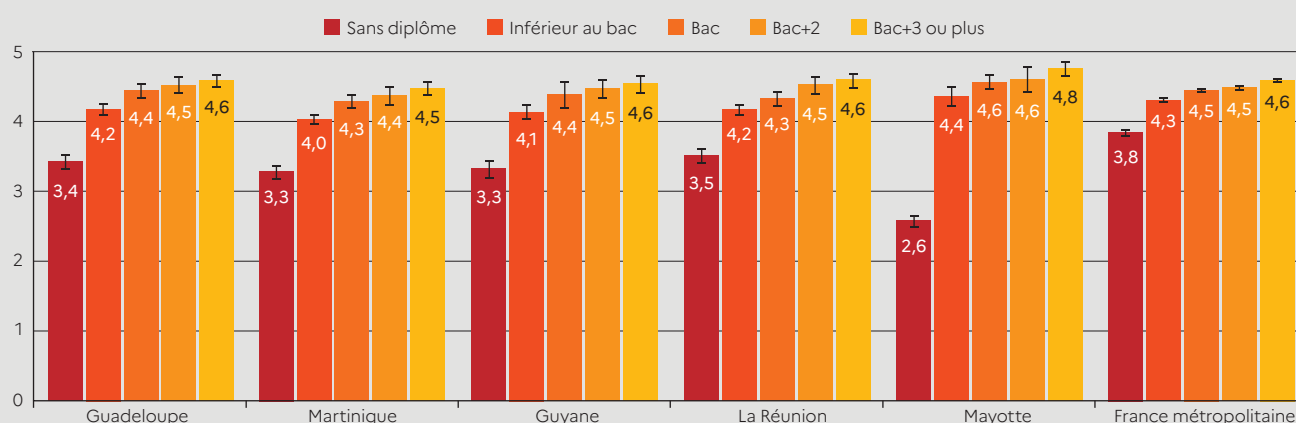
Le score moyen est significativement lié au fait d'être immigré en France métropolitaine, avec un score moyen de 3,9 (contre 4,4 pour les personnes non immigrées). Les immigrés sont trois fois plus nombreux à avoir des difficultés en littératie en santé (27,0 % contre 9,0 %). En France métropolitaine, le fait de ne pas citer le français en premier comme langue parlée à la maison multiplie par 3,8 la proportion de personnes ayant des difficultés en littératie en santé (36,0 % contre 9,2 %). Dans les DROM, cette proportion est multipliée par 4,0 en Guyane et par 5,3 à Mayotte.

La mesure par l'échelle d'Oslo⁶ du soutien social, notion qui repose sur les ressources relationnelles sur lesquelles la personne enquêtée peut compter et sur l'attention que lui porte son entourage, révèle que le score moyen de littératie en santé augmente significativement avec l'importance du soutien social dont bénéficient les individus (de 4,1 en cas de soutien faible à 4,5 en cas de soutien fort en France métropolitaine). La proportion de personnes ayant des difficultés en littératie en santé est 2,8 fois plus élevée en cas de soutien social faible que lorsqu'elles déclarent un soutien social fort. Dans les DROM, les différences sont moins marquées, voire inexistantes à Mayotte.

Un score nettement plus faible chez les personnes sans diplôme

Les caractéristiques socio-économiques individuelles sont, au moins en partie, le plus souvent liées entre elles ; elles sont aussi dépendantes de l'âge et du sexe de la personne. Des analyses de régressions linéaires du score de littératie en santé ont été réalisées

Graphique 1 Score moyen de littératie en santé selon le niveau d'études



Note > Pour chaque classe de diplôme, la valeur du score est encadrée (barres verticales en noir) de son intervalle de confiance (IC) à 95 %.

Lecture > En Guadeloupe, les personnes sans diplôme ont un score moyen en littératie en santé de 3,4 contre 4,6 pour les personnes avec un diplôme de niveau bac+3 ou plus.

Champ > France entière, population de 25 ans ou plus.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHS 2019, exploitation DREES.

> Études et Résultats n° 1269 © DREES

6. Le score de soutien social est calculé selon l'échelle d'Oslo, construite à partir des réponses aux trois questions suivantes : « Combien de personnes sont-elles suffisamment proches de vous pour que vous puissiez compter sur elles en cas de graves problèmes personnels ? » (réponses de « Aucune » à « 6 ou plus ») ; « Votre entourage montre-t-il de l'intérêt pour ce que vous faites ? » (réponses de « Oui, beaucoup d'intérêt » à « Non, pas du tout d'intérêt ») ; « Pouvez-vous obtenir facilement de l'aide de vos voisins en cas de besoin ? » (réponses de « Très facilement » à « Très difficilement »). Les réponses sont cotées en fonction du degré de soutien social auquel elles renvoient ; cela permet d'obtenir un score global de soutien social allant de 3 à 14.

et permettent de mesurer l'impact de chacune de ces caractéristiques « toutes choses égales par ailleurs » pour la France métropolitaine et chacun des DROM (*tableau complémentaire B*). Elles confirment globalement les résultats observés en analysant les liens entre la littératie en santé et chacune des variables sociales.

En France métropolitaine, avoir 75 ans ou plus, être sans diplôme ou avec un niveau d'études inférieur au baccalauréat, être immigré, ne pas parler français à la maison, vivre dans un ménage complexe⁷ et déclarer un soutien social faible sont liés à un risque plus élevé d'avoir des difficultés en littératie en santé. À l'inverse, avoir entre 55 et 64 ans, appartenir au quart de la population le plus aisé, être une femme et déclarer un fort soutien social sont liés à un risque plus faible d'avoir des difficultés en littératie en santé. Concernant l'âge, la tranche des 55-64 ans est, toutes choses égales par ailleurs, celle pour laquelle le score moyen est le plus élevé. En synthèse, les deux caractéristiques associées au risque le plus élevé de difficultés concernent l'absence de diplôme et le fait de ne pas parler le français comme première langue à la maison.

Les relations entre niveau d'études ou niveau de vie et niveau de littératie en santé sont également identifiées dans les études sur l'ensemble de la population adulte dans d'autres pays (Simpson, *et al.*, 2020 ; Bo, *et al.*, 2014 ; Van der Heide, *et al.*, 2013, février). Des résultats concordants concernant le statut migratoire ou la langue parlée à la maison, lorsque ceux-ci sont pris en compte, ont été également mis en évidence dans différentes études pour ces deux caractéristiques (Beauchamp, *et al.*, 2015) ou pour le statut migratoire uniquement (Bo, *et al.*, 2014).

Dans les DROM, certains résultats sont concordants avec la France métropolitaine : avoir un niveau d'études inférieur au baccalauréat et ne pas avoir le français comme première langue à la maison sont liés à un plus faible niveau de littératie en santé. D'autres diffèrent : toutes choses égales par ailleurs, le score moyen de littératie en santé est significativement plus élevé dans les DROM dans la moitié

de la population ayant le niveau de vie le plus élevé par rapport au deuxième quartile (ce qui n'est pas le cas en France métropolitaine), excepté en Martinique. Le fait d'être immigré n'a un impact sur le score moyen qu'en Guyane et à Mayotte. Cependant, les comparaisons entre France métropolitaine et DROM et entre les différents DROM restent fragiles dans leurs interprétations, du fait de contextes démographiques et socio-économiques très hétérogènes. De plus, les modes de passation différents de l'enquête et l'utilisation de traductions orales sans processus de validation en Guyane et à Mayotte peuvent influencer les résultats.

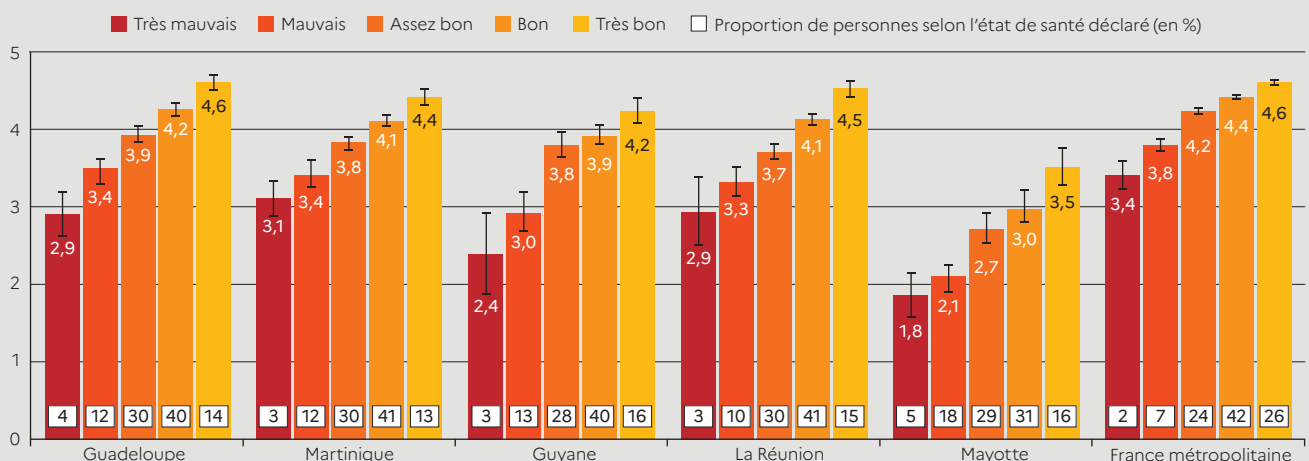
Des difficultés en littératie pour environ un tiers des personnes avec un mauvais état de santé déclaré en France métropolitaine

Différents travaux ont montré les liens entre la littératie en santé, d'une part, la santé déclarée, la prévalence de maladie chronique ou la santé mentale, d'autre part (Simpson, *et al.*, 2020 ; Beauchamp, *et al.*, 2015 ; Van der Heide, *et al.*, 2013, octobre).

Le mini-module européen sur la santé explore, avec trois questions, la santé déclarée, la déclaration d'une maladie présente depuis au moins six mois et les limitations des activités de la vie courante. L'analyse des relations entre le niveau de littératie en santé et l'état de santé déclaré a été réalisée sur la population âgée de 25 ans ou plus et s'appuie sur des taux et des scores moyens standardisés sur la structure d'âge de la France métropolitaine. L'âge influence en effet de manière très importante les réponses aux différentes questions du mini-module (Leduc, *et al.*, 2021).

Une corrélation est observée entre le score moyen et l'état de santé déclaré. En France métropolitaine, le score moyen varie de 3,4 pour les personnes déclarant un très mauvais état de santé (2 % de la population) à 4,6 pour celles déclarant un très bon état de santé (26 % de la population) [graphique 2]. En comparaison des personnes déclarant un très bon état de santé, il y a 11 fois plus de personnes

Graphique 2 Score moyen en littératie en santé selon l'état de santé déclaré



Notes > Chaque score moyen est encadré (barres verticales en noir) de son intervalle de confiance (IC) à 95 %. Les pourcentages indiqués sur le bas de chaque barre représentent la part de la population pour chacune des modalités d'état de santé déclaré. La standardisation se fait sur la structure par âge de la population enquêtée en France métropolitaine. En raison des arrondis, la somme des pourcentages n'est pas toujours égale à 100 %.

Lecture > En Guadeloupe, le score moyen de littératie en santé chez les personnes déclarant un très mauvais état de santé (4 % de la population) est de 2,9 contre 4,6 chez celles déclarant un très bon état de santé (14 % de la population).

Champ > France entière, population de 25 ans ou plus.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHS 2019, exploitation DREES.

> Études et Résultats n° 1269 © DREES

7. Un ménage complexe est un ménage qui n'est pas composé soit d'une seule personne, soit d'une seule famille (un couple sans enfant, un couple avec un enfant ou plus ou une famille monoparentale). Ces ménages sont qualifiés de complexes dans la mesure où le type de lien (lien de parenté, lien amical, etc.) peut être très variable entre les personnes. Ils comportent notamment les ménages au sein desquels cohabitent plusieurs générations, ainsi que les personnes vivant en colocation.

avec des difficultés en littératie en santé parmi celles déclarant un très mauvais état de santé en France métropolitaine, 13 fois plus en Guadeloupe, 9 fois plus à La Réunion, près de 6 fois plus en Martinique et un peu plus de 4 fois plus en Guyane. À Mayotte, le ratio est légèrement supérieur à 2, mais la proportion de personnes avec des difficultés en littératie en santé est déjà de 42 % parmi les personnes déclarant un très bon état de santé (16 % de la population) et atteint la majorité des personnes déclarant un état de santé général mauvais ou très mauvais (23 % de la population).

Il existe également une association significative entre le niveau de littératie en santé et le fait de déclarer une maladie chronique : en France métropolitaine, parmi les personnes déclarant avoir une maladie ou un problème de santé chronique (41 % de la population), le score moyen est de 4,2 avec 15 % des répondants qui présentent des difficultés en littératie en santé (contre 4,4 et 9 % chez ceux ne déclarant pas de maladie chronique). En Guadeloupe, il y a 2,4 fois plus de personnes ayant des difficultés en littératie en santé parmi celles souffrant de maladie chronique. Le ratio est de 2,0 à La Réunion, 1,4 en Martinique, 1,3 en Guyane et 1,2 à Mayotte. Cependant, la comparabilité des résultats sur la déclaration d'une maladie chronique est à prendre avec précaution : il n'est pas certain que le terme de « maladie chronique » soit compris de la même façon selon les différentes caractéristiques des populations. De plus, la déclaration d'une maladie chronique nécessite d'en avoir connaissance, alors que le recours aux dépistages et aux soins varie selon la situation sociale et les territoires (Solet, 2018 ; Solet, Baroux, 2009).

Concernant la mesure déclarée du handicap (restrictions d'activité sévères⁸), il existe un gradient significatif du score moyen (de 3,7 à 4,4) entre les personnes déclarant être atteintes de handicap et celles sans limitation d'activité ou avec des limitations légères du fait d'un problème de santé en France métropolitaine (graphique 3). Les ratios entre les deux groupes varient entre 1,5 à Mayotte et 1,2 en France métropolitaine. La Guadeloupe, la Martinique et La Réunion ont des ratios respectivement de 1,3, 1,2 et 1,3.

De même que pour la déclaration d'une maladie chronique, la déclaration de restrictions d'activité ou même de handicap (restrictions d'activité sévères) du fait d'un problème de santé peut être sous-estimée : ce dernier peut ne pas avoir été identifié ou diagnostiqué en raison d'inégalités de recours aux soins dans les différentes populations, en particulier les plus défavorisées. Le décrochage concernant la part des personnes ayant des difficultés en littératie en santé et déclarant être fortement limitées, et celles qui déclarent ne pas avoir de limitations ou avoir des limitations légères, est plus marqué en France métropolitaine, en Guadeloupe et en Martinique que dans les autres DROM.

Chez les personnes ayant un syndrome dépressif (11 % de la population en France métropolitaine), le score moyen de littératie en santé est significativement inférieur à celui des personnes sans syndrome dépressif en France métropolitaine comme dans les DROM. La différence est de 0,4 point en France métropolitaine, où près d'un quart des personnes présentant un syndrome dépressif ont des difficultés en littératie en santé, contre une personne sur dix parmi celles sans syndrome. Dans les DROM, les différences varient entre 0,1 point en Martinique, 0,4 point en Guadeloupe, à La Réunion et à Mayotte, et 0,6 point en Guyane.

Bien que ces corrélations entre le niveau de littératie en santé et l'état de santé n'indiquent pas une relation de cause à effet, elles suggèrent

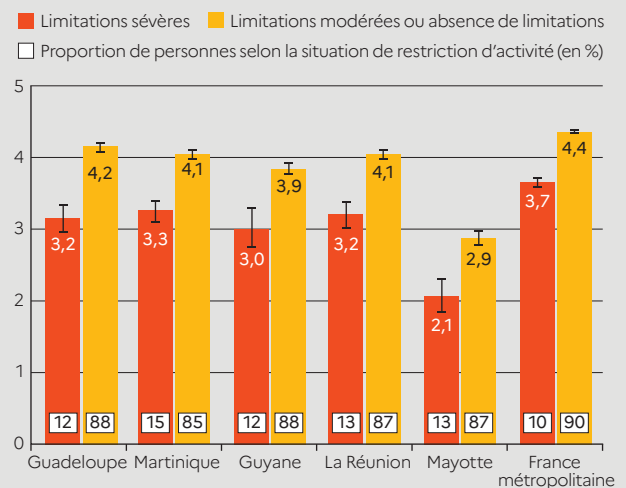
néanmoins qu'il pourrait y avoir un impact direct de la littératie en santé sur la santé. Mais d'autres mécanismes peuvent aussi coexister et participer au niveau de corrélation observé. Par exemple, il n'est pas à exclure que certains problèmes de santé qui détériorent les capacités cognitives, lorsqu'ils apparaissent, ont probablement un impact sur le niveau de littératie en santé. Enfin, il est également possible que certains facteurs aient un effet conjoint sur la littératie en santé et sur la santé elle-même.

La littératie en santé intervient dans la relation entre faible niveau de d'études et mauvais état de santé déclaré

Si de nombreuses études ont mis en évidence les associations entre le niveau d'études et l'état de santé dans ses différentes composantes, les mécanismes explicatifs de ces liens restent encore peu explorés. Le niveau de littératie en santé pourrait ainsi intervenir comme un facteur intermédiaire appelé « médiateur » (encadré 3) dans la relation entre un déterminant et un indicateur de santé. Dans ce cas, il diminue la force de l'association entre ces deux variables : les difficultés en littératie en santé constitueraient ainsi un obstacle à l'accès à l'information médicale, aux soins et à la prévention.

Des associations significatives sont retrouvées entre le niveau d'études et l'état de santé, mesurées par les indicateurs du mini-module sur la santé, ou la présence d'un syndrome dépressif. Les personnes les moins diplômées se déclarent plus souvent en mauvaise santé en comparaison avec les personnes ayant un niveau d'études au moins égal à bac+3. La prise en compte de la littératie en santé diminue la force de certaines associations mesurées par une diminution des *odds ratio* (OR) [tableau 2].

Graphique 3 Score moyen en littératie en santé selon la déclaration de restrictions d'activité



Notes > Chaque score moyen est encadré (barres verticales en noir) de son intervalle de confiance (IC) à 95 %. Les pourcentages indiqués sur le bas de chaque barre représentent la part de la population pour chacune des deux modalités. Pour chaque DROM, standardisation sur la structure par âge de la population enquêtée en France métropolitaine.

Lecture > En Guadeloupe, le score moyen de littératie en santé est de 3,2 chez les personnes déclarant des limitations sévères (12 % de la population), contre 4,2 chez celles déclarant des limitations modérées ou une absence de limitations (88 % de la population).

Champ > France entière, population de 25 ans ou plus.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHS 2019, exploitation DREES.

> Études et Résultats n° 1269 © DREES

8. Le handicap déclaré est défini à partir des réponses à la question sur les restrictions d'activité dans les actes de la vie quotidienne (Global Activity Limitation Indicator, GALI), pour les personnes déclarant des restrictions sévères.

Pour chacun des quatre indicateurs de santé, la force des associations est diminuée chez les personnes sans diplôme pour tous les indicateurs de santé étudiés. L'importance de l'effet médiateur de la littératie en santé peut même être estimée (tableau 2 et tableau complémentaire C)⁹. Un effet médiateur est également retrouvé pour les personnes avec un niveau d'études inférieur au baccalauréat et

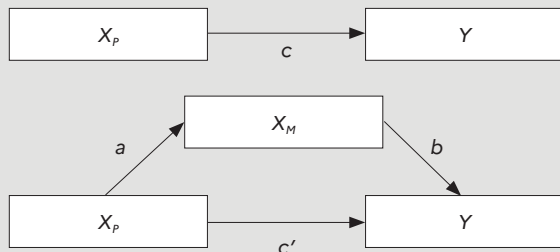
déclarant un mauvais ou un très mauvais état de santé, une situation de handicap ou la présence d'un syndrome dépressif, ainsi que pour les personnes ayant le baccalauréat et déclarant un mauvais ou un très mauvais état de santé.

Cependant, il s'agit essentiellement de médiation partielle, c'est-à-dire qu'une partie seulement de l'effet du niveau d'études sur la santé

Encadré 3 Estimation de l'effet médiateur de la littératie en santé

Pour mieux comprendre les relations entre déterminants sociaux et santé, ainsi que le rôle intermédiaire de certains déterminants comme la littératie en santé, des méthodes statistiques sont proposées pour analyser et quantifier l'effet d'une variable médiatrice. Une variable médiatrice module le sens et/ou la force de l'effet d'une variable indépendante (X , correspondant à un déterminant social) sur une variable à expliquer (Y , un indicateur de santé) [Baron, Kenny, 1986 ; James, Brett, 1984].

En acceptant les hypothèses sur le sens des associations entre les variables prises en compte, l'une des méthodes statistiques pour analyser cet effet de médiation repose sur la réalisation de différentes régressions selon les schémas suivants où X_p est une variable sociale, X_M la littératie en santé et Y un indicateur de santé :



Le rôle médiateur de la variable X_M décompose l'effet total (c) en un effet direct (c') et en un effet indirect (ab). Ce rôle médiateur est analysé en réalisant différentes régressions successives :

- mesure de l'association entre la variable indépendante X_p et la variable à expliquer Y (coefficient c significatif) selon l'équation de régression : $Y = i_1 + cX_p + e_1$;

- mesure de l'association entre la variable indépendante X_p et la variable médiatrice X_M (coefficient a significatif) selon l'équation de régression : $X_M = i_2 + aX_p + e_2$;

- mesure de l'association entre la variable indépendante X_p et la variable dépendante Y en contrôlant sur la variable médiatrice X_M , selon l'équation de régression : $Y = i_3 + c'X_p + bX_M + e_3$.

Lorsqu'une variable X_M est médiatrice de la relation X_p - Y , une partie au moins de la relation entre X_p et Y passe par cette variable. Dès lors, si l'influence de la variable médiatrice est contrôlée statistiquement, la relation X_p - Y est atténuée ou disparaît. Si la relation est atténuée, l'effet médiateur est partiel ; et si la relation disparaît (c' non significativement différent de 0, alors que c l'est), on parle de médiation totale.

L'estimation de l'effet médiateur partiel est obtenue en calculant le produit : $(a \times b) : c - c' = a \times b > 0$.

Dans le cas de variables binaires à expliquer, les coefficients ont été transformés (Mackinnon et Dwyer, 1993) afin de les rendre comparables entre les différentes régressions avec le package R mediation (Tingley, Yamamoto, Hirose, et al., 2014). La mesure de la significativité repose sur une méthode de *bootstrap* non paramétrique.

Pour ces analyses, la médiation a été considérée comme « partielle » si l'effet total et l'effet direct étaient significatifs au seuil de 5 % ; et la médiation a été considérée comme « totale » si l'effet total était significatif au seuil de 5 % et l'effet direct non significatif au seuil de 20 %.

Tableau 2 Associations entre niveau d'études et indicateurs de santé, avec et sans ajustement sur la littératie en santé, et estimation des effets médiateurs de la littératie en santé

| Indicateurs de santé (référence) | Niveau d'études (réf : bac \geq 3) | OR niveau d'études non ajusté sur la littératie en santé ¹ | OR niveau d'études ajusté sur la littératie en santé ¹ | Importance de l'effet médiateur |
|--|--------------------------------------|---|---|---------------------------------|
| État de santé déclaré (bac+3 ou plus) | Sans diplôme | 2,46 [1,92;3,17] | 1,65 [1,27;2,14] | 35 % |
| | Inférieur au bac | 1,76 [1,39;2,25] | 1,45 [1,13;1,85] | 26 % |
| | Bac | 1,40 [1,06;1,85] | 1,27 [0,96;1,69] | - |
| | Bac+2 | 1,35 [1,00;1,81] | 1,24 [0,92;1,67] | - |
| Maladie chronique déclarée (bac+3 ou plus) | Sans diplôme | 1,16 [1,02;1,33] | 1,02 [0,89;1,16] | Total |
| | Inférieur au bac | 1,09 [0,97;1,22] | 1,02 [0,91;1,15] | - |
| | Bac | 1,03 [0,91;1,17] | 1,00 [0,88;1,14] | - |
| | Bac+2 | 1,01 [0,88;1,15] | 0,98 [0,86;1,12] | - |
| Handicap déclaré (bac+3 ou plus) | Sans diplôme | 2,20 [1,75;2,78] | 1,37 [1,08;1,75] | 50 % |
| | Inférieur au bac | 1,73 [1,39;2,16] | 1,39 [1,11;1,73] | 32 % |
| | Bac | 1,19 [0,91;1,55] | 1,07 [0,82;1,39] | - |
| | Bac+2 | 1,22 [0,92;1,61] | 1,10 [0,83;1,45] | - |
| Syndrome dépressif (bac+3 ou plus) | Sans diplôme | 1,76 [1,43;2,17] | 1,31 [1,06;1,63] | 45 % |
| | Inférieur au bac | 1,24 [1,02;1,50] | 1,09 [0,89;1,32] | Total |
| | Bac | 1,23 [0,99;1,52] | 1,15 [0,93;1,43] | - |
| | Bac+2 | 1,05 [0,83;1,32] | 0,99 [0,78;1,24] | - |

OR : odds ratio.

1. Chaque odds ratio est encadré de ses intervalles de confiance (IC) à 95 %.

Lecture > Les personnes sans diplôme présentent un risque 2,46 plus élevé de déclarer un mauvais état de santé que les personnes titulaires d'un diplôme de niveau bac+3 ou supérieur (OR) ; en tenant compte de la littératie en santé, l'OR est ramené à 1,65. L'effet médiateur de la littératie en santé serait ainsi responsable de 35 % de l'effet total du niveau d'études sur l'état de santé.

Champ > France métropolitaine.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS 2019, exploitation DREES, population de 25 ans ou plus.

> Études et Résultats n° 1269 © DREES

9. Si l'importance de l'effet de médiation peut être estimée à partir des données de l'enquête EHIS, en revanche ces données ne permettent pas d'établir un lien de cause à effet direct entre le niveau de littératie et l'état de santé, mais seulement une corrélation entre ces deux variables. Dans cette étude, l'effet causal est pris comme hypothèse à l'analyse de l'effet de médiation.

serait due à l'effet de la littératie elle-même. Ainsi, chez les personnes non diplômées, la littératie en santé serait responsable d'un tiers de l'effet total du niveau d'études sur la santé, et d'un quart chez les personnes avec un diplôme inférieur au baccalauréat (*tableau complémentaire D*). Ces résultats sont proches d'une étude conduite aux Pays-Bas (Van der Heide, *et al.*, 2013, octobre). On relève toutefois que la médiation peut être considérée comme totale¹⁰ pour les personnes non diplômées déclarant une maladie chronique et celles avec un diplôme inférieur au baccalauréat et présentant un syndrome dépressif.

Ces premiers résultats mériteraient d'être confirmés par des analyses statistiques plus complètes. Ils attestent néanmoins d'un rôle de la littératie en santé fonctionnelle dans la relation entre niveau

d'études et indicateurs de santé déclarée, d'autant plus notable que cette littératie est ici mesurée de façon partielle. En effet, le seul module du HLQ (Health Literacy Questionnaire) introduit dans cette enquête santé ne peut pas rendre compte de toutes les dimensions de la littératie en santé. Au final, l'intérêt d'utiliser des outils de mesure de littératie en santé en population dans l'analyse des inégalités sociales de santé est prometteur. Une exploration plus fine des différentes dimensions de la littératie en santé pourrait permettre d'envisager des réponses en matière de santé publique (Batterham, *et al.*, 2016). ●



Télécharger les données associées à l'étude

10. Au sens statistique, l'influence du diplôme devient nulle en prenant en compte la littératie en santé.

Mots clés : **Inégalités sociales de santé** **Déterminant de santé** **Santé de la population** **Disparités et inégalités territoriales**

Pour en savoir plus

- > **Baron, R.M., Kenny, D.A.** (1986, décembre). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), pp. 1173-1182.
- > **Batterham, R.W., Hawkins, M., Collins, P.A., et al.** (2016, mars). Health literacy: applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. *Public Health*, 132, pp. 3-12.
- > **Beauchamp, A., Buchbinder, R., Dodson, S., et al.** (2015, juillet). Distribution of health literacy strengths and weaknesses across socio-demographic groups: a cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*, 15(678).
- > **Bo, A., Friis, K., Osborne, R.H., Maindal, H.T.** (2014, octobre). National indicators of health literacy: Ability to understand health information and to engage actively with healthcare providers – a population-based survey among Danish adults. *BMC Public Health*, 14(1095).
- > **Debussche, X., Lenclume, V., Balcou-Debussche, M., et al.** (2018, septembre). Characterisation of health literacy strengths and weaknesses among people at metabolic and cardiovascular risk: Validity testing of the Health Literacy Questionnaire. *SAGE Open Med*.
- > **Deroyon, T.** (2022, novembre). *Enquête santé européenne (EHIS) 2019 – Calcul des pondérations. France métropolitaine*. DREES, Note 1.
- > **Favre-Martinoz, C.** (2022, novembre). *Enquête santé DOM 2019 – Calcul des pondérations*. DREES, Insee, Note 3.
- > **Friis, K., Lasgaard, M., Osborne, R.H., Maindal, H.T.** (2016, janvier). Gaps in understanding health and engagement with healthcare providers across common long-term conditions: a population survey of health literacy in 29 473 Danish citizens. *BMJ Open*, 6(1).
- > **James, L.R., Brett, J.M.** (1984). Mediators, Moderators, and Tests for Mediation. *Journal of Applied Psychology*, 69, pp. 307-321.
- > **Kickbusch, I., Pelikan, J.M., Tsouros, A.D., Tsouros, A.** (2013). *Health literacy: The solid facts*. World Health Organization, Regional Office for Europe.
- > **Kroenke K., Spitzer R.L., Williams J.B.** (2001, septembre). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*, 16(9).
- > **Leduc, A., Deroyon, T., Rochereau T., Renaud, A.** (2021, avril). Premiers résultats de l'Enquête santé européenne (EHIS) 2019 – Métropole, Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion, Mayotte. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 78.
- > **Leduc, A.** (2022, novembre). *Enquête santé européenne (EHIS) 2019. Bilan méthodologique – France métropolitaine et DROM*. DREES, *DREES Méthodes*, 7.
- > **Mackinnon, D.P., Dwyer, J.H.** (1993, avril). Estimating mediated effects in prevention studies. *Evaluation Review*, 17(2), pp. 144-158.
- > **Osborne, R.H., Batterham, R.W., Elsworth, G.R., et al.** (2013, juillet). The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*, 13(658).
- > **Osborne, R.H., Cheng, C.C., et al.** (2022, août). Measurement: embracing diversity in a strengths-based approach to promote health and equity, and avoid epistemic injustice. *BMJ Global Health*, 7.
- > **Simpson, R.M., Knowles, E., O'Cathain, A.** (2020, novembre). Health literacy levels of British adults: A cross-sectional survey using two domains of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*, 20(1819).
- > **Solet, J.-L.** (2018). *Étude de la prévalence de l'asthme à La Réunion*. Santé publique France, rapport.
- > **Solet, J.-L., Baroux, N.** (2009). *Étude Maydia 2008 – Étude de la prévalence et des caractéristiques du diabète pour l'ensemble de la population à Mayotte*. Institut de veille sanitaire, rapport.
- > **Sørensen, K., Pelikan, J.M., Röthlin, F., et al.**, Consortium Health Literacy Project European (HLS-EU) [2015, décembre]. Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*, 25(6), pp. 1053-8.
- > **Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., et al.**, Consortium Health Literacy Project European (HLS-EU) [2012, janvier]. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80).
- > **Tingley, D., Yamamoto, T., Hirose, K., et al.** (2014, août). Mediation: R Package for causal mediation analysis. *Journal of Statistical Software*, 59(5), pp. 1-38.
- > **Van der Heide, I., Rademakers, J., Schipper, M., et al.** (2013, février). Health literacy of Dutch adults: A cross sectional survey. *BMC Public Health*, 13(179).
- > **Van der Heide, I., Wang, J., Droomers, M., et al.** (2013, octobre). The relationship between health, education, and health literacy: Results from the Dutch adult literacy and life skills survey. *Journal of Health Communication*, 18, pp. 172-184.

> **Publications**
drees.solidarites-sante.gouv.fr

> **Open Data**
data.drees.solidarites-sante.gouv.fr

> **Nous contacter**
DREES-INFO@santer.gouv.fr

> **Contact presse**
DREES-PRESSE@santer.gouv.fr

Directeur de la publication : Fabrice Lenglard
Responsable d'édition : Valérie Bauer-Eubriet
Rédactrice en chef technique : Céline Roux
Chargée d'édition : Élisabeth Castaing, Laurence Lefebvre
Composition et mise en pages : Drapeau Blanc
Conception graphique : DREES

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources
ISSN électronique 1146-9129 • AJP 0001384

Les destinataires de cette publication sont informés de l'existence à la DREES d'un traitement de données à caractère personnel les concernant. Ce traitement, sous la responsabilité du directeur de la publication, a pour objet la diffusion de la publication de la DREES. Les données utilisées sont l'identité, la profession, l'adresse postale personnelle ou professionnelle. Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les destinataires disposent d'un droit d'accès et de rectification aux données les concernant ainsi qu'un droit d'opposition à figurer dans ce traitement. Ils peuvent exercer ces droits en écrivant à : DREES - Bureau des Publications et de la Communication - 14, avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP ou en envoyant un courriel à : drees-infos@santer.gouv.fr