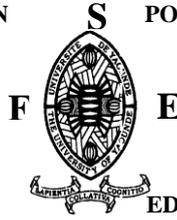


UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

CENTRE DE RECHERCHE ET DE FORMATION
DOCTORALE EN « SCIENCES HUMAINES,
SOCIALES ET EDUCATIVES »



POSTGRADUATE SCHOOL FOR THE SOCIAL
AND EDUCATIONAL SCIENCES

UNITE DE RECHERCHE ET DE FORMATION
DOCTORALE EN SCIENCES DE L'EDUCATION
ET INGENIERIE EDUCATIVE

DOCTORAL RESEARCH UNIT FOR
EDUCATION SCIENCES AND EDUCATIONAL
ENGINEERING

LITTÉRATIE EN SANTÉ EN CONTEXTE DE LUTTE CONTRE LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES AU CAMEROUN

Mesure, Profil et lien avec la Promotion de la santé

Thèse de Doctorat/Ph.D. en Sciences de l'Éducation soutenue le 25 avril 2024

:

Option : psychologie de l'éducation

Par

Soh Gustave

Master en psychologie de l'éducation

Jury

M. TSALA TSALA Jacques Philippe, Professeur

M. MVÉSSOMBA Édouard Adrien, Professeur

M. MAINGARI Daouda, Professeur

M. WAMBA André, Maître de Conférences

Mme. MBOSHI NSAGAH Sarah, Maître de Conférences

M. EYENGA ONANA Pierre Suzanne, Maître de Conférences

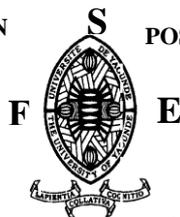


Avril 2024

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

CENTRE DE RECHERCHE ET DE FORMATION
DOCTORALE EN « SCIENCES HUMAINES,
SOCIALES ET EDUCATIVES »



POSTGRADUATE SCHOOL FOR THE SOCIAL
AND EDUCATIONAL SCIENCES

UNITE DE RECHERCHE ET DE FORMATION
DOCTORALE EN SCIENCES DE L'EDUCATION
ET INGENIERIE EDUCATIVE

DOCTORAL RESEARCH UNIT FOR
EDUCATION SCIENCES AND EDUCATIONAL
ENGINEERING

LITTÉRATIE EN SANTÉ EN CONTEXTE DE LUTTE CONTRE LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES AU CAMEROUN

Mesure, Profil et lien avec la Promotion de la santé

*Thèse présentée en vue de l'obtention du diplôme de Doctorat/Ph.D. en
Sciences de l'Éducation :*

Option : psychologie de l'éducation

Par

Soh Gustave

Master en psychologie de l'éducation

Devant un jury composé de :

M. TSALA TSALA Jacques Philippe, Professeur, Université de Yaoundé I, *Président*

M. MVESSOMBA Édouard Adrien, Professeur, Université de Yaoundé I, *Membre*

M. MAINGARI Daouda, Professeur, Université de Yaoundé I, *Rapporteur 1*

M. WAMBA André, Maître de Conférences, Université de Yaoundé I, *Rapporteur 2*

Mme. MBOSHI NSAGAH Sarah, Maître de Conférences, Université de Bamenda, *Membre*

M. EYENGA ONANA Pierre Suzanne, Maître de Conférences, Université de Yaoundé I, *Membre*

Le vendredi 25 avril 2024

Avertissement

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

Par ailleurs, le Centre de Recherche et de Formation Doctorale en Sciences Humaines, Sociales et Éducatives de l'Université de Yaoundé I n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

Épigraphe

Health literacy is more than reading, but includes writing, numeracy, listening, speaking, and conceptual knowledge

(David Kindig, 2004)

Health literacy means more than being able to read pamphlets and successfully make appointments. By improving people's access to health information and their capacity to use it effectively, health literacy is crucial to empowerment

(Don Nutbeam, 1998)

À la famille SOH

Remerciements

Ce travail de recherche ne serait pas arrivé à son terme à ce moment sans les efforts et les sacrifices de nombreuses personnes. Je tiens ici à leur rendre un vibrant hommage. Je fais référence notamment à :

Mes encadrants, Messieurs Maingari Daouda (Professeur) et Wamba André (Maître de Conférences), auxquels je tiens à témoigner toute ma reconnaissance et ma gratitude pour leur accompagnement tout au long de ce travail. Vous n'avez ménagé aucun effort pour me permettre de produire un travail de qualité. Vous avez toujours mis à ma disposition vos différentes ressources, temps, ouvrages, espaces de travail, espaces de communication scientifique (colloques et conférences) et même des finances pour me faciliter l'évolution dans cette recherche. Je vous dis merci.

Mes enseignants : vous êtes nombreux à avoir façonné et aiguillé notre intérêt pour la science durant notre formation à l'Université de Yaoundé I par vos enseignements et façons de faire. Vous nous avez accueillis et encadrés comme vos enfants. Je pense notamment à Monsieur Fozing Innocent (Professeur) dont le bureau à l'École Normale Supérieure de Yaoundé était régulièrement pris d'assaut et transformé en laboratoire et salle de discussion spontanée que ce soit pendant les jours de la semaine ou les week-ends. Cher Professeur, je tiens à vous témoigner toute ma gratitude.

Mes camarades : vous êtes nombreux avec qui j'ai eu une relation personnalisée durant la rédaction de ce travail. Nos sujets de discussion étaient sans restriction. Cependant, la recherche y occupait une place de choix. Retrouvez en ces quelques mots toute ma reconnaissance de l'immensité de vos contributions dans la formalisation et la structure actuelle de ce travail. Je pense notamment à Tachom Waffo Boris, Saah Handson Khewinhu, Dr. Teague Tsopgny Armel Valdin.

Les agents de collecte de données et les relecteurs : Amada Talikoa, Ange Maïn-ndeiang Laoungang, Anguissa Ndzana Ghislain, Fotsing Carlos, Fotsing Tchoupé, Meyong Alphonse, Ngoumou Jean Fabrice, Ngoumou Rose Danielle, Phillipa Whujoh Kometa, Tasse Souffo Franklin Berto, Tchankoua Nzoupet Séverin, Wetka Tchoupé Ulrich. Vos différentes tâches étaient fastidieuses et déterminantes pour ce travail. Recevez mes vifs mercis.

Mes clubs et associations : aux membres de la *Cameroonian Association for Detainees Psychological Care* (CAD-PSYCARE), de l'Association Solidaire des Jeunes Bamendjou de

Yaoundé (ASJBY) et de l'Océan Vétérans Volley-ball (OVV) ; vos différentes séances de travail, de voyage et de jeux m'ont permis tout au long de ce travail de me relaxer, me divertir, de passer à autre chose et surtout de me ressourcer. Merci pour tout !

Mes parents, frères et sœurs : à tous mes parents, frères et sœurs des grandes familles Suffo, Fotsing, Makamgang, Magatsing et Kamgang, vos efforts ont été inestimables. Les mots justes me manquent pour vous les témoigner. Je pense surtout à mon petit frère Nzokou Alex Kévin, mon cochambré durant mes nombreuses années en faculté. Je suis reconnaissant pour tes nombreux services. Je n'oublie pas le Dr. Soh Tamehe Landry, pour ses précieux conseils.

Ma famille : à Daniella Joelle Wansi Nitcheu, ma bien aimée ; Théo LePrince Noutonsie Zambo, De Rinnelle Soh et Naddy De Théram Soh Kamgang, nos adorables. Par nos « fous rires », nos conversations à n'en plus finir, votre amour, assistance et attention considérable pendant la rédaction de ce travail ; vous m'avez entouré, soutenu, attendu, supporté et re-supporté. Que ces mots vous touchent le cœur.

Mes amies : Lock Grâce Marie Ingrid, Nangom Ouaffo Christiane Pélagie et Nguélé Beyeme Corrine Stéphanie. Votre présence à mes côtés dans les moments de joie et de peine m'a permis à chaque fois de retrouver les forces pour continuer. Recevez chaleureusement mes remerciements.

Sinon ...

À toutes les personnes qui ont participé aux différentes études de ce projet. À tous ceux dont les noms ne sont pas consignés dans ces pages et qui liront ce manuscrit : si vous vous sentez lésés de n'avoir pas été cités nommément, je vous prie de m'excuser.

Sommaire

Avertissement.....	i
Épigraphe	ii
Dédicace	iii
Remerciements	iv
Liste des Abréviations, sigles et acronymes.....	vii
Liste des tableaux	ix
Liste des figures	xi
Résumé	xii
Abstract	xiii
Introduction générale.....	1
Première partie : Maladies cardiovasculaires, littératie en santé et promotion de la santé	8
Introduction de la première partie	9
Chapitre 1 : Le Cameroun face aux maladies cardiovasculaires et aux défis de son système de santé.....	10
Chapitre 2 : Littératie en santé	49
Chapitre 3 : Promotion de la santé	107
Conclusion de la première partie.....	159
Introduction de la deuxième partie.....	162
Chapter 4: Psychometric validation of European Health Literacy Survey Questionnaire short forms in Cameroon: Cameroonian Health Literacy Survey Questionnaire short forms (HLS-Cam-Q16 & HLS-Cam-Q6).....	165
Chapitre 5 : Traduction et adaptation française d'un questionnaire composite d'évaluation des comportements de promotion de la santé pour adolescents et jeunes adultes (AHPB-27)	186
Chapter 6: Health literacy in Cameroon: A cross-sectional national survey	234
Chapitre 7 : La littératie en santé : déterminant indépendant de l'adoption des comportements de promotion de santé chez les adolescents et les jeunes adultes de la ville de Yaoundé	258
Conclusion de la deuxième partie	309
Références	323
Index des auteurs	392

Liste des Abréviations, sigles et acronymes

AHPB-27 : Questionnaire composite d'évaluation des comportements de promotion de la santé pour adolescents et jeunes adultes

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CSDH: Commission on Social Determinant of Health

CSU : Couverture Santé Universelle

DSCE : Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi

DSRP : Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté

DSS : Déterminant Social de la Santé

EDSC : Enquête Démographique et de Santé du Cameroun

HLQ : Health Literacy Questionnaire

HLS-Cam-Q : Cameroonian Health Literacy Survey Questionnaire

HLS-EU-Q : European Health Literacy Survey Questionnaire

HTA : Hypertension Artérielle

IMC : Indice de Masse Corporelle

INS : Institut National de la Statistique

IOM : Institut of Medecine

IREPS : Instance Régionale d'Éducation et la Promotion de la Santé

ISHA-Q : Information and Support for Health Actions Questionnaire

LES : Littératie en Santé ou Littératie en Santé générale

LESE : Littératie en Santé Environnementale

LESI : Littératie en Santé Individuelle

LESO : Littératie en Santé Organisationnelle

MC : Maladie Chronique

MCV : Maladie Cardio-Vasculaire

MINEDUB : Ministère de l'Éducation de Base

MINEPAT : Ministère de l'Économie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire

MINESEC : Ministère des Enseignements Secondaires

MINESUP : Ministère de l'Enseignement Supérieur

Minsanté : Ministère de la Santé Publique

MNT : Maladies Non Transmissibles

ODD : Objectifs de Développement Durable

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OPHELIA: Optimising HEalth LIteracy and Access

PNDS : Plan National de Développement Sanitaire

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

PS : Promotion de la Santé

SND30 : Stratégie Nationale de Développement 2020-2030.

SSS : Stratégie Sectorielle de Santé

UNESCO : Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture

USAID: United States Agency for Internationa Development

Liste des tableaux

Tableau 2.1 Les dimensions de la littératie en santé.....	77
Tableau 3.1 <i>Prévention et promotion de la santé</i>	131
Tableau 4.1 <i>Schémas d'étude et objectifs des différentes études du projet de recherche</i>	164
Table 4.2 <i>Results of HLS-EU-Q16 'and HLS-EU-Q6' Confirmatory factor analysis</i>	179
Table 4.3 <i>Reliability, descriptive statistics and correlations between variables</i>	180
Tableau 5.1 <i>Statistiques descriptives pour tous les items du questionnaire AHPB-27</i>	213
Tableau 5.2 <i>Statistiques descriptives pour les facteurs de l'AHPB-27</i>	217
Tableau 5.3 <i>Structure factorielle et distribution des items de l'AHPB-27</i>	219
Tableau 5.4 <i>Résultat de l'analyse factorielle confirmatoire du AHPB27</i>	223
Tableau 5.5 <i>Consistance interne de l'AHPB-27 et ses facteurs</i>	224
Tableau 5.6 <i>Corrélation entre les différents facteurs de l'AHPB-27</i>	226
Table 6.1 <i>Distribution of the three levels of health literacy among Cameroonian</i>	244
Table 6.2 <i>T-test of student between some sociodemographic variables and HL</i>	246
Table 6.3 <i>Analysis of variance between some sociodemographic variables and HL</i>	248
Table 6.4 <i>Variables associated with excellent health literacy using the binary multiple regression model</i>	245
Table 6.5 <i>Frequencies of HLS-Cam-16 Items among the Sample</i>	247
Tableau 7.1 <i>Variables dichotomiques et promotion de la santé</i>	289
Tableau 7.2 <i>Analyse de variance entre la promotion de la santé et quelques variables sociodémographiques</i>	290

Tableau 7.3 <i>Corrélation entre les dimensions de la littératie en santé et la promotion de la santé</i>	293
Tableau 7.4 <i>Corrélation entre les dimensions du comportement de promotion de la santé et le niveau de littératie en santé</i>	294
Tableau 7.5 <i>Corrélation entre les dimensions du comportement de promotion de la santé et les dimensions de littératie en santé</i>	295
Tableau 7.6 <i>Moyennes et (écart-types) des adolescents et jeunes adultes en littératie en santé et promotion de la santé</i>	297
Tableau 7.7 <i>Corrélation bivariées et corrélation partielle entre la littératie en santé et la promotion de la santé</i>	298
Tableau 7.8 <i>Coefficient de détermination de la force du modèle statistique entre la littératie en santé et la promotion de la santé</i>	299
Tableau 7.9 <i>Analyse de variance</i>	301
Tableau 7.10 <i>Coefficient de pente entre littératie en santé et promotion de la santé</i>	301
Tableau 7.11 <i>Coefficients de détermination de la régression linéaire multiple</i>	303

Liste des figures

Figure 1.1 Relations entre les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires	29
Figure 2.1 Le quatrième niveau de la littératie en santé	65
Figure 2.2 Trois domaines de la littératie en santé environnementale.....	66
Figure 2.3 Voies probables d'action de la littératie en santé comme déterminant des disparités sociales de santé.....	71
Figure 2.4 Modèle conceptuel de la littératie en santé comme facteur de risque.....	74
Figure 2.5 Modèle conceptuel de la littératie en santé comme un atout.....	76
Figure 2.6 Modèle intégré de la littératie en santé.....	79
Figure 2.7 Le modèle conceptuel des compétences en littératie en santé.....	81
Figure 2.8 Modèle conceptuel de la littératie en santé en 6-D.....	83
Figure 2.9 Modèle conceptuel de base de la justice organisationnelle.....	90
Figure 2.10 cadre de sensibilité et de réactivité des organisations de santé	96
Figure 3.1 La promotion de la santé au cours des grandes conférences internationales.....	123
Figure 3.2 Modèle de la promotion de la santé selon Tannahill (1985).....	127
Figure 3.3 Typologie de prévention.....	129
Figure 3.4 Le modèle de la promotion de la santé révisé.....	150
Figure 5.1 Nombre de facteurs ayant une valeur propre > 1.....	216
Figure 6.1 Levels of GHL index for the total sample and by region of origin.....	245
Figure 7.1 Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants.....	262
Figure 7.2 Littératie en santé: déterminant de déterminants de la santé.....	264
Figure 7.3 Littératie en santé, élément facilitateur de l'équité en santé et de la promotion de la santé.....	271
Figure 7.1 Quantité de variance partagée par la LES et la PS	300

Résumé

Background. De récentes et déjà nombreuses études démontrent que la littératie en santé est la variable la plus importante du 21^e siècle pour prédire l'état de santé d'une personne, d'une ville et pour l'évaluation de l'efficacité des politiques de santé publique des États. Concernant les maladies cardiovasculaires, il a été démontré qu'avoir les bonnes compétences en littératie en santé est une garantie pour une meilleure prise en charge sanitaire, la prévention et la promotion de la santé. Or, au Cameroun, la littératie en santé reste peu connue à la fois des chercheurs, éducateurs, professionnels de la santé et des politiques alors même que le pays fait face à la faiblesse des piliers de son système de santé. **Objectif.** L'objectif de cette thèse était de faire un état des lieux de la situation de la littératie en santé au Cameroun en lien avec l'adoption des comportements de promotion de la santé, dans la perspective de préciser quelques bases factuelles pour les études ultérieures dans le domaine. **Méthode.** L'étude a adopté une approche méthodologique multi-phase avec utilisation des questionnaires auprès des participants âgés d'au moins 15 ans. L'analyse exploratoire et l'analyse confirmatoire ont permis de décider sur les qualités métrologiques d'outils de collecte de données. Alors que l'analyse descriptive et l'analyse corrélationnelle ont été utilisées pour établir le profil de la littératie en santé de la population et le lien entre la littératie en santé et les comportements de promotion de la santé. **Résultats.** Les résultats révèlent que l'étude de la littératie en santé au Cameroun est encore à l'état embryonnaire. Dès lors, ils ont permis la validation de deux outils psychométriques permettant l'évaluation du niveau de la littératie en santé et de la promotion de la santé. Les résultats indiquent aussi que près de 75 % de la population générale ont un niveau de littératie en santé limité. Enfin, il ressort de cette thèse que la littératie en santé est un déterminant indépendant de la promotion de la santé chez les adolescents et jeunes adultes. **Conclusion.** L'étude suggère la nécessité d'intensifier les recherches dans le domaine de la littératie en santé au Cameroun. Ceci permettrait de développer les outils de mesure adaptés au contexte, de mieux comprendre le rôle de la LES dans la promotion des comportements sains auprès de différentes populations au moment où les pays en développement font face à la flambée des cas de maladies chroniques notamment les maladies cardiovasculaires.

Mots clés : *littératie en santé, promotion de la santé, HLS-Cam-Q16, AHPB-27, maladies cardiovasculaires, Cameroun*

Abstract

Background. A recent but already substantial body of literature demonstrates that health literacy is the most important variable of the 21st century that predict a person and a city health and to evaluate the efficiency of the public health policies of the States. With regard to the cardiovascular diseases, it has been demonstrated that having good health literacy competencies was a guarantee for a better healthcare, illness prevention and health promotion. However, in Cameroon, this variable remains at a time unrecognized by researchers, educators, healthcare professionals, and policies makers although the country faces the weakness of the pillars of his health system. **Objective.** The objective of this thesis was to make a state on the situation of the health literacy in Cameroon, in link with the adoption of health promoting behaviors in order to give factual and future bases for future studies. **Method.** The study was based on a multiphase methodology approach with use of the questionnaires within participants aged 15 and above. The exploratory analysis and the confirmatory analysis have been used to decide on the psychometric properties of two tools for data collection. Whereas the descriptive analysis and the correlational analysis have been used to establish the profile of health literacy of the population and the relation between health literacy and health promoting behaviors. **Results.** The results reveal that health literacy studies in Cameroon is yet at the embryonic state. They permitted to validate two valid psychometrics tools for the assessment of health literacy and health promotion behaviors level. The results also indicated that close to 75 % of the general population had limited health literacy. Finally, evident from this thesis is that health literacy is an independent predictor of health promoting behaviors among adolescents and young adults. **Conclusion.** The study suggests the necessity to intensify the research in the domain of the health literacy in Cameroon. This could permit development of new psychometric measure adapted to the context, in other to better understand the role of health literacy in promoting healthy behaviors among different social categories in this period where many developing countries faces increase number of cases of chronic patients notably the cardiovascular patients.

Keywords: *health literacy, health promotion, HLS-Cam-Q16, AHPB-27, cardiovascular diseases, Cameroon*

Introduction générale

L'ensemble de ce travail de recherche a été initié et guidé, durant toute sa rédaction, par le souci d'établir de solides bases factuelles à l'analyse de la littératie en santé (LES) en contexte camerounais, où les études dans le domaine restent encore rares. Quel est le niveau de LES de la population camerounaise et quels en sont ses déterminants ? Ce niveau détermine-t-il l'adoption des comportements de promotion de la santé ? Existe-t-il des instruments de mesure psychométriques corrects pour assurer une évaluation objective ? Certes, ces interrogations ne sont pas nouvelles en psychologie et dans plusieurs sciences qui s'intéressent de près ou de loin aux questions de la promotion de la santé (PS). Les résultats des recherches issus de ces nombreuses sciences (et conduites dans d'autres contextes) ont émis des hypothèses diverses et variées sur leur échantillon. Toutefois, les problèmes de santé évitables, et liés aux comportements et habitudes de vie persistent dans les communautés avec plus d'acuité comme nous le verrons dans la suite de ce texte sur la situation du Cameroun.

La position des psychanalystes, et en particulier celle de Freud (1900/1953), sur cette question est que le comportement est principalement déterminé par la biologie et par des forces (des pulsions) psychiques dont l'individu n'a pas conscience. Quant aux behavioristes (Skinner, 1938 ; Watson, 1913), s'ils proposent aussi que le comportement est déterminé inconsciemment, les déterminants ne sont, pour eux, pas internes mais externes : l'environnement dirige nos comportements en fonction du renforcement qu'ils ont subi. Entre ces deux conceptions du déterminisme des comportements des individus que rapporte Follenfant (2005), s'est développé un concept majeur du 21^e siècle : la littératie en santé. Elle est reconnue non seulement comme un trait de l'individu ou un facteur de risque pour les faibles résultats de santé, mais aussi comme un atout ou une caractéristique associée à la famille, aux communautés et organisations en charge de la santé et des services sociaux (Batterham et al., 2016). La LES s'inscrirait ainsi dans la perspective cognitive, d'après laquelle nos comportements sont déterminés à la fois par « *des choix délibérés et des intentions conscientes, mais aussi par des processus mentaux qui sont activés par des caractéristiques de l'environnement et qui opèrent en dehors de toute prise de conscience et de tout contrôle conscient* » (Follenfant, 2005, p. 9).

La littératie en santé est un concept relativement récent dans le domaine de la recherche en santé. Toutes les disciplines qui ont la santé comme objet d'étude (principal ou secondaire) s'y

intéressent. Elle est l'objet des grandes conférences et de multiples colloques¹ sur la santé dans le monde en ce début du 21^e siècle. Les organisations scientifiques dont le centre d'intérêt est la LES existent aux États-Unis, en Europe et en Australie. Par ailleurs, il existe aussi plusieurs revues scientifiques spécialisées dans la publication des recherches en LES, dont la *Health Literacy Research and Practice* (HLRP) créée en 2009 aux États-Unis.

En Afrique et dans le reste du monde, ces organisations se mettent encore en place. La LES est alors globalement répandue. Elle fait partie intégrante de plus en plus des politiques de santé dans de nombreux pays. Malgré cela, elle est quasi-absente dans les programmes et planifications du ministère de la santé publique et ceux des ministères en charge de l'éducation au Cameroun, nonobstant le fait que les études ont montré qu'elle est la compétence du 21^e siècle qui permet de prédire la santé d'une personne et d'évaluer l'efficacité des politiques publiques d'éducation à la santé et de PS. C'est le cas des politiques publiques de santé en contexte de pandémie ainsi que de la gestion et la prévention des risques environnementaux des populations (Beck, 2008). Dans la PS par exemple, van den Broucke et Discart (2016) rapportent que la LES porte sur la compréhension des informations disponibles dans les journaux et les magazines, sur internet, dans des brochures, les livres ou l'étiquette lors de l'utilisation de produits dangereux. Ces informations concernent les déterminants de la santé et impliquent des compétences relatives à l'achat et la préparation d'une alimentation saine, à la pratique de l'activité physique adéquate, à la prévention du tabagisme, au fait de prendre des mesures pour empêcher les accidents... Il paraît dès lors intéressant de s'y intéresser en ce qui concerne la population camerounaise.

Cependant, l'unanimité sur son acception n'est pas faite au niveau international et l'Afrique a son mot à dire à cet effet. S'il existe de nombreux outils de mesures dans le contexte européen et américain, les informations tant sur la validation de ces outils de mesures que sur le niveau de LES des populations africaines manquent cruellement en l'absence de quelques études dans quelques pays anglo-saxons comme le Ghana, l'Afrique du Sud et le Nigéria (Amoah et al., 2017 ; Ekoko, 2020 ; Kuyinu et al., 2020 ; Marimwe & Dowse, 2019). Par conséquent, ceci ne facilite pas les comparaisons internationales qui permettraient de savoir quels sont les points sur lesquels l'éducation à la santé des populations doit être axée. Par ailleurs, des études ont

¹ Le premier sommet mondial sur la littératie en santé s'est tenu à Taiwan du 3 au 5 octobre 2021. Elle fut organisée par l'association International Health Literacy Association (IHLA). Dans le même sens, la 13^e conférence annuelle de la recherche en littératie en santé (HARC) s'est tenue du 1 au 2 novembre 2021 sous l'égide de la revue *Health Literacy Research and Practice* (HLRP).

exploré la relation entre la LES et de nombreuses variables de santé. Aussi, quelques études d'interventions communautaires et individuelles ont permis de comprendre comment augmenter les compétences en LES et comment elle pourrait être un déterminant essentiel de la santé (Pelikan, 2012). Toutefois, les différents statuts de la LES (cause, médiateur, modérateur, etc.), ainsi que la façon dont elle s'inscrit dans le champ de l'éducation et dans les pratiques de classe restent peu étudiés. Une identification des différents déterminants sociaux de la santé et notamment les déterminants de la LES au Cameroun contribuerait à une meilleure maîtrise de la situation sanitaire à condition d'utiliser des outils de mesure psychométriques valides.

Les nombreuses études sur la LES ayant été conduites dans d'autres contextes que celui africain ; elles sont, par conséquent, limitées dans leur interprétation et leur applicabilité (Gana et al., 2021). Ces études ne prennent pas en compte les réalités socio-culturelles et économiques propres au continent, et encore moins, aux spécificités de chaque pays. Cette remarque est d'autant plus pertinente qu'il y a une différenciation entre ces zones, dans les conceptualisations du processus de construction de l'individualité reposant sur des représentations sociales différenciées de l'individuel où les cadres sociaux de la production des connaissances sont différents d'une socio-culture à l'autre. Sans oublier que les fonds de scène socioculturels imprègnent la LES. Par exemple, on note « *une conception individualiste de la personne, prédominante dans le monde occidental* » (Cohen-Emérique, 1991, p. 248). Ici, l'on assiste à l'émergence de différences individuelles (de fortes personnalités), ce qui est d'ailleurs toléré, encouragé, recherché. En revanche, en Afrique, on relève plutôt une conception du collectif. Paré Kaboré et Nabaloum-Bakyono (2014) qualifient ce contexte africain de « socio-psychologique », montrant ainsi la prédominance du groupe sur l'individu. Cohen-Emérique (1991) ajoute que dans un tel modèle collectiviste, cette « *extrême différenciation de la personne n'existe pas, en tout cas en tant que personnalité morale. L'individu est conceptualisé en termes de relations sociales, modèle où il n'y a jamais de coupure du milieu familial d'origine et du groupe d'appartenance* » (p. 251). Il s'avère donc nécessaire au vu de ce qui précède, de (re)questionner la place de la LES dans le continent africain et particulièrement au Cameroun.

Depuis les années 1990, la littérature en santé a émergé comme un champ de recherche indépendant qui montre le potentiel pour augmenter notre compréhension des rapports sociaux complexes (Pleasant & Kuruvilla, 2008). Aujourd'hui, elle est une composante importante de l'éducation et est devenue encore plus prééminente pendant la pandémie Covid-19 (Okan et al.,

2021). Elle le sera davantage dans l'avenir non seulement pour naviguer dans les systèmes de santé dont la complexification a commencé depuis les années 1960 (Okan, 2019) et qui se poursuit aujourd'hui (Sørensen et al., 2012), mais aussi pour se mouvoir et faire face à l'environnement complexifié (Zarcadoolas et al., 2006). La pandémie de la Covid-19 a souligné globalement qu'avoir les bonnes compétences en LES permettait de gérer convenablement les informations de santé, de naviguer confortablement dans la situation infodémique, d'identifier des fausses nouvelles et désinformations au sujet du coronavirus et de la Covid-19, et d'éviter des risques inutiles (Okan et al., 2020 ; Sentell et al., 2020). Il n'en serait pas différent si la référence est faite aux maladies cardiovasculaires (MCV).

Pour ces raisons, cette thèse se situe globalement dans le contexte mondial marqué par la recrudescence des MCV. Elle questionne dans un tel environnement, la place, le statut de la LES et la situation des comportements de promotion de la santé. Elle cherche à fournir d'une part, des outils psychométriques valides pour l'évaluation de la LES et des comportements de PS, et d'autre part, à établir le profil de la LES ainsi que son lien avec les comportements de promotion de la santé. Dès lors, le problème que nous soulevons ici est celui de la place des compétences en matière de santé dans l'adoption des comportements de promotion de la santé cardiovasculaire. Le problème ainsi posé n'est pas nouveau. Il a été étudié par de nombreux auteurs, à partir d'autres variables prises individuellement, en lien avec un aspect spécifique de la promotion de la santé. Mais, jamais, il n'avait été abordé sous l'angle que nous proposons dans cette thèse, à savoir à partir de la perspective d'éducation fondée sur la littératie en santé.

Cette thèse, comme le train de développement des recherches en littératie en santé, est située dans un grand mouvement alliant éducation, santé et psychologie. Elle est portée par les théories psychologiques du changement (ou théories d'action) qui permettent de comprendre les raisons pour lesquelles les individus s'engagent ou non dans des comportements de santé spécifiques et comment ils en viennent à modifier leurs comportements dans le but d'améliorer leur état de santé (Noar et al., 2007). Ces théories cherchent à expliquer pourquoi certaines personnes libres de toute maladie prennent des actions pour prévenir la maladie, alors que d'autres échouent dans cette action (Champion & Skinner, 2008 ; Rosenstock, 1960) ; à comprendre comment les perceptions des normes, les attitudes et leur contrôle agissent sur la motivation des gens à changer leurs comportements (Jack et al., 2010). Elles tentent aussi d'expliquer la place de l'observation, de l'imitation et du renforcement positif sur l'apprentissage (Raingruber, 2014) et offrent un guide pour explorer le processus complexe Bio-psycho-socio-spirituel (Dupin et

al., 2019) qui motive les individus à s'engager dans les comportements de PS (Pender et al., 2011).

L'étude repose sur un devis de recherche positiviste faisant appel prioritairement à la méthode d'enquête. L'étude dans son processus a été stratifiée. En effet, la recherche sur le concept de littératie en santé étant à ses débuts au Cameroun, il était difficile de fonder les hypothèses sur les résultats de recherches antérieures. Ainsi, le premier objectif que nous nous sommes fixé était d'établir le profil de la LES de la population camerounaise afin de donner les bases à des interventions futures pour une promotion de la santé fondée sur des résultats solides. Après analyse, il s'est avéré intéressant d'étudier le lien entre le niveau de LES des adolescents et leurs comportements de santé. En amont de ces préoccupations s'est posée la question d'outils de mesure valides. Faute de leur disponibilité dans le contexte camerounais, l'idée de leurs validations s'est imposée. C'est ainsi qu'un autre objectif a été ajouté à cette thèse, celui de la validation d'outils d'évaluation de mesure de la LES et de la PS.

Afin d'éprouver les hypothèses émises dans cette thèse et atteindre nos objectifs, nous avons organisé cette thèse en deux parties et sept chapitres. La première aborde les aspects conceptuels, et comporte trois chapitres. Elle est consacrée au contexte et à la présentation de l'état de la recherche sur la littératie en santé et la promotion de la santé. Le chapitre 1 part de la présentation du contexte sanitaire global du Cameroun avec un accent sur la situation des MCV, l'état de la promotion de la santé afin de montrer la nécessité de faire recours aux compétences de littératie en santé. Le chapitre 2 porte sur la littératie en santé et le chapitre 3 sur la promotion de la santé. Ici, chaque concept est analysé de fond en comble, à partir de trois points : l'état de développement de la recherche, les principales approches théoriques et la problématique de la mesure.

La deuxième partie de cette thèse est consacrée à la méthodologie et à la validation d'outils de collecte de données dans sa première section. Elle comporte deux chapitres : le chapitre 4 et le chapitre 5. Le chapitre 4 porte sur la validation psychométrique du questionnaire de mesure de la littératie en santé en population générale. Il a pour titre : *Psychometric validation of European Health Literacy Survey Questionnaire short forms in Cameroonian context: Cameroonian Health Literacy Survey Questionnaire short forms (HLS-Cam-Q16 & HLS-Cam-Q6)*. Le chapitre 5 est consacré à la traduction et validation transculturelle du questionnaire d'évaluation des comportements de promotion de santé en population générale et spécifique. Il est intitulé :

Traduction et adaptation française d'un questionnaire composite d'évaluation des comportements de promotion de la santé pour adolescents et jeunes adultes (AHPB-27).

La deuxième section de la deuxième partie est réservée à la présentation et à la discussion des principaux résultats de notre recherche. Elle a deux chapitres (chapitre 6 et chapitre 7). Le chapitre 6 est une réponse à la première question de recherche. Il a pour titre *Health literacy in Cameroon*. Elle apporte une réponse concrète sur la question du profil de littératie en santé de la population camerounaise et de ses déterminants. Le chapitre 7, analyse le lien entre la littératie en santé et la promotion de la santé. Il donne une analyse de la relation entre la littératie en santé et l'adoption des comportements de promotion de la santé chez les adolescents et les jeunes adultes.

**Premiere partie : Maladies cardiovasculaires, litteratie en
sante et promotion de la sante**

Introduction de la première partie

La première partie de ce travail intitulée maladies cardiovasculaires, littératie en santé et promotion de la santé est consacrée à la formalisation des principales articulations qui orientent le fondement théorique de cette thèse. Elle donne un aperçu de l'environnement socio-sanitaire dans lequel notre travail de recherche s'inscrit en présentant une littérature récente justifiant qu'un intérêt soit porté sur la promotion de la santé et plus encore, sur la littératie en santé dans un tel environnement. Cette première partie a été structurée autour de trois principaux chapitres dans lesquelles nous abordons tour à tour le contexte sanitaire global du Cameroun et une revue de littérature critique sur les travaux sur la littératie en santé et la promotion de la santé. De façon plus concrète, le chapitre premier décrit la situation sanitaire du Cameroun en insistant sur sa capacité à faire face aux maladies cardiovasculaires et aux défis de son système de santé. L'objectif final est de justifier la nécessité de continuer à porter des réflexions sur l'amélioration du système de santé en général en mettant un accent sur l'éducation à la santé. À la suite du premier chapitre, nous envisageons dans le deuxième de nous consacrer à la littératie en santé. L'objectif de ce chapitre est de rendre compte de façon assez exhaustive cette notion peu connue sur ses différentes dimensions : histoire, définition, typologie, approche théorique et mesure. Enfin, le troisième chapitre porte sur la promotion de la santé. Ce chapitre a le même objectif et la même structure que le chapitre deux. L'objectif est de rendre compte de façon assez exhaustive du concept très répandu et peu maîtrisé de promotion de la santé et ses différentes dimensions : histoire, définition, typologie, approche théorique et mesure.

Chapitre 1 : Le Cameroun face aux maladies cardiovasculaires et aux défis de son système de santé

Le chapitre premier de cette thèse présente son cadre contextuel général. Nous-y répondons prioritairement à la question du pourquoi il est nécessaire de réaliser cette recherche et l'importance de connaître les résultats qu'elle propose (Chevrier, 2009). Ainsi, nous présentons d'abord le contexte de l'étude ; ensuite, viennent les questions et hypothèses et ; enfin, les objectifs de recherche.

1.1 Contexte de l'étude

Le contexte renvoie à l'environnement global dans lequel s'inscrit une étude. Il sera de deux ordres : un contexte empirique consacré à la présentation des statistiques sur la situation sanitaire globale de la planète avec un accent sur la situation du Cameroun et notamment sur les MCV ; et un contexte théorique présentant les principaux résultats de recherche et postulats sur la promotion des comportements de santé dans le champ de la psychologie de la santé et de l'éducation à la santé.

1.1.1 Contexte empirique : défis du système sanitaire et émergence des maladies cardiovasculaires

Nous présentons brièvement, dans cette section, les grands défis de santé auxquels la planète est confrontée aujourd'hui en insistant sur la situation du Cameroun afin de justifier l'intérêt à conduire une étude en éducation à la santé portant sur la promotion de la santé dans ce pays. Nous évoquerons de façon spécifique, après un bref aperçu global, les statistiques sur la situation des maladies cardiovasculaires, leurs principales manifestations, les causes, les conséquences et les actions envisagées jusqu'ici pour les endiguer.

1.1.1.1 Le monde face aux problèmes majeurs de santé publique

La planète est, depuis quelques siècles, traversée par les grandes questions de santé qui n'épargnent aucun continent. Depuis la première épidémie de peste qu'a connu le monde entre VIe et le VIIe siècle jusqu'aujourd'hui, les pertes en vies humaines sont inestimables (Bilmans, 2015). Qu'il s'agisse de l'épidémie de la grippe, de la fièvre hémorragique à Ebola, de la

maladie à nouveau coronavirus (la Covid-19), du VIH-SIDA, des maladies cardiovasculaires, l’Afrique et le reste du monde se mobilisent pour y faire face.

Les problèmes de santé liés aux Maladies Chroniques (MC), notamment les Maladies Cardiovasculaires (MCV) représentent un véritable challenge de santé publique qui mérite une attention particulière. La communauté internationale par l’entremise de l’OMS s’y attèle au quotidien. Seulement, les résultats sont très variables d’une zone du globe à l’autre. Même entre pays dont le niveau de revenu est comparable, les écarts subsistent. La situation générale de l’Afrique et surtout celle au sud du Sahara reste particulièrement inquiétante car cette dernière tient toujours le malheureux « leadership » dans les indicateurs de santé de par le monde (Huéto, 2008). En Afrique subsaharienne, les maladies transmissibles et autres défis sanitaires continuent de prédominer. Les maladies non transmissibles (MNT) y représentent plus de 25 % des décès dans 80 % des pays (OMS, 2004). D’ici à 2030, ces MNT deviendront les principales causes de mortalité dans cette région (OMS, 2014a).

L’Afrique subsaharienne est affectée par de nombreuses pathologies et souffre de manques à différents niveaux dans tous les pays (Tcheng et al., 2010). À en croire Houéto (2011), la situation sanitaire de cette région reste peu reluisante malgré les efforts fournis tant par les États que par des partenaires au développement. Les maladies constituant les plus lourds fardeaux, restent les maladies transmissibles (paludisme, choléra, infections respiratoires aiguës, VIH-SIDA, etc.) auxquelles viennent s’ajouter les MNT (accidents de circulation, l’obésité, le diabète, l’hypertension artérielle et les autres maladies cardiovasculaires, etc.). Les causes de cette faible performance sur le plan sanitaire sont multiples et plusieurs auteurs en font cas. Ont été cités, l’inadaptation des systèmes de santé² à l’amélioration de la santé de la population (OMS, 2008) ; la mauvaise vision stratégique de la santé et des politiques sur la maladie, l’absence de coordination des actions et la faible compétence des ressources humaines en santé (OMS, 2000a).

1.1.1.2 Situation sanitaire globale du Cameroun

L’Institut national de la statistique (INS, 2018) du Cameroun, estimait en 2018 que la population du pays atteindrait 36 millions d’habitants en 2035. La population camerounaise est essentiellement jeune. En effet, plus de la moitié de la population a moins de 20 ans (INS,

² Un système de santé est l’ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l’objectif principal est d’améliorer la santé.

2018). Du fait de l'accroissement rapide de la population, la demande en service de santé est de plus en plus forte. Sur le plan sanitaire, la Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2001-2015, cadre d'orientation de l'action gouvernementale en matière de santé, est arrivée à échéance en 2015. Une évaluation de son contenu et de sa mise en œuvre par le ministère de la santé (Minsanté) a guidé l'élaboration d'une nouvelle SSS qui couvre la période 2016-2027 (Minsanté, 2016a). La situation sanitaire du Cameroun est en grande partie décryptée par ce nouveau document de stratégie, mais aussi par les autres documents statistiques postérieurs.

Les principaux indicateurs de santé de la population sont les suivants : l'accès des ménages aux sources d'eau améliorée estimé à 72,9 % et l'accès aux toilettes améliorées à 34,9 %. Les taux de prévalence du VIH, de couverture vaccinal, de malnutrition chronique et de mortalité infanto-juvénile sont respectivement de 4,3 % ; 79,3 % ; 31,7 %, et 103 ‰ alors que le besoin non satisfait en planning familial est de 34,3 % et le ratio de mortalité maternelle de 782 décès/100 000 naissances vivantes (Minsanté, 2016a). Enfin, la prévalence urbaine de l'hypertension artérielle est de 29,7 % (Kingue et al., 2015).

Selon les estimations du Ministère de l'Économie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire (MINEPAT) et du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), l'espérance de vie devrait passer de 51,7 ans en 2010 à 56,3 ans en 2020 (MINEPAT & PNUD, 2012). Par ailleurs, avec un Indice de Développement Humain (IDH) de 0,512, le Cameroun occupait le 153^{ème} rang sur les 188 pays évalués en 2014. Aussi, l'Indice de Développement Humain ajusté aux Inégalités (IDHI) a-t-il légèrement augmenté passant de 0,156 à 0,161. Selon le ministère de la santé publique qui rapporte ces taux, cette hausse indique qu'il y a une augmentation des inégalités de niveau de vie notamment dans les domaines de la santé, de l'éducation et des revenus (Minsanté, 2020) et le coefficient de Gini est passé à 46 montrant les inégalités qui se creusent entre les populations (MINEPAT, 2020). Bien plus, les formations sanitaires publiques ne sont surtout accessibles qu'aux plus nantis : 14,5 % pour le quintile le plus pauvre contre 25 % pour le quintile le plus riche en 2007. En effet, alors que la part des plus riches dans l'accès aux services d'un médecin public approchait en plus, 43 %, elle n'était que d'environ trois pourcent pour les plus pauvres (Minsanté, 2020). Par ailleurs, on observe des disparités dans l'accessibilité géographique aux soins suivant la zone de résidence (entre le milieu rural et le milieu urbain). À titre d'exemple, seulement 46,7 % des accouchements sont assistés par un personnel qualifié en zone rurale, contre 86,7 % en zone urbaine.

L'INS indique que le problème majeur de ce secteur est la « *faible capacité du système de santé à répondre aux besoins sociaux sanitaires des populations et à contribuer au développement d'un capital humain sain et productif* » (INS, 2018, p. 94). En effet, confronté à la faiblesse de ses six piliers (leadership et gouvernance, ressources humaines, offre de services et de soins, infrastructures, médicaments et technologies sanitaires, financement et système d'information sanitaire), le système de santé actuel ne permet pas de prévenir de façon adéquate les événements qui influencent négativement la santé. Il ne parvient pas à assurer suffisamment et de manière efficace la promotion de la santé des populations, ou encore à assurer une prise en charge adéquate et globale des cas de maladie. En pratique, la faible capacité du système de santé à répondre efficacement aux besoins de bien-être de la population se traduit par des indicateurs sanitaires peu satisfaisants avec notamment une morbi-natalité élevée, un accroissement des dépenses de santé et une diminution de la force de travail (INS, 2018). Selon le Minsanté (2016), ce problème central a plusieurs conséquences :

- ✓ la faible adoption des comportements sains par les populations ;
- ✓ les fortes prévalences et incidences des facteurs de risque des maladies évitables ;
- ✓ la prise en charge peu satisfaisante des cas tant dans les formations sanitaires qu'au niveau communautaire ;
- ✓ une morbidité et une mortalité évitables élevées ;
- ✓ l'inaccessibilité financière des soins et services pour les bénéficiaires ;
- ✓ la réduction de la force de travail dans la population générale.

Pour l'Organisation Suisse d'Aide aux Réfugiés (OSAR, 2019), le système de santé du Cameroun est sous-financé et sous pression. Les dépenses de santé représentent à peine 1 % du Produit intérieur brut (PIB). L'OMS rapporte que le budget que l'État du Cameroun alloue à la santé est également très faible et varie entre 5,5 % et 7 % depuis 2011, alors que la Déclaration d'Abuja préconise 15 % aux États (OMS, 2019a). L'engagement politique de haut niveau est alors insuffisant au regard de ce pourcentage de financement que l'État consacre au secteur de la santé au Cameroun (Minsanté, 2016a). Conséquence, les ménages représentent la principale source de financement de la santé (OSAR, 2019). La facture des dépenses de santé est lourde et amère pour les familles qui supportent actuellement 70 % des dépenses de santé pour des résultats comparés faibles. En effet, la dépense moyenne par habitant était de 63 dollars américain en 2012, mais les résultats obtenus étaient similaires à ceux des pays dépensant entre 10 et 14 dollars américain (Minsanté, 2016a). Cette forte dépense des ménages serait aussi due au fait que seulement 6,46 % de la population camerounaise est couverte par un mécanisme de

protection sociale en santé, avec un taux de mutualisation très faible (2 %) (Minsanté, 2016a ; OSAR, 2019). Par conséquent, les paiements directs qui représentent près de 95 % des dépenses privées de santé demeurent la principale modalité d'acquisition des soins (Minsanté, 2016a). Par ailleurs, le taux de couverture des services de santé est de 40 % pour le paquet minimum alors que le taux attendu selon l'Indice OMS est de plus de 50 % (OMS, 2019a). Pour l'INS, en 2011, 51,4 % des dépenses de santé étaient constituées par des paiements directs des ménages, le reste étant couvert par les administrations publiques (33,1 %), les partenaires (12,2 %), ainsi que des ONG, des entreprises privées et l'assurance maladie volontaire (3,3 %) (INS, 2016).

L'analyse du niveau d'atteinte des objectifs de santé fixés dans la SSS 2005-2015 échuë a révélé que les efforts consentis par le Gouvernement et ses partenaires nationaux et internationaux ont, d'une manière générale, amélioré la santé des populations (Minsanté, 2016a). Spécifiquement, ce rapport laisse transparaître des progrès perceptibles pour les maladies transmissibles. Par contre, il n'en est pas de même pour les MNT dont la charge morbide n'a diminué que de 4,3 % entre 2000 et 2010, avec une tendance à la hausse à partir de 2010 (Minsanté, 2016a). La Stratégie nationale de développement 2020-2030 du Cameroun (SND30) note que le système de centre de santé actuel ne parvient pas encore à assurer, de manière suffisante, la promotion de la santé des populations et une prise en charge adéquate et globale des cas de maladie (MINEPAT, 2020). Ainsi, malgré les avancées sus-évoquées, un certain nombre d'indicateurs sanitaires demeurent encore peu satisfaisants. Fort de ce qui précède et en vue de contribuer au développement d'un capital humain sain, productif et capable de porter une croissance forte, inclusive et durable, les autorités entendent garantir à toutes les couches de la population, un accès équitable et universel aux services et soins de santé de base et aux soins spécialisés prioritaires de qualité, avec la pleine participation de la communauté (MINEPAT, 2020).

Après cette présentation de la situation sanitaire du Cameroun, l'on peut conclure que ce pays de l'Afrique centrale ne se porte pas mieux que le reste de la planète d'une part. D'autre part, il n'est pas non plus celui qui va le plus mal, certainement. Il est inscrit dans le grand mouvement de développement avec les mêmes déboires que connaissent de nombreux autres pays de la planète. Il s'en sortira tout de même, à condition de renforcer ses politiques d'éducation et de promotion de la santé.

1.1.1.3 L'état de la promotion de la santé au Cameroun

La situation actuelle de la promotion de la santé (PS) sur le continent africain est reconnue comme l'un de ses paradoxes car, ce continent affiche les indicateurs de santé les moins reluisants au monde (Huéto, 2008). Malgré les avancées dans le développement des systèmes sanitaires de par le monde et surtout les aspects positifs apportés par la PS, rares sont les pays africains qui, à ce jour, se sont appropriés ce concept (Huéto, 2008). Toutefois, toutes les régions n'affichent pas le même niveau d'inappropriation. L'Afrique subsaharienne remporte la palme d'or. Dans cette zone, la situation est encore plus préoccupante dans sa partie francophone, pendant que les pays anglophones du continent connaissent quelques avancées (Houeto, 2008).

Le Cameroun comme plusieurs pays de l'Afrique subsaharienne francophone, n'a pas encore saisi toute l'importance de la PS (Ndjapel et al., 2014). D'après Houeto (2008), cette situation s'explique notamment par le caractère nouveau du concept de PS, le rôle de la colonisation dans la situation actuelle des systèmes de santé et celui des organisations internationales dans les politiques publiques africaines. À cela il faut ajouter le fait que la charte d'Ottawa (OMS, 1986), qui constitue le document de référence de la PS, a été élaborée sans grande participation africaine. Seuls le Soudan et le Ghana étaient présents. Ce n'est qu'en 2009 à Nairobi, lors de la 7^{ème} conférence internationale sur la PS que plusieurs pays africains parmi lesquels le Cameroun participera pour la première à une rencontre internationale sur la PS. Depuis lors, le Cameroun comme bon nombre de pays au sud du Sahara a commencé timidement à se démarquer en mettant en place des structures et des programmes de santé avec une composante PS.

Ndjapel et al. (2014) retracent la situation de la PS au Cameroun. Si aujourd'hui l'on note une amélioration avec la SSS 2016-2027, les auteurs indiquent que pour répondre aux problèmes des populations, le Document de stratégie pour la croissance et l'emploi (DSCE), qui fait suite au Document de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP) de 2003 ; en passant par un Plan national de développement sanitaire (PNDS) de 2011 à 2015 a été élaboré par le gouvernement. Ce plan, qui fut l'outil de référence au Cameroun, constituait l'un de ses quatre domaines prioritaires. De l'analyse du PNDS, les actions de PS regroupent trois classes, 11 catégories et 39 types d'interventions. Cependant, soulignent Ndjapel et al. (2014), leurs analyses laissent transparaître des défaillances qui amènent à conclure que la PS est mal comprise, et par

conséquent insuffisamment mise en œuvre nonobstant le fait qu'il existe une direction en charge de la PS au sein du Minsanté.

Bien plus, un hiatus est très souvent observé entre la volonté politique et les actions réelles menées sur le terrain. La direction de la PS au Minsanté comprend trois sous-directions dédiées à l'alimentation et nutrition ; la prévention et l'action communautaire ; et l'hygiène et l'assainissement. Jusqu'en 2014 il n'existe pas d'organes décentralisés au niveau des délégations régionales et des districts de santé (Ndjapel et al., 2014). De ces sous-directions, seule l'action communautaire ressort comme axe d'intervention proposé par la Charte d'Ottawa. Les autres composantes aussi importantes ne semblent pas être prises en compte. S'agissant de l'action communautaire, ses activités ne sont pas visibles au niveau opérationnel. Les structures de dialogue³ qui doivent servir de courroie de transmission entre les services de santé et la communauté peinent à fonctionner ; ce qui rend très difficile la participation effective des communautés dans la résolution de leurs problèmes de santé. Les interventions sont, pour la plupart, planifiées et mises en œuvre exclusivement par les professionnels de la santé. Néanmoins, de plus en plus, les Organisations à Base Communautaire (OBC) sont entraînées et formées pour la mise en œuvre des activités de PS dans les communautés. Elles sont affiliées aux formations sanitaires et travaillent avec elles à travers ses structures de dialogue.

Dans la SSS 2016-2027 de l'État du Cameroun, la PS constitue un pilier essentiel et un chapitre lui ait consacré (Minsanté, 2016a). Nous faisons ici l'économie en insistant sur les aspects dont les efforts restent à faire pour leur amélioration. Dans ce document, la PS est présentée suivant quatre aspects : le cadre de vie des populations ; les actions menées par la communauté pour la prise en charge de ses problèmes de santé ; les pratiques familiales essentielles notamment la planification familiale et l'acquisition des aptitudes favorables à la santé. Toutefois, nous nous appesantissons sur cette dernière composante pour son lien avec les maladies cardiovasculaires et son ancrage avec l'éducation afin de montrer en quoi l'augmentation du niveau (promotion) de la littératie en santé de la population générale peut constituer une solution aux problèmes de santé globale et notamment celle cardiovasculaire. Ainsi, l'acquisition des aptitudes favorables à la santé est décrite sous les quatre angles suivants : alimentation et nutrition ; sécurité routière

³ Les structures de dialogue sont des structures opérationnelles chargées d'élaborer des plans de santé, d'organiser les activités de santé communautaire et d'apporter un appui au suivi de l'exécution de ces activités. Ces structures de dialogues sont de trois ordres. Au niveau central, il s'agit du Conseil national de la santé, d'hygiène et des Affaires Sociales ; au niveau intermédiaire de Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé et au niveau périphérique des structures suivantes : Comité de Santé du District (COSADI), Comité de gestion du District (COGEDI), Comité de Santé (COSA) et du Comité de Gestion (COGE)

en milieu urbain et interurbain ; pratiques des activités physiques et sportives ; et l'usage abusif des substances illicites ou nocives (Minsanté, 2016a).

La pratique des activités physiques occupe une place fondamentale dans la promotion de la santé cardiovasculaire. Toutefois, cela reste insuffisamment ancré dans les mœurs. Les raisons sont multiples en ce qui concerne le Cameroun : pénurie et vétusté des infrastructures sportives ; absence d'une plateforme de collaboration entre le ministère de la santé et les ministères partenaires ; fonctionnement anarchique des centres de remise en forme dans les régions ; insuffisance de personnels qualifiés et faible diffusion de messages d'information et de sensibilisation du grand public (Minsanté, 2016a). Cette situation serait aussi due en partie à la conception du sport qu'a le gouvernement camerounais. En effet, le gouvernement trouve en la pratique du sport plus un moyen d'insertion socio-économique des jeunes qu'une activité de PS. C'est ce qui transparaît tout au moins dans ces propos :

Au vue de la précarité de l'emploi dont font face les jeunes, un Plan Jeunesse a été élaboré et se présente comme une thérapie vigoureuse qui a pour objectif de faire de la jeunesse, à moyen terme, le moteur du développement national dans ses dimensions économique, sociale et culturelle... Au-delà des divers recrutements organisés par la Fonction Publique pour l'employabilité des jeunes, il existe de nombreuses autres opportunités pouvant faciliter leur insertion socioéconomique dans la vie active. À cet effet, l'on peut évoquer l'Agence du Service Civique National de Participation au Développement (ASCNPD), ainsi que le PAJER-U/PIFMAS qui participent efficacement à la lutte contre le chômage et le sous-emploi des jeunes à travers les appuis financiers et les formations. (INS, 2018, p. 156)

Les efforts d'éducation, restent, alors à faire afin d'amener les uns et les autres à trouver dans la pratique de l'activité physique une action de PS avant d'être une activité lucrative. Il en est de même des efforts qui doivent être consentis pour réduire l'usage abusif des substances illicites ou nocives.

Les actions de PS concernent prioritairement les individus qui doivent décider de s'engager pour leur santé, mais aussi celles de leurs familles qui doivent adopter définitivement les pratiques familiales essentielles. Ces dernières sont des interventions à haut impact qui visent à réduire la morbi-mortalité des populations. Il s'agit notamment de l'alimentation équilibrée ; l'hygiène du milieu, l'hygiène individuelle et corporelle, de l'allaitement maternel, etc. Mais

les données désagrégées par régions pour ce qui concerne ces pratiques sont peu disponibles (Minsanté, 2016a). Une action mutualisée aiderait davantage à une meilleure efficacité des activités de PS étant donné que les ressources affectées à ce domaine sont très faibles. En effet, le budget de la PS représentait 0,3 % du budget du Cadre de Dépense à Moyen Terme (CDMT) 2007-2009 ; et 1 % de la programmation budgétaire dans le PNDS 2011-2015 du Ministère de la Santé Publique (Minsanté, 2011a, 2011b). Ces moyens semblent très insuffisants pour faire face efficacement aux problèmes de MCV.

1.1.2 Maladies cardiovasculaires (MCV)

Ce point consacré aux MCV est au centre des préoccupations de cette thèse. Nous s'y présentons quatre points majeurs permettant de justifier le bien fondé de mener une réflexion profonde sur les stratégies de promotion des comportements de santé sains. D'abord, nous présentons ce qu'est une maladie cardiovasculaire en lui proposant une définition et la prévalence. Ensuite, les causes et/ou facteurs de risque sont exposés suivie des conséquences de ces affections à la fois pour l'individu, sa famille et la société toute entière. Enfin, nous terminons par la présentation des actions menées à différents niveaux pour faire face à ce fléau ainsi que leurs limites.

1.1.2.1 Définition, facteurs de risques et prévalence

Les maladies cardiovasculaires ou neuro-vasculaires (MCV) constituent un ensemble de pathologies chroniques ou évènements affectant le cœur et les vaisseaux sanguins (OMS, 2011). Elles sont causées par le dépôt de graisse sur les parois des artères, qui réduisent le débit du sang et peuvent entraîner des complications comme l'infarctus ou l'accident vasculaire cérébral. Les MCV affectent les organes vitaux comme le cœur, le cerveau, mais aussi les membres inférieurs et l'aorte. Elle englobe donc l'ensemble de troubles touchant différents aspects du système cardiovasculaire. Voici les principales catégories de maladies cardiovasculaires :

- ❖ **Cardiopathies coronariennes** : Elles résultent généralement de l'accumulation de mauvais cholestérol, formant des dépôts sur la paroi des artères (plaques d'athérome). Ces plaques durcissent progressivement et limitent l'apport en sang et en oxygène aux organes vitaux. L'expression la plus courante de ces maladies est la maladie coronarienne, responsable de l'angine de poitrine et des infarctus.

- ❖ **Maladies cérébro-vasculaires** : Elles affectent les vaisseaux sanguins qui alimentent le cerveau. Ces maladies peuvent entraîner des accidents vasculaires cérébraux (AVC) en raison du blocage d'une artère, empêchant le sang d'atteindre le cerveau.
- ❖ **Artériopathies périphériques** : Elles touchent les vaisseaux sanguins qui alimentent les bras et les jambes.
- ❖ **Cardiopathies rhumatismales** : Elles résultent d'un rhumatisme articulaire aigu causé par une bactérie streptocoque. Elles affectent le muscle et les valves cardiaques.
- ❖ **Malformations cardiaques congénitales** : Ce sont des malformations de la structure du cœur déjà présentes à la naissance.
- ❖ **Thromboses veineuses profondes et embolies pulmonaires** : Elles se caractérisent par l'obstruction des veines des jambes par un caillot sanguin, susceptible de se libérer et de migrer vers le cœur ou les poumons.

Selon l'OMS (2011), les MCV sont constituées pour plus de 80 %, des maladies coronariennes et des maladies cérébrovasculaires. En 2002, l'OMS a recensé 57 millions de décès dans le monde ; parmi eux, 17 millions (soit près d'un tiers) sont dus aux MCV (OMS, 2002). En 2017, les MCV sont considérées comme le premier facteur de décès dans le monde avec 17,7 millions de morts (OMS, 2017a). Parmi les décès, on estime que 7,4 millions sont dus aux cardiopathies coronariennes et 6,7 millions aux Accidents vasculaires cérébraux (AVC) pour la seule année 2015. Plus des trois quarts des décès liés aux MCV surviennent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire (OMS, 2017b).

Au niveau africain en l'an 2000, l'OMS attirait déjà l'attention sur la morbidité et la mortalité imputable aux MNT notamment MCV. Elle prédisait qu'en 2020, 60 % de décès seront causés par les MNT, contre 41 % en 1990 si les mesures immédiates n'étaient pas prises (OMS, 2000a). Dans son rapport d'activité pour la biennale 2017-2018, la direction régionale africaine de l'OMS a confirmé effectivement que les décès dus aux MNT sont en augmentation dans la région, tout comme les coûts liés au traitement, à l'élimination des facteurs de risque et à la mauvaise santé due à ces MNT (OMS, 2018a).

Au Cameroun, les MCV sont la deuxième cause de mortalité parmi les MNT (Kamdem et al., 2018), avec près de 11,56 % des décès totaux liés à toute cause (Minsanté, 2016a ; OMS, 2018b). Les chiffres officiels font état d'environ 17 000 décès chaque année au Cameroun, des

suites de diverses MCV. Bien que les données soient encore rares et éparées, la prévalence nationale de l'Hypertension artérielle (HTA) est de 29,7 % et celle du Diabète de 6,6 % en 2015 (Kingue et al., 2015). Ces prévalences sont variables d'une région à l'autre et aussi d'un facteur de risque à l'autre. Dans une campagne dont le but était de dépister ces maladies au sein d'une population de jeunes étudiants camerounais de la ville de Douala, Epacka Ewane et al. (2012) ont observé que 12,7 % des participants avaient une pression artérielle (PA) élevée ; 3,6 % étaient obèses et 0,9 % avaient une glycémie $\geq 1,26$ g/l. Toujours dans la ville de Douala, mais cette fois dans le district de santé de Deido, Kamdem et al. (2018) rapportent que l'obésité représente le facteur de risque cardiovasculaire le plus fréquent dans la population (32,3 %) alors que le diabète de type 2 représente 6,6 %.

En milieu hospitalier nord camerounais, Pancha Mbouemboue et al. (2015), en s'appuyant sur le cas de l'hôpital régional de Ngaoundéré, rapportent que les MCV représentent la part la plus importante des admissions parmi les MNT. Sur un échantillon de 2008 patients, les MCV représentaient 9,9 % de toutes les admissions et 64,3 % des admissions pour MNT. Boombhi et ses collaborateurs (2015), ont quant à eux, dans une étude rétrospective descriptive, analysé 1 821 dossiers de patients hospitalisés pour une MCV dans deux hopitaux de référence de la ville de Yaoundé (Hôpital Central et Hôpital Général). Ils ont constaté que pour ces patients adultes dont l'âge moyen était de $60,45 \pm 14,8$ ans, la morbidité hospitalière des MCV était de 77 %. Les pathologies les plus représentées étaient l'HTA avec 79,4 % des cas, les cardiopathies hypertensives avec 20,6 % des cas, les AVC ischémiques avec 19,5 % des cas. Ils ont enregistré 328 décès soit une mortalité globale de 12 %. Par ailleurs, ils observent que la mortalité liée à l'HTA et ses complications était la plus élevée représentant 68,1 % des décès (Boombhi et al., 2016).

1.1.2.2 Les causes et/ou facteurs de risques des maladies cardiovasculaires

Un facteur de risque de MCV peut être défini comme une caractéristique sociodémographique, comportementale, clinique qui majore statistiquement la survenue d'un événement cardiovasculaire (Adriouch, 2017). Un facteur de risque peut alors être par exemple un état physiologique (vieillesse, ménopause), un état pathologique ou clinique (HTA, diabète, obésité) ou une habitude de vie (tabagisme, sédentarité). Les facteurs de risques des MCV peuvent être regroupés en deux grandes catégories : les troubles métaboliques et les facteurs de risques liés au mode de vie, c'est-à-dire aux comportements adoptés au quotidien. Ces deux facteurs restent intimement liés, car les effets des facteurs de risque comportementaux peuvent

se traduire chez les personnes par une hypertension, une hyperglycémie, une hyperlipidémie, le surpoids et l'obésité.

1.1.2.2.1 Troubles métaboliques : Facteurs de risques cliniques des MCV

Les principaux facteurs de risques cliniques des MCV sont essentiellement les maladies cardiométaboliques dont les récurrents sont : l'hypertension artérielle, le diabète de type 2, les dyslipidémies, le syndrome métabolique et l'obésité.

✓ L'hypertension artérielle (HTA)

Une pression artérielle élevée ou une hypertension est définie par les valeurs de la pression artérielle systolique (PAS) et diastolique (PAD). Une tension artérielle est normale lorsque la valeur de PAS est inférieure à 120 mmhg et celle de la PAD inférieure à 80 mmhg. On note une pré-hypertension lorsque la PAS est entre 120-139 mmhg et la PAD entre 80-89 mmhg. Enfin, on note une hypertension lorsque la valeur de la PAS est égale ou supérieure à 140 mmhg et que celle de la PAD est égale ou supérieure à 90 mmhg. Selon le *Rapport sur la Santé dans le Monde 2002*, l'HTA est la principale cause de mortalité évitable dans toutes les régions du monde (Adriouch, 2017). C'est un des principaux facteurs de risque pour les AVC, l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance rénale et les maladies coronariennes. On évalue à un milliard le nombre de personnes souffrant de l'HTA dans le monde avec environ 8 millions de morts par an. L'on estime que plus de 20 millions de personnes sont touchées dans la région africaine, surtout en milieu urbain. La prévalence mondiale de l'HTA chez les adultes de 18 ans et plus s'établissait autour de 22 % en 2014 (OMS, 2017b). Les taux de prévalence variaient de 25 % à 35 % chez les adultes de 25 à 64 ans en 2005 (OMS, 2005a), et Kimbally Kaky et Bolanda, (2004) montraient qu'il y a un lien direct entre le niveau de la pression artérielle, la consommation de sel, la consommation de graisses, et le poids corporel.

Au Cameroun, la prévalence nationale est de 29,7 % (Kingue et al., 2015), très largement au-dessus de la prévalence mondiale. Au cours de l'enquête démographique et de santé du Cameroun V (EDSC-V) en 2018, on a demandé aux femmes de 15-49 ans et aux hommes de 15-64 ans si un médecin ou un autre professionnel de santé avait déjà vérifié leur tension artérielle et si on leur avait dit qu'ils avaient une tension artérielle élevée ou de l'hypertension. Les résultats révèlent qu'environ deux femmes de 15-49 ans sur trois (68 %) ont déclaré avoir déjà eu leur tension artérielle mesurée. Chez les hommes de 15-49 ans, 41 % avaient déjà eu leur tension artérielle mesurée et 4 % avaient été informés qu'ils avaient une HTA. Parmi ces

derniers, 67 % avaient été informés de leur état de santé au cours des 12 derniers mois (INS & ICF, 2020). Parmi les femmes de 15-49 ans ayant appris par un prestataire de santé qu'elles souffraient d'hypertension, le pourcentage de celles à qui l'on a prescrit des médicaments antihypertenseurs est de 56 %. Seulement 22 % des femmes suivaient au moment de l'enquête un traitement et 15 % des hommes prennent ces médicaments.

✓ **Intolérance au glucose, hyperglycémie et diabète de type 2**

L'hyperglycémie est une concentration en glucose (ou du taux de sucre) dans le sang anormalement élevée. Elle est un symptôme révélateur d'un diabète, entraînant certaines complications, notamment au niveau des yeux, des reins, des nerfs, du cœur et des vaisseaux sanguins (INS & ICF, 2020). L'OMS définit l'intolérance au glucose, l'hyperglycémie à jeun et le diabète de type 2 selon la glycémie à jeun et la glycémie après l'ingestion de 75 g de glucose, appelé aussi test OGTT (Oral Glucose Tolerance Test) comme suit :

- **Hyperglycémie** : glycémie à jeun $\geq 6,1$ mmol/L (équivalent à 110 mg/dl) et $< 6,9$ mmol/L (équivalent à 125mg/dl) ET glycémie deux heures après le test OGTT $< 7,8$ mmol/L (équivalent à 140mg/dl) ;
- **Intolérance au glucose** : glycémie à jeun < 7 mmol/L (équivalent à 126mg/dl) et glycémie deux heures après le test OGTT $\geq 7,8$ mmol/L (équivalent à 140mg/dl) et $< 11,1$ mmol/L (équivalent à 200mg/dl) ;
- **Diabète** : glycémie à jeun $\geq 7,0$ mmol/L (équivalent à 120mg/dl) ou glycémie deux heures après test OGTT $\geq 11,1$ mmol/L (équivalent à 200mg/dl).

La prévalence du Diabète a augmenté dans le monde ces 30 dernières années. Dans son premier rapport sur le diabète parut en 2016, l'OMS souligne l'énorme problème de santé que constitue le diabète avec environ 422 millions de personnes infectées dans le monde en 2014 ; soit 8,5 % de la population mondiale contre 4,7 % (122 millions) en 1980 (Adriouch, 2017). Au Cameroun, la prévalence du Diabète était de 6,6 % en 2015 (Kingue et al., 2015). Au cours de l'EDSC-V, plus d'une femme de 15-49 ans sur trois (35 %) ont effectué un test de la glycémie auprès d'un professionnel de santé et 1 % souffrait d'hyperglycémie. Chez les hommes de 15-49 ans, le pourcentage de ceux qui ont effectué un test de glycémie est deux fois plus faible (17 %). Environ 1 % ont été informés qu'ils souffraient d'hyperglycémie (INS & ICF, 2020).

✓ **L'hypercholestérolémie et les dyslipidémies**

Les dyslipidémies sont définies comme des anomalies qualitatives et quantitatives des lipides plasmatiques. Ils regroupent les hypercholestérolémies mixtes (association d'hypercholestérolémie et d'hypertriglycéridémie), l'hypercholestérolémie isolée ou pure et la cholestérolémie des HDL. L'hypercholestérolémie est définie comme une cholestérolémie totale > 200 mg/dl, et/ou un taux de LDL-cholestérol > 130 mg/dl, et/ou une triglycéridémie > 150 mg/dl, et/ou un taux de HDL-cholestérol < 40 mg/dl pour les deux sexes. Le risque de maladie coronarienne et d'AVC augmente avec le taux de cholestérol dans le sang ; or l'hypercholestérolémie est à l'origine du tiers de l'ensemble des MCV dans le monde (OMS, 2004). Elle est essentiellement due à une consommation excessive de lipides, à l'insuffisance de l'exercice physique, à l'obésité, et au tabagisme. En 2008, la prévalence de l'hypercholestérolémie était de 39 % dans le monde et le taux le plus élevé, observé en Europe (Adriouch, 2017). Au Cameroun, les statistiques sur la prévalence de ces facteurs de risque sont encore inexistantes.

✓ **Surpoids et Obésité**

Le surpoids et l'obésité sont considérés comme un excès de masse grasse corporelle qui peut entraîner une altération de l'état de santé et la qualité de vie (OMS, 2000b). L'indice anthropométrique le plus simple qui est utilisé pour caractériser l'obésité est l'Indice de masse corporelle (IMC). Il est défini par le poids en kilogramme (kg) divisé par la taille en mètre carré (m²). On parle de surpoids pour un IMC ≥ 25 kg/m² et d'obésité pour un IMC ≥ 30 kg/m². Un IMC < 18,5 kg/m² est considéré comme un sous-poids. Les complications cardiovasculaires de l'obésité sont nombreuses et dépendent non seulement du poids, mais aussi de l'histoire pondérale, de la répartition de la graisse corporelle, et des facteurs de risque cardiovasculaires souvent associés (Adriouch, 2017).

La prévalence de l'obésité a augmenté dans tous les pays du monde et dans tous les niveaux sociodémographiques, faisant ainsi de cette maladie une épidémie mondiale (Malik et al., 2013). Entre 1980 et 2008, la prévalence de l'obésité a plus que doublé dans le monde, passant de 4,8 % à 9,8 % chez les hommes et de 7,9 % à 13,8 % chez les femmes. Les États-Unis ont les proportions les plus élevées des personnes obèses dans le monde. La prévalence de l'obésité était en 2010 de 33,5 % chez les hommes et de 35,8 % chez les femmes (Malik et al., 2013). Au Cameroun, en 2014, la prévalence nationale de l'insuffisance pondérale était de 14,8 % tandis que celle de l'obésité était de 6,7 % (INS & ICF, 2011 ; Minsanté, 2016a). Le

pourcentage de femmes de 15-49 ans présentant un surpoids ou un état d'obésité augmente avec l'âge, le milieu (le surpoids/obésité est plus fréquent en milieu urbain (48 %) qu'en milieu rural (24 %)) et le niveau d'instruction (INS & ICF, 2020). Selon l'enquête démographique et de santé de 2018, la prévalence du surpoids (obésité) parmi les enfants de moins de 5 ans était de 11,1 %, soit 12,2 % pour les hommes et 9,7 % pour les femmes (INS & ICF, 2020).

✓ **Le syndrome métabolique**

L'interdépendance des facteurs de risques cardiovasculaires et l'importance clinique du regroupement des maladies cardiométaboliques à savoir l'obésité abdominale, la pression artérielle élevée, l'hyperglycémie et les dyslipidémies a justifié et a conduit au regroupement de ces facteurs dans l'évaluation du risque cardiovasculaire. Ce regroupement est connu sous le nom de Syndrome Métabolique (MetS) (Ravean, 1988 cité par Adriouch, 2017). Le MetS est défini par un certain nombre de critères dont les principaux sont :

- Tour de taille élevé : en Europe on aura comme référence : homme, 94cm et femme 80cm (Adriouch, 2017) alors qu'au Cameroun on aura pour le tour de taille ≥ 100 cm chez l'homme et 88 cm chez la femme (Boombhi et al., 2016) ;
- Triglycérides élevés d'après dosage ou traitement médicamenteux triglycérides élevés : ≥ 150 mg/dl (1,7mmol/L) ;
- Cholestérol HDL bas ou traitement spécifiques des HDL bas : Homme < 40 mg/dl (1,0mmol/L) et Femme < 50 mg/dl (1,3mmol/L) ;
- Tension artérielle élevée ou traitement hypertenseur : PAS ≥ 131 mmhg et PAD ≥ 85 mmhg ;
- Glycémie à jeun élevée ou traitement antidiabétique : ≥ 100 mg/dl.

Le MetS est alors une évaluation combinée des quatre facteurs de risques cardiovasculaires sus-cités. De nombreuses études ont montré que le risque de MCV est augmenté en présence du MetS (Mottillo et al., 2010 ; Wang et al., 2007). Ces dernières années, la pertinence clinique du MetS dans l'évaluation des risques de développer une MCV est remise en cause (Adriouch, 2017). Ces personnes estiment que le MetS n'étant pas une maladie à part entière, il ne saurait avoir une valeur prédictive meilleure que ses composantes prises individuellement dans l'identification des personnes à risque des MCV (Giampaoli et al., 2009).

1.1.2.2 Facteurs de risques cardiovasculaires liés au mode de vie

L'OMS (2017b) rapporte quatre facteurs de risque cardiovasculaires liés au mode de vie à savoir : le tabagisme, l'usage nocif de l'alcool, la mauvaise alimentation et la sédentarité.

❖ La consommation du tabac et de ses dérivés

L'usage chronique du tabac et plus globalement de la nicotine, est une pratique nocive pour la santé. La consommation de la nicotine sous toutes ses formes (tabac, cigarette, e-cigarette) est l'une des raisons de l'augmentation de la prévalence des MCV. D'après l'OMS (2017c), l'usage de tabac a diminué partout dans le monde au cours de la dernière décennie. L'usage quotidien ou occasionnel (moins d'une fois/jour) du tabac est passé entre 2007 et 2015 de 23,5 % à 20,7 % chez les sujets de 15 ans et plus. Plus exactement, il est passé de 27,5 % à 23,1 % dans les pays à revenu élevé ; de 23,2 à 20,8 % dans les pays à revenu intermédiaire ; de 15 % à 13,2 % dans les pays à bas revenu (OMS, 2017c). Bien que sa diminution ait été plus importante dans les pays à revenu élevé que dans le reste du monde, l'usage du tabac restait en 2015 au niveau le plus haut dans les pays à revenu élevé (Kinouani, 2019). Or, il est reconnu que la consommation du tabac augmente de 1,5 fois le risque d'AVC (Nakamura et al., 2009).

En 2005, la consommation du tabac était en augmentation dans la région africaine (OMS, 2005a). Aujourd'hui au Cameroun, nous pouvons dire que la consommation du tabac sous toutes ses formes est en augmentation si l'on s'en tient à l'évolution des importations de tabac entre 2010 et 2016 qui est passée de 3 604 tonnes en 2011 à 11 506 en 2016 (INS, 2018). Selon l'EDSC-V, le taux de prévalence ajustée selon l'âge de l'utilisation actuelle de tabac parmi les personnes âgées de 15 et plus est de 4,3 % au sein de la population générale, essentiellement consommé par les hommes (8,4 %) contre 0,3 % pour les femmes (INS & ICF, 2020). Globalement, la proportion d'hommes de 15-49 ans qui consomment des cigarettes a diminué entre 2011 et 2018, passant de 14 % à 8 %. Chez les femmes par contre, cette proportion est restée presque identique (INS & ICF, 2020). Par ailleurs, fumer augmente avec l'âge, le lieu de résidence (plus élevée en milieu rural (10 %) qu'en milieu urbain (7 %)), et diminue avec le niveau d'instruction. Selon l'EDSC-V, 10 % de la population camerounaise vit dans un logement où l'on fume du tabac tous les jours et est donc exposé quotidiennement à la fumée du tabac dans leur logement.

❖ Une mauvaise alimentation

Le rôle de la nutrition pour la santé et la survie des êtres vivants n'est plus à démontrer. Ce rôle est davantage important dans la gestion des maladies chroniques, dont les MCV (OMS, 2013a). Les MCV sont connues pour être des maladies dues à un mode alimentaire malsain. Historiquement, les premières études sur le lien entre l'alimentation et la santé cherchaient à comprendre les alimentations responsables de carences en nutriments afin de combler ces manques, et limiter les maladies liées à ces carences. Il est alors bénéfique pour la santé d'éviter la mauvaise alimentation. Cette dernière, renvoie à une alimentation hypercalorique, riche en sel, en sucre et en graisses saturées mais pauvre en fruits et en légumes. A contrario, une alimentation saine devrait comprendre beaucoup de légumes et de fruits, des produits céréaliers composés de grains entiers, des protéines provenant de viandes maigres, de poissons et de substituts tels que des légumineuses et des noix (Katamay et al., 2007). La mauvaise alimentation est à l'origine de l'augmentation du taux de cholestérol sanguin et du surpoids (Malik et al., 2013), qui provoquent l'HTA, le diabète et les maladies coronariennes (OMS, 2013a). Dans le monde, cette alimentation non contrôlée est à l'origine d'environ 10 millions de morts chaque année (Lauber et al., 2021). Pour une liste non exhaustive des aliments et nutriments impliqués dans les MCV comme facteurs protecteurs ou délétères, voir Adriouch (2017, pp. 53-54).

Au Cameroun, l'analyse de l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq ans révèle que la prévalence de la malnutrition chronique (retard de croissance) est restée stable, autour de 31% de 2011 à 2014. La malnutrition modérée et sévère, a quant à elle, régressé de 5,6 % à 5,2 % ; pendant la même période, les régions du Nord et de l'Extrême-Nord étaient les plus affectées avec des prévalences respectives de 12 % et 10,2 %. En 2018, près de trois enfants de moins de 5 ans sur dix (29 %) souffraient d'un retard de croissance, 4 % étaient émaciés, 11 % présentaient une insuffisance pondérale et 11 % étaient en surpoids. Parmi les femmes de 15-49 ans, 6 % avaient un indice de masse corporelle (IMC) inférieur à 18,5 et présentaient donc un état de déficience énergétique chronique. À l'opposé, 37 % étaient en surpoids/obèses (INS & ICF, 2020). Par ailleurs, les résultats de l'EDSC-V montrent que l'insécurité alimentaire⁴ touche plus les hommes que les femmes. En effet, parmi les personnes de 15-49 ans, les deux tiers des hommes (63 %) et près d'une femme sur deux (47 %) se trouvent pratiquement dans

⁴ L'insécurité alimentaire est dite modérée pour les personnes qui manquent d'argent ou de ressources pour une alimentation saine, celles qui ne sont pas sûres de pouvoir se procurer des aliments et celles qui ont probablement sauté des repas ou manqué parfois de nourriture. Elle est dite grave pour les personnes à court de nourriture ou qui sont restées une journée entière (ou plusieurs) sans manger. Cette personne souffre par conséquent de la faim.

une situation d'insécurité alimentaire modérée ou grave. En outre, dans ce groupe d'âges, 27 % des hommes et 16 % des femmes ont été confrontés à une situation d'insécurité alimentaire qualifiée de grave (INS & ICF, 2020).

❖ **Insuffisance de l'activité physique et sédentarité**

L'activité physique peut être définie comme tout mouvement produit par les muscles squelettiques, responsable d'une augmentation de la dépense énergétique et incluant les activités professionnelles journalières, loisirs et habitudes (Pender et al., 2011). L'activité physique est un facteur protecteur de la santé en général et de la santé cardiovasculaire en particulier (Li & Siegrist, 2012 ; Shiroma & Lee, 2010). Selon Shiroma et Lee (2010), les personnes pratiquant un exercice physique suffisant ont un risque plus faible de mortalité de toutes causes, de maladies coronariennes et des MCV, comparé à celles des personnes pratiquant une activité physique modérée d'au moins 30 minutes tous les jours. Li et Siegrist (2012) se sont donné pour objectif dans leur analyse de mettre à jour et d'améliorer l'évidence disponible sur les associations entre la pratique de l'activité physique et les MCV. Pour se faire, ils ont réalisé une méta-analyse de 21 études prospectives de cohortes publiées entre janvier 1980 et décembre 2010. Ils ont ainsi analysé les résultats de 650 000 adultes en bonne santé (ne souffrant pas de MCV) suivis pendant au moins cinq ans. Leurs résultats révèlent une incidence des MCV chez près de 20 000 personnes. Leurs conclusions suggèrent également qu'un temps considérable de loisir consacré à la pratique de l'activité physique et un temps modéré chez les professionnels de sport ont un effet salutaire sur la santé cardio-vasculaire en réduisant le risque total d'incidence de maladie coronarienne et de coeur caressent parmi hommes et femmes de 20 à 30 % et de 10 à 20 %, respectivement. C'est pourquoi une insuffisance de l'exercice physique est considérée comme une cause des MCV et à l'origine d'environ 1,9 million de décès par an à travers le monde (OMS, 2014b).

La sédentarité, quant à elle, est définie comme « *toute situation d'éveil caractérisée par une dépense d'énergie inférieure ou égale à 1,5 équivalent métabolique de la tâche (MET) en position assise, inclinée ou allongée* » (OMS, 2021a, p. vii). La sédentarité est considérée comme le quatrième facteur de risque de décès dans le monde. Avec 6 % des décès, on estime qu'elle est l'une des causes principales de 21 à 25 % des cancers du sein ou du colon, de 27 % des cas de diabète, et d'environ 30 % des cas des cardiopathies ischémiques⁵. Il a été montré chez les adultes que « *le temps le plus élevé de sédentarité était associé à 147 % de risque*

⁵ <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/fr/>

cardiovasculaire, de 112 % de risque de diabète de type 2, de 90 % de mortalité cardiovasculaire et de 49 % de la mortalité toutes causes confondues » (Wilmot et al., 2012, p. 2897). Tout comme il est montré qu'une heure passée à regarder la télévision ou à lire augmenterait les risques de développer un syndrome métabolique (Menai et al., 2016).

L'industrialisation, l'urbanisation et la mécanisation des transports ont réduit la pratique de l'exercice physique et donné lieu à des modes de vie sédentaires. Alors même que les normes dans la pratique de l'activité physiques sont plus exigeantes. Pour les adultes, il est désormais exigé de faire (Adriouch, 2017 ; OMS, 2021a) :

- 30 minutes d'activités physiques cardio-respiratoires d'intensité modérée à l'intensité élevée au moins 5 jours/semaine, en évitant de rester deux jours consécutifs sans pratiquer ;
- 1 à 2 fois/semaine des activités physiques de renforcement musculaire avec une intensité permettant de répéter les mouvements sans douleur et 1 à 2 jours de récupération entre deux séances ;
- 2 à 3 fois/semaines des exercices d'assouplissement et de mobilité articulaire ;
- Réduire le temps total passé en position assise ou allongé, l'interrompre toutes les 90 à 120 minutes par une période d'activité physique de quelques minutes.

❖ **Consommation d'alcool et autres facteurs**

La consommation d'alcool, est un facteur de risque pour les maladies chroniques en général et notamment les cancers. La consommation moyenne d'un verre d'alcool tous les jours est associée au développement de cancers (Adriouch, 2017). Cependant, le lien entre la consommation d'alcool et les MCV ou la mort due aux MCV, reste encore un débat (Adriouch, 2017). Ce lien ne saurait alors se faire que par extrapolation lorsqu'on sait que la consommation excessive d'alcool est un des facteurs de risque pour l'hypertension et le diabète. Et qu'elle peut également entraîner des modifications dégénératives sur le cœur (cardiomyopathies). L'alcoolisme, une des principales formes de toxicomanie dans de nombreux pays, est lié à plusieurs autres effets néfastes sur la santé. Le rapport de l'évolution des importations du Cameroun entre 2010 et 2014 en alcools et autres boissons est de 1,26 tonnes (INS, 2018). La consommation d'alcool était estimée à 8,4 litres d'alcool pur par personne et par an chez les plus de 15 ans (OMS, 2014c). Cette prévalence de l'alcoolisme est de 4 % chez les hommes

contre 0,9 % chez les femmes. Celle des maladies liées à l'alcool est estimée à 9,5 % chez les hommes et 1,9 % chez les femmes (OMS, 2014c).

À côté du manque d'exercice physique, de la consommation d'alcool, l'une des raisons de l'augmentation de l'incidence des MCV à travers le monde est l'augmentation du nombre de personnes âgées (OMS, 2005a, 2014a). Les facteurs de risques des MCV sont nombreux. Un certain nombre de déterminants sous-jacents des MCV proviennent des principales évolutions sociales, économiques et culturelles. D'autres déterminants des MCV sont la pauvreté, le stress et les facteurs héréditaires (OMS, 2017b), la ménopause, le sexe (Adriouch, 2017). Bref, les huit principaux facteurs de risque dans la communauté et le lien entre eux sont présentés par la figure 1.1 ci-dessous. La maîtrise de ces risques constitue la pierre angulaire de la prévention des MCV et la promotion des comportements sains.

Figure 1.1 Relations entre les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires

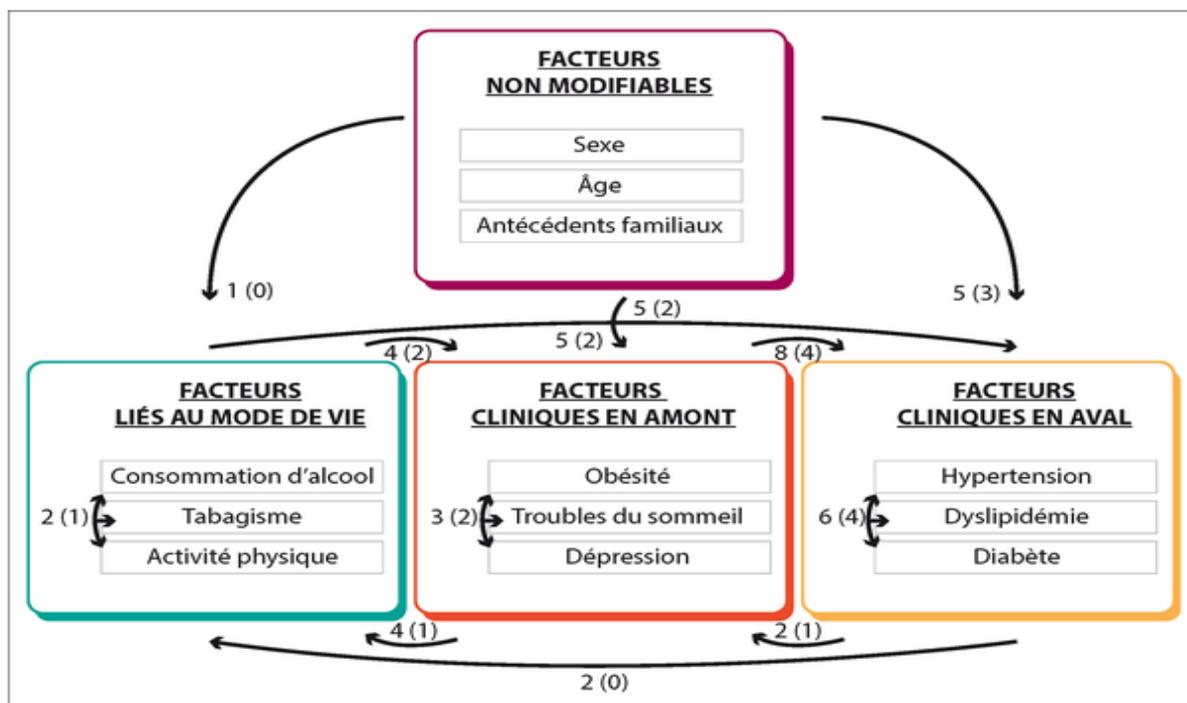


Figure X. Cadre conceptuel des relations entre les facteurs de risque de maladies cardiovasculaires. Les facteurs sont groupés dans 4 types basés sur le nombre d'autres facteurs qui prédisent chacun d'eux. Les chiffres à côté des flèches représentent le nombre d'associations potentielles entre ou parmi les 4 types de facteurs à $p < .05$ ou $p < .0001$ (dans la parenthèse). Adapté de "A Global View of the Relationships between the Main Behavioural and Clinical Cardiovascular Risk Factors in the GAZEL Prospective Cohort" de Meneton, P., Lemogne, C.,

Herquelot, E., Bonenfant, S., Larson, M. G., Vasan, R. S., Ménard, J., Goldberg, M., & Zins, M., 2016, *PLoS ONE*, 11(9), p. 6.

Psychocardiologie et charges psychiques

Un intérêt croissant aux facteurs psychiques responsables des maladies est de plus en plus observé chez les médecins. Depuis une vingtaine d'années, cet intérêt de la médecine aux facteurs psychiques de santé physique a donné naissance à une discipline relativement récente : la psychocardiologie (Fondation Suisse de Cardiologie [FSC], 2018 ; Houppe, 2017). La psychocardiologie fait le lien entre cardiologie et psychologie, le cerveau et le cœur pour une meilleure santé (Houppe, 2015). L'émergence de cette nouvelle discipline est due au fait qu'on sait aujourd'hui que les charges psychiques représentent un facteur de risque de MCV tout aussi sérieux que le tabagisme, des taux de cholestérol défavorables ou une hypertension artérielle (FSC, 2018 ; Mahmood et al., 2014). Inversement, les maladies de cœur déclenchent souvent des troubles anxieux et des dépressions, qui ont à leur tour un effet négatif sur la santé physique des personnes touchées. Les MCV et la détresse psychologique entretiennent alors une relation à double sens (Halaris, 2013 ; Houppe, 2017).

Le rôle clé de facteurs psychologiques et psychosociaux dans le début et l'évolution des MCV et leur risque a été reconnu depuis des années (Mahmood et al., 2014). Il est par exemple connu qu'entretenir une bonne hygiène psychologique offre à son tour un meilleur contrôle du cœur et des facteurs de risque cardiovasculaire, et par conséquent une excellente santé cardiaque (Juillière, 2015). C'est la reconnaissance que la maladie est la résultante de réalités biologiques, mais également psychologiques et sociales. À ce titre, Halaris (2013) indique que le stress et plus largement, le stress psychosocial⁶ (SPS) joue un rôle critique dans la genèse et la progression des maladies. Car, il est à la fois un facteur de risque indépendant et un facteur pronostic d'événements cardiovasculaires (Houppe, 2017). Dans ce sens, une dépression sévère et prolongée est connue pour entraîner un risque majeur d'insuffisance cardiaque en particulier en raison d'une hyperactivité sympathique et surtout de phénomènes inflammatoires (Mommersteeg et al., 2016). Bien plus, il a été démontré qu'il est possible de faire un infarctus du myocarde à la suite d'un choc émotionnel. C'est ce qu'on appelle le Tako-Tsubo (Nyui et al., 2000 cités par Houppe, 2017).

⁶ La notion de stress psychosocial (SPS) est plus complexe que celui de stress. Le SPS, tel qu'il est envisagé en psychologie de la santé comporte de multiples aspects psychologiques (stress, anxiété, dépression, hostilité, burnout, syndrome de stress post-traumatique, personnalité de type D) ainsi que des composantes sociales (isolement social, bas statut socio-économique, lieu de vie).

Le stress psychosocial comprend des aspects psychologiques, des composantes sociologiques et socio-économiques. Il apparaît que les MCV tout en étant elles-mêmes un événement déclenchant, est par ailleurs une conséquence. L'obésité, le syndrome métabolique, les dyslipidémies et l'hypertension artérielle sont favorisés et aggravés par le SPS (Houpe, 2017). En cardiologie, les principaux risques psychosociaux considérés sont : le stress, l'anxiété et la dépression, le pattern de type A, la personnalité de type D, l'hostilité, la colère, le pessimisme, le burnout, le stress post-traumatique, l'origine sociale, la solitude, l'isolement social (Houpe, 2017). Par contre, un mariage ou une relation de couple satisfaisante, la spiritualité et la religiosité sont de plus en plus mentionnées comme des facteurs protecteurs.

1.1.2.3 Les conséquences des maladies cardiovasculaires

Les conséquences des MCV dépassent le cadre de la personne malade et de sa famille et entachent le développement économique de tout pays.

1.1.2.3.1 Pertes en vies humaines et invalidités

Les MCV sont une cause majeure d'incapacité et de décès prématurés dans le monde. Il est fréquent que les événements coronariens aigus (crises cardiaques) ainsi que les AVC surviennent brutalement et provoquent la mort de la victime avant qu'on ait pu lui prodiguer des soins. Dans les pays en développement elles entraînent environ 85 % de « décès prématurés » parmi les personnes affectées⁷ (OMS, 2018a). Le nombre de morts et de personnes devenues handicapées du fait des MCV est important. Les MNT sont à l'origine de 35 % de tous les décès au Cameroun ; et en 2016, elles étaient responsables de 235 000 morts (OMS, 2018b). Dans cette catégorie, les MCV sont la deuxième cause de mortalité (OMS, 2018b), avec près de 11,56 % des décès totaux du pays en 2015 (Murray et al., 2015).

Une incapacité correspond à toute réduction (partielle ou totale) de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales. Par exemple : incapacités à marcher, à s'accroupir, à fermer le poing..., mais aussi (en « situation ») à se lever, se laver, utiliser les W-C (Water Closets), s'habiller, communiquer, mémoriser, réfléchir... (Delcey, 2002 ; Lespinet-Najib & Belio, 2013). L'incapacité entraîne un désavantage qui représente une limitation ou une interdiction d'accomplissement d'un rôle social normal (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels) : gagner sa vie, faire des études, avoir un emploi, s'occuper... (Delcey, 2002). Dès lors que l'on sera incapable à des moments de se prendre en

⁷ <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

charge, de vaquer à ses occupations quotidiennes, l'on serait entré dans la catégorie des personnes en situation de handicap. Une autre conséquence des MCV est qu'elles participent à la construction des incapacités chez les survivants de victimes. Par exemple, les AVC dans le monde représentent la première cause de handicap à l'âge adulte et la deuxième cause de démence (Adriouch, 2017). Les MCV du fait qu'elles apportent très souvent une déficience à ses victimes, contribuent ainsi à augmenter les inégalités sociales de santé.

1.1.2.3.2 Augmentation des inégalités sociales de santé

L'idée d'une relation entre les inégalités sociales et l'état de santé d'une personne a été longtemps répandue. Les inégalités sociales sont connues pour être la cause de plusieurs problèmes de santé. La pauvreté tout comme la richesse impliquent chez les individus, des comportements qui dans l'immédiat ou plus tard, influenceront leurs santé. Si la pauvreté nous expose aux carences, la richesse nous expose très souvent aux excès, aux aliments de conserves ; bref, à un environnement artificiel avec les produits transformés. Chaque réalité nous renvoie à un risque plus ou moins accru de maladie et de mortalité ; mais, plus l'on est pauvre, plus les risques de maladie et de mortalité sont élevés (*Commission on social determinants of Health [CSDH], 2008*).

Cette commission précise que partout dans le monde, plus on est pauvre, moins on est en bonne santé. À l'intérieur des pays, les données montrent qu'en général, plus un individu occupe une position socio-économique défavorable, plus il est en mauvaise santé. Ce gradient social concerne toute l'échelle socio-économique, de haut en bas (Van den Broucke & Discart, 2016). Il s'agit d'un phénomène mondial, que l'on constate dans les pays à revenu faible ou intermédiaire comme dans ceux à revenu élevé. Le gradient social signifie que les inégalités sanitaires touchent tout un chacun. Pour étayer cette idée, l'OMS examine les taux de mortalité des moins de cinq ans selon la richesse des ménages. L'analyse révèle qu'il existe un lien entre la situation socio-économique et la santé. Plus le ménage est pauvre, plus la mortalité avant cinq ans est élevée ; dans les ménages appartenant au deuxième quintile le plus riche, le taux de mortalité des moins de cinq ans est plus élevé que dans ceux appartenant au premier quintile. C'est ce qu'on appelle le gradient social en santé (Van den Broucke & Discart, 2016).

Dès lors, qu'il est établi l'idée du lien entre les inégalités sociales et la santé, notamment la santé cardiovasculaire ; nous admettons avec moins de réticence que certains déterminants sous-jacents des MCV proviendraient des principales évolutions sociales, économiques et culturelles. Toutefois, cette relation à un double sens. Les effets de la relation à double sens

entre inégalités sociales et santé sont multiples : si les inégalités sociales compliquent la pathologie chronique et sa prise en charge médico-sociale ; la maladie chronique aggrave, à son tour, les inégalités sociales. La pauvreté aggrave les déterminants sociaux de la santé alors que les maladies chroniques notamment les MCV aggravent les déterminants des inégalités sociales de santé.

1.1.2.3.3 Coût financier et ralentissement du développement socio-économique

La santé est un bien inestimable pour les citoyens. C'est pour cela qu'ils y consacrent une part considérable de leurs économies. Cette part est consacrée à la fois à la prévention des maladies, à la promotion des comportements sains (par une alimentation saine par exemple) et surtout pour la prise en charge en cas de la survenue d'une maladie. Par ailleurs, la prise en charge des différentes maladies engage des coûts financiers plus ou moins variables. Le coût financier des maladies, notamment des MCV, renvoie à l'ensemble des dépenses financières que les personnes, les assurances et l'État investissent dans leurs prises en charge hospitalière. Il renvoie aussi aux pertes financières que peut engranger une famille, une société ou un pays du fait de l'inactivité d'un individu malade. Vu sous ce prisme, les MCV engendrent un coût économique majeur. Pour Greenman et al. (2009), les MCV représentent la MC qui engendre le plus de coûts dans le système de santé. Leur prise en charge nécessite des longues périodes et des moyens financiers colossaux tant pour l'État que pour le malade (OMS, 2010). De plus, dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne dont le Cameroun, ces dépenses sont à la charge des particuliers, des familles, souvent des entreprises et quelque fois des systèmes de santé (Abegunde et al., 2007).

Dans le contexte particulier du Cameroun, le coût de la prise en charge des maladies est supporté par les patients et leurs familles dans un environnement économique généralement défavorable. Bien plus, ici, on observe un faible pouvoir d'achat des populations, et surtout un mode de paiement des prestations (paiements directs) source d'iniquité (Minsanté, 2016a). La SSS indique que la contribution des ménages représentait près de 61 % des dépenses totales de santé en 2013, soit la 3^{ème} plus importante contribution en Afrique Sub-saharienne derrière le Soudan et le Nigeria (Minsanté, 2016a). Les dépenses liées à la prise en charge des MCV au Cameroun ne figurent pas dans la SSS pour la période 2016-2027. Cependant, en référence au cas d'une autre maladie chronique qu'est la maladie rénale, le document rapporte que sa prise en charge et celle de ses complications est effective dans les 10 régions du Cameroun (dans certains hôpitaux de 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} catégories). Par ailleurs, le coût d'une session d'hémodialyse est

subventionné par l'État à hauteur de 105 000 FCFA et le patient contribue pour 5000 FCFA/séance depuis l'année 2002. Malgré cette subvention, les dépenses supportées par les malades restent élevées et peuvent parfois atteindre un million de FCFA par mois en phase d'initiation. La conséquence directe est que les patients pour la grande majorité préfèrent le plus souvent écourter leur séjour en milieu hospitalier pour le poursuivre en ambulatoire (Pancha Mbouemboue et al., 2015).

Selon l'Agence américaine pour le développement international ([USAID], 2016), la santé est inextricablement liée au développement économique et à la croissance d'une nation. Les MCV sont l'un des grands défis du XXI^e siècle dans le domaine de la santé et du développement, du point de vue des souffrances humaines qu'elles entraînent comme de leurs conséquences négatives sur le tissu socio-économique des pays. Elles ont de graves répercussions socio-économiques en termes de coût, de soins de santé, d'absentéisme et de productivité nationale sur les individus, les familles et les communautés (OMS, 2005a). Elles représentent un coût financier important pour les États et les compagnies d'assurance de par le monde (Greenman et al., 2009). Les coûts directs et indirects de la prise en charge des MCV en France étaient estimés à 28,7 Milliards d'euros en 2008. À ceci il faut ajouter les coûts liés à la prise en charge des maladies cardiométaboliques liées au diabète et l'HTA. Pour l'année 2007 en France, les assurances ont dépensé environ 12,5 milliards d'euros pour la prise en charge du diabète alors que les dépenses liées à l'obésité, sont évaluées à environ 4 milliards d'euros pour l'année 2008 (Adriouch, 2017).

1.1.2.3.4 Les conséquences psychologiques des MCV

Les conséquences psychologiques évoquées dans cette section rendent compte à la fois de la santé mentale négative et de la détresse psychologique liées à la présence d'une MCV que des facteurs de risques cliniques associés (HTA, Obésité, Diabète, etc.). Les conséquences psychologiques liées aux MCV sont nombreuses, tant les cardiopathies sont variées tout comme les facteurs de risques cliniques associés. Elles peuvent être liées à la présence de la maladie à un niveau bénin avec par exemple la peur de l'arrivée des complications ou après une opération chirurgicale dans le processus de traitement avec par exemple de l'anxiété. Bref, les MCV et les interventions médicales qui visent à les traiter impliquent d'importantes conséquences psychologiques qui semblent, de toute évidence, augmenter le risque de développer des problèmes de santé mentale et physique plus graves (Greenman et al., 2009). Des études effectuées dans différents pays à travers le monde montrent qu'il existe un risque appréciable

de développer un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux à la suite d'un événement cardiaque, tel qu'un infarctus du myocarde (IM). Ces études révèlent qu'entre 15 et 20 % des patients suivis pendant leur séjour à l'hôpital après un IM présentaient des symptômes cliniquement significatifs d'anxiété, incluant des inquiétudes excessives et une hyperactivité neurovégétative (Mayou et al., 2000) alors que la dépression majeure se développe chez des patients hospitalisés pour des pontages, des arythmies cardiaques et des angioplasties (Schrader et al., 2004). Dans plusieurs cas, ces inquiétudes et ces peurs précipitent le développement de difficultés psychiatriques et peuvent mener au diagnostic de troubles anxieux.

Les conséquences psychologiques des MCV peuvent se révéler par de fortes charges émotionnelles très difficiles à contrôler chez les individus comme la peur, le stress, les symptômes dépressifs, la conduite addictive, les troubles du comportement alimentaire, le trouble de stress post-traumatique, le risque de dépression et de suicide, le conflit conjugal, etc. (FSC, 2018).

1.1.2.4 Actions déjà menées jusqu'ici et perspectives

Les chefs d'État, les chefs de gouvernement et les hauts représentants, organisés sous l'égide de l'Organisation des Nations Unies (ONU) en arrêtant de nouveaux objectifs mondiaux de développement durable (ODD) ont donné le ton que leurs actions seront « *axées sur l'être humain* » (ONU, 2015, p. 3). Les ODD réaffirment l'engagement international à atteindre la couverture santé universelle (CSU) d'ici 2030 (Organisation des nations unies pour l'éducation, la science et la culture [UNESCO], 2015). Cela signifie que tous les individus et toutes les communautés, partout dans le monde, devront avoir accès aux services de santé promotifs, préventifs, curatifs, réadaptatifs ou palliatifs de haute qualité dont ils ont besoin, sans se trouver exposés à des difficultés financières (OMS, 2019b). Bien plus, la CSU a aussi pour objectif de rendre disponible et accessible l'information sanitaire aux populations où qu'elles se trouvent. Ainsi, l'OMS s'est engagée à réaliser l'ODD 3, qui vise à « *permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être pour tous à tout âge* » (OMS, 2019a). Dans cette lignée, l'OMS, l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) et la Banque mondiale (BM) depuis 2019 misent sur la qualité des services de santé qu'ils considèrent comme un impératif mondial en vue de la couverture santé universelle (OMS, OCDE & BM, 2019). Cet objectif rentre en droite ligne avec la vision promue par l'OMS depuis 2007.

Selon l'OMS (2007), en agissant sur les facteurs de risques des MCV, il est possible de réduire la fréquence des événements cliniques et la mortalité prématurée chez les personnes présentant déjà une pathologie cardiovasculaire établie, ainsi que chez celles dont le risque cardiovasculaire est majoré par la présence d'un ou plusieurs facteurs de risque supplémentaires. La plupart des facteurs de risque qui y sont associés sont modifiables : alimentation, tabagisme, obésité, hypertension, santé psychologique (Greenman et al., 2009). C'est pourquoi dès 2011, l'OMS a placé les MCV au premier rang des priorités de recherche parmi les MNT en insistant sur l'identification de leurs causes et la mesure de leur ampleur (Kones, 2011). Dans ce cadre, elle lance régulièrement des plaidoiries à l'endroit des États et des autres organisations afin que des actions soient entreprises. C'est ainsi qu'un plaidoyer de haut niveau a été entrepris pour exhorter les États Membres à allouer des ressources suffisantes à la lutte contre les MNT et à accorder la priorité à la lutte contre ces maladies dans les plans de santé nationaux. Malheureusement, dans son rapport 2018, le Cameroun fait partie des États Membres ne disposant pas toujours de plan d'action détaillé et multisectoriel de lutte contre les MNT (OMS, 2018b). Les actions de lutte de l'OMS contre les MNT peuvent se lire à travers les nombreuses publications sur les MNT afin de faciliter la compréhension, d'identifier les stratégies d'actions efficaces et à améliorer la prise en charge. En effet, entre 2000 et 2019, on dénombre près de 20 publications de documents clés issus d'événements de l'OMS et des nations unies portant entre autre sur l'obésité et une alimentation non malade (Lauber et al., 2021).

Selon l'OMS (2017d), la solution à ces problèmes passe par les actions en faveur de la promotion de la littératie en santé des populations. Pour ce faire, plusieurs actions doivent être entreprises à savoir :

1. Reconnaître l'intérêt de la littératie en santé au plus haut niveau politique et lui donner priorité à travers les différentes politiques et interventions (ville) ;
2. Aider les citoyens à naviguer dans les services de soins de santé, d'éducation et de services sociaux en rendant le choix pro-santé, le choix le plus simple à faire (villes) ;
3. Mesurer régulièrement le niveau de littératie dans les villes (villes) ;
4. Mettre en place les 10 dispositions pro-littératie en santé de *l'Institute of Medicine* dans les organisations (organisations) ;
5. Inclure les fondements de la LES dans l'éducation des jeunes enfants (éducation) ;

6. Soutenir et développer la promotion de la santé dans les écoles (éducation) ;
7. Promouvoir l'apprentissage des adultes (éducation) ;
8. Construire un environnement de consommation favorable à la santé (lieux de commerce et communautaires) ;
9. Procurer des ressources d'informations scientifiques (lieux de commerce et communautaires) ;
10. Assurer un environnement propice aux choix en faveur de la santé (lieu de travail) ;
11. Repositionner la littératie en santé comme un défi pour le système, les organisations et institutions (soins de santé) ;
12. Instaurer une politique pour promouvoir la littératie en santé dans tous les matériaux de communication (soins de santé) ;
13. Établir la littératie en santé comme un critère de qualité de la gestion des soins de santé (soins de santé) ;
14. Investir dans l'éducation des professionnels (soins de santé) ;
15. Améliorer la communication autour de la santé publique (communication et médias) ;
16. Aller à l'encontre des *fake-news* et assurer la qualité (médias et communication) ;
17. Créer des chaînes de confiance sur les réseaux sociaux (médias sociaux et santé mobile).

Au Cameroun, les actions du Minsanté sont construites autour de trois composantes verticales qui sont : promotion de la santé, prévention de la maladie et prise en charge des cas ; et de deux composantes horizontales ou transversales à savoir le renforcement du système de santé et la gouvernance et pilotage/gestion stratégique (Minsanté, 2016a). En fonction du niveau d'importance dans la mise en œuvre des orientations stratégiques de la SSS 2016-2027, les propositions des clés de répartition du budget de l'État entre les composantes ont été faites par les experts du domaine. Dans cette répartition, la PS vient en troisième position avec 19 % du budget moyen pour la période 2021-2027 après respectivement le renforcement du système de santé (30 %) et la prise en charge des cas (26 %). L'on comprend par cette clé de répartition que le gouvernement mise plus sur la prise en charge de la maladie que sur la promotion des comportements sains.

Pour amener les populations à adopter des comportements sains et favorables à la santé dans la décennie 2016-2027, le gouvernement compte par ailleurs sur les ministères partenaires au Minsanté œuvrant pour la PS. Il s'agit notamment de ceux qui agissent sur les déterminants de la santé comme le Ministère de l'éducation de base (MINEDUB), le Ministère des enseignements secondaires (MINESEC), le Ministère de l'enseignement supérieur (MINESUP), et bien d'autres institutions en charge de l'éducation et de la formation. Aussi, les actions majeures de PS consisteront-elles principalement à : (i) améliorer le cadre de vie des populations en veillant, notamment en liaison avec les communes, au respect des normes minimales d'hygiène et de salubrité dans les zones d'habitation ; (ii) renforcer les aptitudes favorables à la santé des individus et des communautés, notamment la pratique des activités physiques et sportives ; (iii) amener les ménages à adopter les pratiques familiales essentielles par la diffusion systématique des messages de sensibilisation sur tous les supports de communication existants ; et (iv) améliorer les connaissances, les attitudes et les pratiques des jeunes et adolescents, relativement à leur bien-être et à la santé sexuelle et reproductive (MINEPAT, 2020). Dans l'optique de réduire l'exposition des populations et surtout des enfants aux maladies dues à la mauvaise alimentation, il sera question : (i) de mettre en place un plan national de lutte contre la malnutrition des femmes enceintes ou allaitantes et des enfants de moins de 5 ans ; (ii) de créer un dispositif de soutien des prix d'accès aux nutriments et aliments des nourrissons ; (iii) de renforcer la sécurité sanitaire des aliments mis sur le marché et consommés par les populations ; (iv) de mettre en place un mécanisme de sensibilisation et d'éducation nutritionnelle adapté au contexte socio-culturel du Cameroun ; (v) d'améliorer l'accès des populations à un régime alimentaire sain et équilibré ; et (vi) de veiller au respect des normes en matière d'étiquetage alimentaire (MINEPAT, 2020).

En dépit des appels à l'action sur l'obésité et une alimentation saine en faveur des MNT, aucun pays n'a baissé avec succès le taux de prévalence de l'obésité entre 1990 et 2019 (Murray et al., 2020). Cette situation interpelle tous les citoyens et au premier chef, les éducateurs. Elle interpelle aussi sur l'efficacité des leviers jusqu'ici actionnés et ceux sur lesquels il faudrait actionner dans l'avenir pour améliorer substantiellement cette situation. La LES ne saurait-elle pas jouer un rôle dans cette lutte eu égard à l'intérêt croissant qu'elle suscite dans le monde de recherche en santé ?

Nous avons, dans cette sous-section du constat, consacré à la présentation de la situation sanitaire empirique du Cameroun. Elle a permis de situer la position du Cameroun par rapport à l'Afrique et au monde en termes de santé de politique de PS. Elle met un point d'honneur sur

la situation des MCV, en présentant ses statistiques, les causes, les principaux facteurs de risque cliniques et comportementaux, les conséquences et les actions entreprises jusqu'ici par les organisations internationales et les institutions nationales. La prochaine sous-section nous plongera dans le champ de la conceptualisation et de l'explication du fonctionnement du comportement humain face aux problèmes de santé.

1.1.3. Constat théorique

Le constat selon lequel la santé, notamment la santé cardiovasculaire est liée aux comportements des individus est partagé par de nombreux résultats de recherches dans des domaines variés (Adriouch, 2017 ; OMS, 2005a, 2014b). Cela étant, la problématique de la formation des citoyens responsables, autonomes et capables de prendre une part importante dans leur santé devient une préoccupation primordiale, tant au niveau international (OMS, 1986) que national (Minsanté, 2016a). Par exemple, le Cameroun met progressivement en place des programmes de PS, pour inciter les populations à devenir des acteurs de leur santé en adoptant des comportements de santé sains. Dans ce sillage, les connaissances développées en psychologie trouvent un champ d'application fertile.

Les modèles théoriques de la psychologie applicables à la compréhension des comportements de santé et à leur prédiction sont nombreuses. Que l'on soit dans des modèles spécifiques comme le *Health Belief Model* (HBM) ou le modèle des croyances sur la santé (Becker et al., 1978 ; Rosenstock, 1960) ; la théorie de la motivation à la protection ou des modèles généraux comme la Théorie de l'Action Raisonnée ([TAR], Fishbein & Ajzen, 1975) et la Théorie du Comportement Planifié ([TCP], Ajzen, 1985 ; Sheppard et al., 1988) ; tous soulignent le rôle central des attitudes et des croyances en tant que déterminant des comportements de prévention et de promotion de la santé. L'objectif de ces théories est d'identifier les facteurs qui peuvent influencer les comportements des individus (Terrade, 2019). Comme dans toute activité humaine, la probabilité pour qu'un individu adopte un comportement de PS (auto protection), dépend d'un certain nombre de facteurs : la personnalité, les opportunités de l'environnement, les aptitudes sociales et les aspirations professionnelles (Fishbein & Ajzen, 1975 ; Sørensen et al., 2012). Parmi les nombreuses variables analysées dans l'adoption d'un comportement de PS figure en bonne place l'intention. Elle est définie comme étant une décision explicite à agir d'une certaine façon et qui a une influence sur l'orientation et l'intensité de la motivation d'une personne à atteindre un but (Sheeran, 2002). L'intention comportementale est largement explorée parce que tout comportement est précédé par l'intention qui en est son prédicteur

unique et décisif (Nguédong, 2015). De plus, il paraît que pour la TCP qui rend compte de la décision d'agir, l'évaluation de l'efficacité d'un comportement doit être corrélée à l'intention (Ajzen, 1991).

La TAR (Fishbein & Ajzen, 1975) prédit l'intention comportementale et suppose que les comportements dépendent de cette intention. Les normes subjectives et les attentes en ce qui concerne le comportement déterminent l'intention comportementale. Elle propose deux principaux construits permettant d'expliquer la relation entre l'attitude et le comportement d'un individu. D'une part, la TAR affirme qu'une attitude favorable vis-à-vis d'un comportement peut ne pas être transposée en action en raison de la pression sociale défavorable associée à celle-ci. Selon cette théorie, les influences sociales viennent moduler les attitudes personnelles et la création de normes subjectives en regard d'un comportement. D'autre part, la TAR soutient que ces mêmes attitudes personnelles et normes subjectives affectent le comportement en modulant les décisions et l'intention d'agir. La TCP ou de Théorie de l'Action Planifiée (TAP) propose quant à elle, qu'à travers les attitudes personnelles et les normes subjectives d'un individu, la perception de contrôle du comportement soit un élément additionnel pouvant prédire l'intention et le comportement. Ces différents modèles mettent au centre de la réalisation d'une action et de sa prédiction : l'intention. Cependant, l'habitude face à un comportement vient agir comme un élément modérateur de l'intention et de la réalisation de celle-ci.

Le *Health Belief Model* (Becker et al., 1978 ; Rosenstock, 1960) stipule que la probabilité qu'une personne adopte un comportement de prévention, c'est-à-dire qu'elle adopte un comportement qui favorise le maintien de la santé, dépend du résultat de l'évaluation de deux points importants. La menace perçue de la santé et la pondération du pour et du contre de la réalisation du comportement. L'évaluation de la menace passe par la perception de vulnérabilité, la gravité perçue et par la présence d'indices d'action. Plus les sujets pensent qu'un problème de santé aura de fortes conséquences pour leur avenir, s'ils n'adoptent pas un comportement de prévention ou s'ils ne tentent pas de se soigner rapidement, plus ils percevront la menace pour eux-mêmes comme importante et par conséquent ils adopteront un comportement de prévention.

Contrairement aux modèles précédents qui partent du principe que les comportements sont cognitivement dirigés, du moins pour une partie ; d'autres évoquent plutôt l'idée d'un comportement automatique. Car, on s'aperçoit que nombres de comportements sont émis de façon automatique, que les gens se forgent des habitudes de conduite sans nécessairement en

prendre conscience. D'autres enfin, font le lien entre l'habitude et l'intention. C'est précisément dans cette logique que Gollwitzer (1993) souligne que l'implémentation de l'intention permet de lui associer de façon active, accessible en mémoire, automatiquement, le quand, le comment et le lieu de ce qui est à faire. Plus encore, l'habitude met l'individu dans un état d'esprit (Mind-set) ou d'orientation cognitive qui le rend moins attentif aux nouvelles informations et au déroulement de ses comportements (Verlhiac, n.d.).

Il découle de la présentation précédente, que face à la problématique de l'adoption des comportements de santé, divers domaines et particulièrement la psychologie se sont mobilisés. Les travaux menés par les psychologues de la santé permettent d'éclairer la façon dont la campagne de prévention doit se construire. Ces recherches mettent l'accent sur les leviers et les freins à l'adoption de comportements de PS et de prévention primaire. Cet apport concerne non seulement le contenu des messages mais aussi les publics à cibler (Terrade, 2019). Nonobstant cette large gamme de recherches, le problème des facteurs déterminants des comportements de santé semble persister et justifier la naissance de nouveaux paradigmes d'analyse comme celui de la littératie en santé.

Plus récemment, les modèles théoriques qui explorent les déterminants de l'adoption des comportements de PS font référence à la LES. L'objectif premier des études sur la LES était de comprendre comment les capacités individuelles et les processus sociaux expliquent ou prédisent la santé des populations, étant donné que l'idée qu'une éducation médiocre, qu'un faible niveau de littératie générale étaient étroitement liés à la mauvaise santé et à la mort prématurée (Zarcadoolos et al., 2005). D'un point de vue individuel, la LES s'ancre dans les déterminants de la santé, qu'ils soient personnels, sociétaux, environnementaux ou situationnels. Alors qu'au niveau de la population, elle se comprend comme étant en lien avec « *l'utilisation des services de santé, les comportements de santé, la participation des personnes au processus de soins, de prévention et de promotion de la santé* » (Van den Broucke & Discart, 2016, p. 8). Pour ces théoriciens qui se recrutent dans les domaines de la médecine, de l'épidémiologie, de l'éducation à la santé ; l'adoption des comportements de santé dépend du niveau de la littératie en santé (Nutbeam, 2000, 2008 ; Zarcadoolas et al., 2005).

Le modèle intégré de la LES que proposent Sørensen et al. (2012) comprend trois domaines d'action sanitaire/de continuum : a) les soins de santé ; b) la prévention des maladies ; et c) la promotion de la santé. Et quatre types de compétences (ou domaines d'aptitude) : 1) obtenir/accéder à des informations pertinentes sur la santé ; 2) comprendre ces informations ;

3) traiter/ évaluer ces informations pour décider quelles sont celles qui sont pertinentes ; et 4) mettre en application ces informations pour prendre des décisions permettant de conserver et d'améliorer son état de santé. La combinaison de ces deux ensembles permet de prédire l'adoption des comportements de santé. Sans se détacher des modèles précédents, qu'elle intègre et dépasse, la LES se présente comme un cadre d'analyse des comportements de PS qui soit en adéquation avec la complexité de l'environnement en général et du système de santé en particulier. C'est ce qui nous amène dans ce travail à analyser la promotion de la santé sous le prisme des compétences en LES tout au long de ce travail. Notre intérêt s'inscrit ainsi, en droite ligne avec la conception de Terrade (2019) qui pense que l'évolution de la santé et des systèmes de soins a conduit les psychologues de la santé à changer leur pratique.

1.2 Problème

La santé occupe une place importante dans la vie de tous les individus. Elle est au cœur de toutes les préoccupations avec des enjeux très variés (Terrade, 2019). Les organisations internationales et nationales s'y investissent de plus en plus. Elles procèdent par les mises en garde, le financement, la recherche et surtout par l'éducation à la santé en vue de promouvoir des comportements de santé sains qui protègent la santé en général et la santé cardiovasculaire en particulier. 75 % de l'ensemble des MCV sont dues à l'exposition aux facteurs de risque comportementaux et physiologiques (OMS, 2004). Selon l'OMS (2018a, 2019a), ces MCV constitueraient à partir de 2020, la principale préoccupation de santé publique pour les populations en Afrique subsaharienne en général et au Cameroun en particulier. Passant par-dessus les cultures, les langues et les religions, la santé représente le plus grand bien que partage tout le monde. Sa prise en charge, sa protection et sa promotion passent par la qualité et l'efficacité des politiques publiques de santé des États.

Au Cameroun par exemple, en 2014, près de deux personnes sur cinq (37,5 %) vivaient en dessous du seuil de pauvreté monétaire, principalement en zone rurale (environ 90 %) et dans les régions septentrionales (plus de 52 %) (INS, 2014). En 2010, 70 % de la population travaillait involontairement moins de la durée hebdomadaire minimale de 35 heures et gagnait moins que le Salaire minimum interprofessionnel garanti⁸ horaire. Par ailleurs, il y a une augmentation des inégalités de niveau de vie notamment dans les domaines de la santé, de l'éducation et des revenus (MINEPAT & PNUD, 2013). Les formations sanitaires publiques

⁸ Le décret n°2014/2217/PM du 24 juillet 2014, le salaire minimum interprofessionnel garanti au Cameroun est de 36 270 francs CFA par mois, sur toute l'étendue du territoire national, quelque soit le branche d'activité.

sont davantage accessibles aux plus aisés, à cause des paiements directs des frais de santé où le patient doit financer lui-même sa santé. Cette situation exclut les plus pauvres des formations sanitaires car ils ont des moyens limités. En effet, les plus riches ont 14,33 fois plus d'accès aux services d'un médecin public que les plus pauvres (INS, 2010). Par ailleurs, on observe des disparités dans l'accessibilité géographique aux soins suivant la zone de résidence (INS & ICF, 2012). Bien plus l'accès à l'information sanitaire n'est pas toujours assuré aux couches les plus défavorisées (Minsanté, 2016a). La situation est encore plus critique chez les femmes qui s'exposent très faiblement aux médias. En effet, seul 17,2 % des femmes de 15-49 ans ayant un niveau d'instruction supérieur sont exposées aux trois principaux médias que sont lire un journal, regarder la télévision et écouter la radio au moins une fois par semaine (INS & ICF, 2020).

Face au défi que représente la maîtrise de la santé d'une population pour un État en vue de son développement social et économique, plusieurs hypothèses sont émises parmi lesquelles celle de la prise en compte de la LES. La littératie en santé est aujourd'hui présentée comme un prédicteur plus important de l'état de santé d'une personne que ses revenus, sa situation professionnelle, son niveau d'instruction et son groupe ethnique (Chinn & McCarthy, 2013 ; Vandebosch et al., 2016). Le niveau de littératie des personnes et des populations est directement relié à l'état de santé globale et à l'état de santé mentale, ainsi qu'au fardeau de la comorbidité (Rootman & Ronson, 2001). Vue l'importance de la PS, qui est présentée comme ayant pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé mais aussi surtout de moyens de l'améliorer ; les personnes dotées d'une faible compétence en littératie et leurs familles présentent des risques particuliers de problème de santé à cause de leur difficulté à lire les prescriptions médicamenteuses, les instructions sur le lait maternisé et tous les autres supports écrits (Rootman & Ronson, 2001). La littératie en santé est associée à la mortalité des individus vivant avec les MCV autant qu'elle est associée à la mortalité au sein de la population générale (Friis et al., 2020). Bien plus, les personnes ayant une faible LES n'utilisent pas efficacement les systèmes des soins médicaux ; de plus, ils éprouvent une réelle difficulté de communication avec les professionnels de la santé et ont des comportements de risque en soi (Aaby et al., 2017 ; Friis et al., 2016 ; Paasche-Orlow & Wolf, 2007).

Dès lors, une nette maîtrise du niveau de compétences en LES des individus ainsi que ses déterminants au sein d'une population serait une grande opportunité pour une meilleure efficacité des politiques de prévention, de promotion et de prise en charge sanitaire et donc, une garantie de la bonne santé des citoyens (Beauregard, 2010 ; Margat et al., 2014 ; Richard &

Lussier, 2016 ; Sørensen et al., 2012). Cependant, la plupart des pays africains, et notamment le Cameroun, ne maîtrisent pas le niveau de LES de leur population, alors même qu'ils peinent à adopter les politiques publiques de PS efficaces (Huéto, 2008 ; Ndjepel et al., 2014) et adaptées à leurs ressources. D'ailleurs, fort des enjeux de la réduction de la morbidité et de la mortalité de la population pour une augmentation de l'espérance de vie et de l'amélioration de l'accès universel aux soins et services de santé de qualité que s'est donné le Cameroun dans la SSS pour la décennie 2016-2027 (INS, 2018) ; la LES ne représente-t-elle pas une solution réelle pour le pays, étant donné que de nombreuses études ont soulevé ses effets bénéfiques pour la santé de la population ? La vision du secteur de la santé souhaite un Cameroun, pays où l'accès universel aux services de santé de qualité est assuré pour toutes les couches sociales à l'horizon 2035, avec la pleine participation des communautés. Atteindre la cette vision ne passerait-il pas par la prise en compte de nombreux bénéfices qu'offre la promotion scolaire de la LES ?

Or, en contexte camerounais, la LES a été peu étudiée, tant en population générale qu'en population spécifique, alors même qu'elle est un facteur important de la prise en charge sanitaire, de la prévention de la maladie et de la PS, notamment en ce qui concerne les MCV. Bien plus, il y a une quasi-absence d'outils psychométriques de mesure de la LES adaptés à la réalité du contexte camerounais. C'est de cette situation qu'émerge notre curiosité, sur, d'une part, la place qu'aurait la mise à disposition des chercheurs d'instruments de mesure de la LES de la population camerounaise adaptés ; et d'autre part, sur la place de l'évaluation du niveau de LES des personnes dans l'adoption des comportements de PS en général et la santé cardiovasculaire en particulier.

1.3 Questions de recherche

Pour cette thèse, nous avons une question principale de recherches et des questions de recherche secondaires.

1.3.1 Question principale de recherche (QP)

Partant du constat que la littératie en santé est la variable du 21^e siècle considérée comme le principal déterminant de la santé d'une personne et un outil d'évaluation de la qualité et de l'efficacité des politiques publiques de santé d'un pays, la question générale de recherche a été formulée de la manière suivante :

QP : Quelle est la situation de la littératie en santé au Cameroun dans la promotion de la santé tout au long de la vie dans ce contexte de recrudescence des maladies cardiovasculaires ?

L'opérationnalisation de cette question principale nous permet d'avoir des questions secondaires ci-dessous.

1.3.2 Questions de recherche secondaires (QR)

Pour plus de visibilité et de lisibilité, quatre questions de recherche (QR) ont été élaborées :

QR₁ : Quelles sont les qualités psychométriques de l'outil d'évaluation de la littératie en santé pour la population générale camerounaise ?

QR₂ : Quelles sont les qualités psychométriques de l'outil d'évaluation de la promotion de la santé pour la population générale camerounaise ?

QR₃ : Quel est le niveau de littératie en santé de la population camerounaise ainsi que leurs déterminants ?

QR₄ : Quel lien existe-t-il entre littératie en santé et comportement de promotion de la santé ?

1.4 Hypothèses de recherche

Nous aurons une hypothèse générale et quatre hypothèses de recherche

1.4.1 Hypothèse générale de recherche (HG)

La réponse provisoire à la question principale de recherche présume une difficulté à se prononcer sur la situation de la littératie en santé au Cameroun, tant sur le plan de l'existence des qualités psychométriques d'outils d'évaluation de la littératie en santé que sur le plan de la promotion de la santé. Elle émet cependant l'idée de l'existence d'une relation entre le niveau de littératie en santé et l'adoption des comportements de promotion de la santé dans la suite logique des autres études qui s'inscrivent dans la même logique (Bennett et al., 1998 ; Bouffard, 2010 ; Speros, 2005 ; Vandenbosch et al., 2016). Elle se formule comme suit :

HG : Le domaine de la littératie en santé au Cameroun est encore à l'état embryonnaire, bien que son niveau de compétence chez les individus soit lié à l'adoption des comportements de promotion de la santé dans ce contexte de recrudescence de maladie cardiovasculaire.

1.4.2 Hypothèses secondaires de recherche (HR)

En adéquation avec nos questions de recherche, nous avons quatre hypothèses de recherche.

HR1 : Le *Cameroonian Health literacy scale questionnaire short forms* (HLS-Cam-Q16 & HLS-Cam-Q6), sont des outils d'évaluation de la littératie en santé psychométriquement valides pour les populations camerounaises. Autrement dit, ces outils présentent des bonnes qualités psychométriques pour des évaluations du niveau de littératie en santé de la population en contexte camerounais.

HR2 : La *Composite Adolescents Health Promotion Scale* (AHPB-27) est un outil d'évaluation des comportements de promotion de la santé psychométriquement valide pour les adolescents et jeunes adultes camerounais. Autrement dit, cet outil présente des qualités psychométriques acceptables pour être utilisé dans l'évaluation des comportements de promotion de la santé auprès des adolescents et des jeunes adultes camerounais.

HR3 : Au regard des principaux déterminants de la santé que sont la langue, le statut social, le statut de santé et la région d'habitation, la population camerounaise a un niveau de la littératie en santé limité.

HR4 : Il existe un lien entre la littératie en santé et la promotion de la santé chez les adolescents et les jeunes adultes.

1.5 Objectifs de l'étude

La présente étude comporte un objectif général et des objectifs spécifiques.

1.5.1 Objectif général

Partant de l'idée selon laquelle la compétence en littératie en santé varie selon le contexte, la culture et l'environnement dans lequel on se trouve (OMS, 2013b), la présente étude décrit la situation de la littératie en santé au Cameroun en lien avec l'adoption des comportements de promotion de la santé.

1.5.2. Objectifs spécifiques

Ils sont au nombre de quatre :

- ✓ Vérifier si ces deux outils (HLS-Cam-Q16 & HLS-Cam-Q6) de mesure de la littératie en santé présentent des bonnes qualités psychométriques pour des évaluations du niveau de littératie en santé de la population en contexte camerounais.
- ✓ Faire une adaptation transculturelle d'un questionnaire composite d'évaluation des comportements de promotion de la santé psychométriquement valide pour les adolescents et jeunes adultes camerounais.
- ✓ Déterminer le niveau de littératie en santé de la population camerounaise ainsi que ses principaux déterminants.
- ✓ Déterminer le lien entre le niveau de littératie en santé et l'adoption des comportements de promotion de la santé, notamment la santé cardiovasculaire chez les adolescents et les jeunes adultes camerounais.

1.6 Conclusion du chapitre

Ce chapitre premier, consacré à la problématique, a permis de mettre en exergue le contexte empirique et sanitaire dans lequel évolue la population camerounaise. Il laisse à retenir que la population camerounaise croît rapidement alors que le système de santé fait face à de nombreux défis. Si ce système a permis une assez nette maîtrise de l'évolution des maladies transmissibles, elle fait face à la situation des maladies non transmissibles notamment les maladies cardiovasculaires dont la prévalence est sans cesse croissante. En effet, le système de santé est confronté à la faiblesse de ses six piliers (leadership et gouvernance, ressources humaines, offre de services et de soins, infrastructures, médicaments et technologies sanitaires, financement et système d'information sanitaire obstacles d'ordre structurel, financier, organisationnel) et par conséquent peine à répondre aux besoins sociaux sanitaires des populations et à contribuer au développement d'un capital humain sain et productif. Par conséquent, la santé des individus repose dans leurs mains et dans leur capacité à financer leur propre santé et celle de leurs familles.

Dans un tel contexte, il paraît fondamental d'agir sur les compétences individuelles des citoyens afin de leur permettre de tomber le moins possible malade, de vivre le plus longtemps possible et vieillir en bonne santé. Ceci passe notamment par le système éducatif qui doit veiller à développer chez les citoyens, un esprit critique et une responsabilité vis-à-vis de la santé. Il doit donc développer sur le plan sanitaire, les capacités des individus à rechercher, trouver, comprendre, critiquer l'information de santé et au besoin l'utiliser de façon appropriée pour

leur prise en charge en cas de maladie ou pour la prévention et la promotion de la santé. C'est ce qu'on appelle littératie en santé. Elle constitue l'objet du prochain chapitre.

Chapitre 2 : Littératie en santé

La littératie en santé (LES) est encore, en contexte africain et camerounais, une notion mal connue et peu maîtrisée tant en population générale que dans les milieux hospitaliers et universitaires. Bien développée en Australie, en Amérique et en Europe, elle a fait récemment son entrée en Afrique noire notamment au Mali avec le projet OPHELIA (*Optimising Health Literacy and Access*). En effet, même dans les milieux où elle est connue et largement étudiée, la LES est présentée comme un terme étrange dont la majorité des individus n'en ont jamais entendu parler jusqu'à ce qu'il leur soit pour une première fois expliqué (Rondia et al., 2019). Dès-lors, l'on se demande comment on a pu faire pour s'en passer jusque-là ? Dans ce deuxième chapitre, trois points seront abordés. D'abord, un aperçu général de la notion LES, ensuite les principales approches conceptuelles et théoriques de la LES et enfin, la psychométrie de la LES.

2.1 Qu'est-ce que la littératie en santé ?

Pour mieux comprendre l'expression LES, il faut bien remonter aux quatre racines principales qui l'ont constitué (Okan, 2019) afin de lui proposer une acception qui prenne en compte le chemin parcouru et la réalité actuelle. C'est pourquoi dans cette section, nous commençons par un détour historique sur l'origine du concept ; ensuite, les évolutions connues dans son acception et enfin, la contribution de l'Afrique et du Cameroun à l'institutionnalisation progressive de celle-ci.

2.1.1 Origine d'un concept devenu incontournable en éducation à la santé

Durant les 40 années passées, la LES est devenue un objet d'intérêt interdisciplinaire. Aujourd'hui, presque toutes les sciences de la santé et apparentées prennent part à la recherche en la matière (Okan, 2019). Bien plus, la LES a aussi attiré l'attention de beaucoup de gouvernements, des organisations publiques, les organisations non-gouvernementales (ONG) (Nutbeam et al., 2018) et des organisations savantes. Pour comprendre cet intérêt croissant et effiler pourquoi le champ de recherche sur la LES est si hétérogène par rapport à ses approches conceptuelles et méthodologiques, Okan (2019) recommande de remonter à ses racines qui se trouvent dans l'éducation scolaire à la santé, l'éducation des adultes, la recherche en soins médicaux et la santé publique.

❖ L'éducation scolaire à la santé

L'éducation scolaire à la santé renvoie au contenu d'apprentissage qui, dans les curricula de formation des apprenants, est en lien avec la santé : prise en charge de la maladie, prévention de la maladie et surtout promotion de la santé. Les thématiques abordées dans ces notions à l'école camerounaise sont diverses et variées et souvent sources de polémiques. Selon le curriculum que propose le ministère de l'éducation de base (MINEDUB) pour le préscolaire, l'éducation scolaire à la santé est l'objet d'un domaine (Vie courante) ayant quatre sous-domaines : éducation à la santé et à la nutrition ; éducation à la santé et à l'environnement ; éducation civique et morale, et éducation à la sécurité (MINEDUB, 2018a). Au primaire, l'éducation scolaire à la santé est l'objet d'un centre d'intérêt⁹ à chaque niveau et palier de tout le cycle (MINEDUB, 2018b, 2018c, 2018d).

Selon diverses sources, l'origine de la notion LES est associée à un événement particulier du domaine de l'éducation, et spécifiquement de l'éducation à la santé. Il s'agit d'une conférence interdisciplinaire sur l'éducation à la santé tenue à New-York aux États-Unis (USA) en 1973 (Simonds, 1974). Cette conférence avait pour but de déterminer comment l'éducation peut être mobilisée le plus efficacement possible pour prévenir les maladies (Okan, 2019). Les experts d'éducation, de la santé, de la communication et de l'industrie du divertissement se sont retrouvés et ont analysé diverses questions des champs de la recherche, de la pratique professionnelle et de la politique en rapport avec les nouvelles directions dans l'éducation à la santé et de la communication en santé publique. C'est dans ce contexte que l'expression *health literacy* est apparue, comprise comme le résultat d'éducation à la santé. Sa paternité est assignée à Simonds (Simonds, 1974). Pleasant (2012) rapporte que selon les propos de Simonds lui-même, l'utilisation de cette expression était plus un hasard de la langue qu'une construction intentionnelle et singulière d'un concept.

Jusqu'en 1995, il n'existait presque aucune documentation scientifique sur la LES en lien avec l'éducation scolaire à la santé. La même année, le *Joint Committee on National Health Education Standards* s'est réuni et pour la première fois, il recommande que la LES soit considérée comme le but majeur de l'éducation scolaire à la santé. C'était aussi la première fois

⁹ Un centre d'intérêt est un champ thématique autour duquel les apprentissages se construisent sur une période d'un mois. Chaque centre d'intérêt comprend trois sous-centres d'intérêt. Chaque sous-centre est exploité pendant une semaine. Le centre d'intérêt permet de mieux fixer l'attention de l'élève.

que la littératie en santé était clairement définie dans le contexte de l'éducation à la santé comme :

la connaissance de la santé et la compétence à obtenir, interpréter et comprendre l'information de santé de base et services et la compétence à utiliser de telles informations et services dans le but de rehausser le niveau général de santé. (Joint Committee on National Health Education Standards, 1995, p. 5)

Nonobstant cette évolution conceptuelle de la LES, son enseignement dans le milieu scolaire se faisait de façon non formelle, sans curriculum. Trente années d'inertie sont passées depuis la conférence du Lac Saranac, avec presque aucune activité de la LES dans les écoles jusqu'à ce qu'en 2004, l'Institut américain de médecine (IOM) indique que le système éducatif était parmi les espaces majeurs pour la promotion des interventions en LES (Nielsen-Bohlman et al., 2004). Dès lors, la LES qui ne s'enseignait sur la base d'un curriculum qu'aux USA, va s'étendre à travers le monde. D'abord en Finlande en 2004 (Okan et al., 2021), ensuite en Australie en 2012 (Okan, 2019) et enfin, en Europe (Bröder et al., 2018 ; Trezona et al., 2018a). Une racine importante de la LES est l'éducation à la santé, bien que jusqu'à présent, peu de pays aient adopté un curriculum scolaire de littératie en santé (Okan, 2019).

❖ L'éducation des adultes

Étymologiquement, le terme adulte a une origine latine « *adultus* », qui signifie ce qui a fini de croître. Paré Kaboré et Nabaloum-Bakyono (2014) définissent l'âge adulte comme une « *Étape du développement de l'être humain se situant après l'adolescence, caractérisée par une maturité biologique et psychologique permettant la prise de responsabilité sociale.* » (p. 58). Selon la perspective africaine de l'éducation des adultes¹⁰, est considérée comme adulte toute personne reconnue mature par sa communauté, sur la base de considérations physiques (développement biologique), sociologiques (passage aux rites initiatiques et/ou mariage), légales (satisfaction des attributs légaux) et intellectuelles (psychologiquement et cognitivement prête à assumer les attentes de la société vis-à-vis d'un membre adulte) (Baba-Moussa et al., 2014).

¹⁰ La perspective africaine de l'éducation des adultes est une démarche novatrice visant à contextualiser les théories de l'éducation des adultes, en vue d'un meilleur ancrage des pratiques éducatives dans les réalités socioculturelles de l'Afrique d'aujourd'hui.

Comme mentionné dans la section précédente, la LES est née des échanges sur le lien entre l'éducation et la santé. Mentionnons également, qu'à cette conférence, la question de l'éducation des adultes était aussi discutée. Toutefois, ce n'est pas en cela que l'éducation des adultes constitue un pilier de développement de la LES (Okan, 2019), mais plutôt le fait que l'adulte et la formation continue ainsi que la recherche des compétences en littératie générale ont une longue tradition autour du monde. D'ailleurs, depuis très longtemps « *l'école et la vie font un* » (Moumouni, 1964, p. 214). Ainsi, très tôt, les études se sont intéressées à l'impact du faible niveau d'éducation et de littératie générale sur la santé (Nutbeam, 2000). Ces études ont révélé que les adultes ayant des difficultés à lire tout comme ceux illettrés avaient de nombreuses répercussions directes sur leur santé et sur leur capacité à se mouvoir dans le système de santé. Puisque, l'état de santé d'un individu est influencé par ses caractéristiques individuelles et son niveau de littératie générale (Loignon et al., 2018). Les adultes « analphabètes » étaient particulièrement impactés lorsqu'il fallait interagir avec le système des soins médicaux en tant que malades (Okan, 2019). Ces études ont ainsi révélé que pour les malades adultes, la littératie générale est un déterminant important pour une communication efficiente avec le secteur de la santé et leurs professionnels ; et surtout pour acquérir et comprendre les connaissances et informations relatives à la santé.

Dans cette perspective, la nécessité d'instruire et d'éduquer les adultes s'imposent à tous comme un impératif catégorique. Non seulement parce que cela permet l'échange avec le système de santé, mais aussi parce que cela améliore leur propre situation du point de vue de l'éducation des enfants, de la productivité, du comportement alimentaire, de l'assainissement, de l'hygiène, de la santé, etc. (Paré Kaboré & Nabaloum-Bakyono, 2014). Partant de cette avancée scientifique, les formateurs des adultes vont introduire les enseignements de santé dans les échanges avec les adultes. C'est sans un curriculum bien défini et par un processus bottom-up que les enseignements de LES sont ainsi entrés dans les classes des adultes (Okan, 2019). Bien plus, étant donné que pour tout apprentissage impliquant les adultes, il faut une dose de motivation, introduire les enseignements sur la santé apparaît comme une garantie pour leur implication car, la santé est un intérêt personnel des apprenants adultes (Paré Kaboré & Nabaloum-Bakyono, 2014 ; Okan, 2019). D'ailleurs, Rudd et al. (1999) rapportent que des éducateurs ont utilisé cette méthode pour motiver des apprenants adultes à s'engager et à mieux apprendre la lecture, l'écriture, l'expression orale et la numératie.

❖ La recherche en soins médicaux

La recherche en soins médicaux et l'éducation des adultes sont liées. Ce lien est traçable depuis les premières recherches aux USA dans les années 1960 et les décennies subséquentes. À cette époque, les chercheurs, principalement médecins, mais aussi les infirmiers et pharmaciens, enquêtaient sur les compétences communicationnelles des patients ; leur connaissance et compréhension des informations de santé ainsi que leur acquiescement et adhésion thérapeutique du fait que le système de santé était en pleine mutation et devenait de plus en plus complexe (Okan, 2019). De ce fait, les prestataires de soins médicaux et les professionnels de santé ont élargi le champ de leur attente à l'égard des patients. Ils ont commencé à attendre que les malades assument un rôle plus actif dans leur soin et une plus grande responsabilité pour leur propre santé (Parker, 2009). Pour Okan (2019), si l'on ne peut pas mettre cette volonté d'autonomisation des patients en lien avec la LES, on peut quand-même relever qu'il s'agit d'un réel désir de baisser des coûts des soins médicaux et la responsabilité des systèmes de santé.

Des études étendues au domaine des soins médicaux et de la prise en charge ont montré qu'avoir un faible niveau de LES était négativement associé à plusieurs comportements de santé et les résultats de santé (Vandenbosch et al., 2016 ; Speros, 2005). À ce moment, les professionnels eussent besoin des instruments pour analyser les forces et faiblesses des patients durant le processus de prise en charge afin de fournir des meilleurs soins médicaux adaptés aux besoins et aux capacités des malades (Okan, 2019). Ainsi, progressivement, plusieurs organismes et organisations de santé se sont appropriés de la notion de LES. L'évidence la plus marquante dans cette prise en compte est la publication par l'IOM en 2004, d'un rapport consacré à la LES intitulé : *Health literacy: A prescription to end confusion* [la littératie en santé : une prescription pour taire les confusions] (IOM, 2004).

Jusqu'ici, et comme dans le domaine de l'éducation, la prise en compte des contenus de la LES dans les différentes institutions de santé se fait à partir d'une approche bottom-up (ascendante). Progressivement et avec de multiples plaidoiries sur la question, la donne va changer. Ces efforts vont permettre successivement aux USA, l'élaboration des actes nationaux de la LES, du Plan d'action nationale sur la LES et finalement, des actes de la protection des patients de l'accès aux soins. Ce dernier, signé par le président Barack Obama (Parker & Ratzan, 2010) marque le passage d'une approche du bottom-up à une approche du top-down, assurant ainsi le support et promotion d'initiatives de littératie en santé par la loi (Okan, 2019).

❖ La santé publique

Les différentes définitions de la santé publique insistent sur le fait qu'elle est une approche collective des actions de santé (OMS, 2002). La santé publique aborde l'organisation mondiale de la santé à l'échelle de la population entière, en mettant en avant la prévention et la promotion de la santé. La santé publique se démarque ainsi de la médecine clinique essentiellement sur deux plans :

- 1) elle met davantage l'accent sur la prévention que sur les traitements curatifs ;
- 2) elle développe une approche populaire, plutôt que de s'intéresser individuellement aux problèmes de santé des personnes.

Dans le domaine de la santé publique, le développement de la LES s'est fait étroitement avec le développement du mouvement de la promotion de la santé initié par l'OMS le 21 novembre 1986 via la Charte d'Ottawa (Okan, 2019). Le développement entre la LES et la promotion de la santé semble indissociable de ce fait, et au vue des domaines d'action de la santé publique : la promotion de la santé, la prévention de la maladie et la restauration de la santé (OMS, 2002). Agir sur la promotion de la santé et la prévention de la maladie revient de façon implicite ou explicite à agir pour l'augmentation de la littératie générale des populations et particulièrement leur LES. Cependant, à ses débuts, et ce jusqu'à très récemment, le mouvement de la promotion de la santé n'intégrait pas explicitement la notion de littératie en santé. À titre d'illustration, ce n'est qu'en 1998 que ce terme entre dans le glossaire de promotion de la santé de l'OMS pour décrire les habiletés cognitives et sociales qui déterminent la motivation de l'individu (Nutbeam, 1998). Après cette année, il faudra attendre 18 ans, dans la Déclaration de Shanghai (OMS, 2016), pour avoir un engagement formel de l'OMS portant sur la littératie en santé.

À deux ans du 50^{ème} anniversaire de la formalisation de la LES, elle a fait du chemin. L'analyse des quatre racines à l'origine de la LES fait émerger plusieurs points. Premièrement, toutes ces approches définissent la LES comme le résultat de l'éducation à la santé et l'associent aux cadres pédagogiques scolaires et aux apprentissages scolaires de santé. Deuxièmement, toutes admettent que la LES est une responsabilité individuelle. Mais alors, elles considèrent aussi l'influence de l'interaction entre les individus et leur environnement, y compris les facteurs sociaux et la sensibilité culturelle. Troisièmement, bien que l'introduction de la LES dans les domaines de l'éducation des adultes et les soins médicaux se soit faite par une approche top-down et par autre une approche bottom-up dans les domaines de l'éducation scolaire à la santé et de la santé publique, aujourd'hui, les deux approches top-down et bottom-up peuvent être

trouvées dans toutes ces disciplines. Quatrièmement, l'approche de la santé publique et celle de l'éducation scolaire à la santé montrent que les politiques sociales, étaient à l'ordre du jour dans les années 1970 et 1980, alors que les systèmes et perspectives professionnelles qui ont émergé dans les années 2000 promeuvent les systèmes de soins médicaux tout en accentuant l'idée selon laquelle la LES relève des capacités individuelles. Cinquièmement, alors que les recherches en soins médicaux ont permis le développement de nombreux outils diagnostics de la LES en milieu hospitalier, l'approche de la santé publique a fait plus de progrès dans le développement des approches conceptuelles et théoriques de la LES (Pleasant & Kuruvilla, 2008). Enfin, la compréhension la plus importante que toutes les approches (éducation scolaire à la santé, l'éducation des adultes, recherches en soins médicaux et la santé publique) partagent, est celle selon laquelle la LES doit être considérée dans une approche globale impliquant différents secteurs dont celui de la recherche, de la pratique, des industries et de la politique (Okan, 2019).

2.1.2 Acceptions de la littératie en santé : pourquoi est-il important qu'elle soit définie ?

Cette question semble banale à première vue car, beaucoup diront que dans un travail de recherche, la moindre des choses serait la clarification des concepts clefs afin d'éviter tout effet de papillonnage. Certes, mais cela est insuffisant lorsqu'on se réfère à Rudd (2017). Il estime que la définition attribuée à un concept donne des orientations sur sa compréhension, sur l'approche théorique qui la sous-tend et sur les outils probables de sa mesure (Rudd, 2017). L'importance de définir la LES réside par ailleurs dans le fait que cette notion a été utilisée dans les orientations différentes dans des contextes différents ; mais aussi du fait que les définitions et interprétations de la LES ont des implications importantes pour les professionnels de la santé et les initiatives liées aux politiques publiques de santé (Malloy-Weir et al., 2016). Bien plus, pour plusieurs auteurs, les interprétations vagues et parfois contradictoires de la LES sont considérées comme des facteurs qui limitent le développement de dimensions valides et fiables ; l'évaluation exacte et les comparaisons d'initiatives de la LES ; et enfin, la synthèse d'évidences pour soutenir les stratégies de promotion de la LES (Liu et al., 2020 ; Malloy-Weir et al. 2016 ; Pleasant, 2012, 2014). C'est pourquoi il est par ailleurs indispensable de définir la LES au vue du développement exponentiel des publications sur cette notion.

Sørensen (2019) rapporte que dans la dernière décennie, plus de 1 000 articles scientifiques sur la LES ont été publiés annuellement avec un total d'environ 7 000 articles recensés à la date du

15 février 2018 sur PubMed¹¹. Malgré ce nombre important de publications sur la LES et les concepts apparentés, seules quelques-unes se sont spécifiquement concentrées sur l'analyse définitionnelle de cette notion, notamment les publications de Zarcadoolas et al. (2005) ; Massey et al. (2012) ; Sørensen et al. (2012) ; Malloy-Weir et al. (2016) ; Bröder et al. (2017) ; Cadman (2017) ; Bröder et al. (2019a) et Liu et al. (2020). La diversité des définitions et d'interprétations présentées dans ces revues traduisent le manque d'une définition univoque et communément acceptée. Dans une méta-analyse consacrée à la définition de la LES, Malloy-Weir et al. (2016) ont recensé environ 250 définitions différentes dont les plus couramment utilisées étaient ouvertes à de multiples interprétations et reflétaient des hypothèses sous-jacentes qui ne sont pas toujours justifiables.

2.1.2.1 De la littératie à la littératie en santé

Selon la définition générale de la littératie en santé élaborée par *The European Health Literacy Project consortium (The HLS-EU Consortium)*, elle est liée à

la capacité et la motivation des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en rapport avec la santé en vue de porter des jugements et prendre des décisions en matière de soins de santé, la prévention des maladies et la promotion de la santé, de manière à maintenir ou améliorer la qualité de vie. (Sørensen et al., 2012, p. 3)

Cette définition formulée par Sørensen et al. (2012) à la suite d'une revue de littérature sur les définitions et les modèles théoriques de la LES visait entre autres, à lever l'absence de consensus dans sa définition. Cette revue a permis de recenser 12 modèles conceptuels distincts et environ 17 définitions dont l'analyse a permis de proposer cette nouvelle définition contemporaine. Les nombreuses références à cette définition dans la littérature aujourd'hui consolident l'idée du consensus autour d'elle (Charafeddine et al., 2019). Ce consensus reste, néanmoins, recherché quant à l'origine de la LES dans la littérature.

Trois grandes dates sont données par différents auteurs pour situer l'apparition de la LES. Pour le premier groupe, cette notion serait apparue autour des années 1970 aux États-Unis (De Jordy, 2018 ; Van den Broucke, 2017) avec les disciplines comme la médecine, la psychologie, l'éducation et les sciences infirmières, dans leurs volets de l'éducation à la santé, de la santé publique et de la santé mentale (Speros, 2005). Par contre, pour certains comme la Fédération des maisons de santé, la LES est une expression qui trouve ses origines au Canada dans les

¹¹ PubMed est une plateforme de distribution de documents scientifiques en ligne

années 1980 (Conseil canadien sur l'apprentissage, 2008 ; Cormier, 2017). Pour d'autres, enfin, la notion de LES est un néologisme introduit au début des années 1990 (Henrard & Prévost, 2016). Sørensen (2019) résume l'évolution de la LES en indiquant qu'elle a été citée pour la première fois en 1974 par Simonds dans le cadre des cours d'éducation à la santé. Elle ajoute que le premier article scientifique portant sur la LES a été publié en 1980, le second en 1990. Seize ans plus tard, soit en 2006, on recensait déjà plus de 100 articles publiés. Quelle que soit la période considérée pour l'apparition de la LES, plusieurs études ont été menées pour arriver à une définition consensuellement acceptée aujourd'hui. Selon Nutbeam (2009, 2015), pour davantage comprendre cette définition et la mesure de la LES, il est nécessaire de comprendre la notion sous-jacente de « littératie ».

À la base de l'expression « littératie en santé » se trouve le néologisme « littératie ». Dans la langue française, le terme littératie est différemment orthographié. La tradition privilégie une orthographe étymologiquement « littéraire », avec deux « tt » dans littéracie ou littératie ; alors que les approches anthropologiques l'associent à une origine culturelle plus large, et préfèrent « litéracie », une orthographe proche de la forme anglaise *literacy* (David, 2015). Ainsi, une écriture unique n'est pas adoptée pour ce néologisme. Selon plusieurs sources, que l'on écrive littératie (Reuter, 2003), litéracie (Jaffré, 2004) ou encore littéracie (Rispaïl, 2011), cela renvoie à la même réalité. Dans le cadre de cette thèse nous retenons la première approche en adoptant la graphie littératie.

Le terme *littératie* est apparu pour la première fois en français il y a 25 ans (Cormier, 2017). Sa définition d'alors était la suivante : « *Utiliser des imprimés et des écrits nécessaires pour fonctionner dans la société, atteindre ses objectifs, parfaire ses connaissances et accroître son potentiel.* » (Conseil canadien sur l'apprentissage, 2007, p. 14). Dans un article consacré à l'analyse de la littératie et ses principaux courants de recherche, Barré-de Miniac (2002) recommande de la considérer plus comme une notion qu'un concept¹². Aussi, ajoute-t-elle, pour mieux comprendre cette notion et les débats qu'elle suscite, il est important de remonter à l'histoire de son apparition, car il est admis depuis fort longtemps que le terme littératie est polysémique (Scribner & Cole, 1981/1999). Les débats relatifs à la maîtrise de l'écrit ont fait naître les vocables d'analphabétisme fonctionnel et l'illettrisme. Et c'est en réaction à ces deux vocables négatifs, dans un débat d'idées, qui est aussi un débat de mots, qu'est arrivé ce

¹² Un concept implique un objet aux contours étroitement circonscrits, construit, « déconstruit » et utilisé comme élément de construction d'un ensemble théorique. Un concept implique l'idée d'unidimensionnalité. Or, la littératie est une notion multidimensionnelle.

troisième terme littératie. Cette notion est née alors du « *souci de passer d'une définition en négatif à une définition en positif, et d'une logique de fonctionnement dans la vie quotidienne à une logique de développement personnel et de vie sociale* » (Barré-de Miniac, 2002, pp. 27-28). La littératie prendrait ainsi en compte les potentialités de chaque individu en vue de lui apporter selon ses besoins les compétences nécessaires. La définition du Groupe d'experts sur la littératie en matière de santé s'inscrit dans cette logique : « *La littératie est la capacité de comprendre et d'utiliser la lecture, l'écriture, la parole et d'autres moyens de communication pour participer à la société, atteindre ses objectifs personnels et donner sa pleine mesure* » (Rootman & Gordon-El-Bihbety, 2008, p. 12).

La littératie est un néologisme d'origine anglo-saxonne dérivé de l'anglais *literacy* et désigne les connaissances et les compétences dans les domaines de la lecture, de l'écriture, de la parole (ou d'autres moyens de communication) et du calcul qui permettent aux personnes d'être fonctionnelles en société et d'y participer (Rootman & Gordon-El-Bihbety, 2008). Dans ce sens, la littératie est une notion très proche de celle de l'alphabétisme qui couvre non seulement les compétences cognitives de la lecture et de l'écriture, mais aussi la notion de fonctionnalité et d'application pertinente dans un contexte social donné (Unesco, 2006). En France notamment, on remarque la persistance d'un chevauchement dans l'utilisation des termes alphabétisme, illettrisme et littératie (Moreau et al., 2011, 2013). La littératie est le pendant positif aux termes d'illettrisme ou d'analphabétisme (Henrard & Prévost, 2016). Bien plus, d'une part, le terme littératie se distingue des termes alphabétisme ou alphabétisation qui, eux, réfèrent aux habiletés à utiliser le code écrit, tel que les lettres de l'alphabet. D'autre part, il se distingue aussi du terme illettrisme qui désigne la faible capacité à utiliser la langue écrite (lire et écrire) malgré une scolarisation (Ruel & Moreau, 2017). L'acception de la littératie s'est encore étendue aujourd'hui, pour désigner l'ensemble des activités humaines qui recourent à l'écriture en général, mais aussi aux effets en retour de cet usage sur les modes de penser, et probablement sur l'architecture cognitive et son développement (David, 2015).

Selon Nutbeam (2015), la littératie est une notion importante, en ce sens que même les compétences de base en littératie permettent aux gens de mieux développer leurs connaissances et d'améliorer leurs potentiels, afin d'accomplir leurs buts personnels. À travers les compétences en littératie, les gens peuvent participer plus activement à la société et aux activités économiques. Bien plus, en littératie générale, les compétences sont associées soit directement ou indirectement à une large gamme de résultats de santé. À titre d'exemple, Berkman et al. (2011) rapportent que les personnes ayant un faible niveau de littératie ont tendance à être peu

favorables aux messages d'éducation à la santé ; sont moins enclines à utiliser les services de la prévention de la maladie ; et éprouvent beaucoup de difficultés à gérer avec succès la maladie chronique. Toutefois, une différence doit être faite entre la littératie générale et la littératie spécifique ; car, un individu qui possède de grande compétence en littératie générale (lecture, écriture et compréhension) peut ne pas être capable d'appliquer avec efficacité ces compétences dans des domaines qui requièrent des connaissances spécifiques ou dans les contextes peu familiers. C'est pourquoi Nutbeam (2008, p. 450) estime que la « *littératie est à la fois un contenu et un contexte spécifique* ». Selon les contextes, l'on peut citer la littératie numérique, la littératie juridique, la littératie alimentaire, la littératie médicamenteuse, la littératie en santé orale ou, bien entendu, de la littératie en santé, objet de cette thèse. Dans chaque contexte spécifique (comme celui de la santé, par exemple), on peut distinguer une LES générale qui vise à évaluer le niveau général de connaissance d'une population sur le domaine (le niveau de littératie en santé de la population camerounaise) ; et une LES spécifique qui vise à identifier le niveau de compétence d'une population spécifique donnée sur le domaine (le niveau de littératie en santé des personnes souffrantes de maladie chronique ; de l'insuffisance rénale, par exemple).

2.1.2.2 Des compétences en matière de santé à la littératie en santé

L'expression littératie en santé, aujourd'hui adoptée par l'essentiel des chercheurs en la matière, a connu une évolution tant sur le plan de sa graphie que dans son acception comme ce fut le cas avec celle de la notion de littératie. La décennie 1980-1990 marque une période de grand intérêt pour la recherche en LES. Cet intérêt fut une conséquence des études sur le lien entre le niveau de littératie de la population et la santé (Henrard & Prévost, 2016). C'est ainsi qu'au fur et à mesure des avancées dans les recherches, la notion s'est popularisée et internationalisée. L'OMS l'introduit dans son glossaire de la promotion de la santé en 1998 sous l'appellation « *compétences en matière de santé* » (Henrard & Prévost, 2016 ; Rootman & Gordon-El-Bihbety, 2008). Quinze années plus tard, dans son rapport de 2013, l'OMS faisait de la LES le prédicteur le plus important de l'état de santé d'une personne que ses revenus, sa situation professionnelle, son niveau d'instruction et son groupe ethnique (Chinn & McCarthy, 2013 ; Kickbusch et al., 2013). À l'origine, l'intérêt pour la LES était principalement focalisé sur les seuls services en santé et avait une portée limitée, car, cela concernait seulement la capacité à comprendre des mots difficiles et à maîtriser le calcul arithmétique dans un contexte médical (Van den Broucke, 2014). Au fil du temps, son acception a progressivement évolué pour inclure des capacités plus complexes et interconnectées, comme celle de comprendre des informations sur la santé,

communiquer ses besoins aux professionnels de santé, saisir des instructions de santé (Sørensen et al., 2012), et la capacité à synthétiser l'information (Liu et al., 2020). Cette dernière compétence tient en compte le contexte d'« infobésité » qui caractérise l'environnement numérique actuel, où les gens sont inondés d'informations venant de toute part. Dans de telles circonstances, être capable de comparer, peser et d'intégrer plusieurs informations pour prendre une décision bien renseignée s'avère indispensable (Liu et al., 2020).

Les premières définitions de la LES mettaient l'accent sur la capacité des individus à utiliser des compétences générales en littératie telles que lire, écrire, compter, écouter et parler pour obtenir, comprendre, estimer, synthétiser, communiquer et appliquer de l'information en relation avec la santé (Liu et al., 2020). Aussi, mettaient-elles un point d'honneur sur les habiletés cognitives et sociales qui déterminent la motivation et les habiletés individuelles à obtenir, comprendre et utiliser les informations dans le but de promouvoir et de maintenir une bonne santé (Nutbeam, 1998). Elles ont ainsi toujours analysé la LES sous le prisme de la relation entre « *l'information et la connaissance*¹³ » (Liu et al., 2020, p. 1). La LES continue à se développer et inclut désormais pour un individu, aussi bien la capacité de rechercher l'information sur la santé, de prendre des décisions, de résoudre des problèmes, d'avoir une pensée critique, et de pouvoir et savoir communiquer (Van den Broucke, 2017). Aussi, la LES n'est-elle plus seulement envisagée sur un plan individuel ; elle évoque maintenant explicitement la capacité des personnes, des familles et des groupes de population (Rowlands et al., 2019). Dans une approche constructive qui prend en compte les diverses avancées dans l'élaboration d'une définition plus complète de la LES et ses critiques¹⁴ (Pleasant, 2014), Liu et al. (2020) ont formulé une nouvelle définition. Celle-ci, s'incorpore dans tous les thèmes pertinents identifiés dans des études préexistantes et définit la LES comme « *la capacité d'un individu à obtenir et de traduire les connaissances et informations dans le but de maintenir et de promouvoir la santé de manière appropriée pour l'individu et le système social* » (Liu et al., 2020, pp. 6-7). Cette définition souligne la diversité des besoins des divers individus et l'importance des interactions entre les consommateurs individuels, les personnels de santé et le système de santé pour maintenir une bonne santé.

¹³ Le terme connaissance fait référence à la compréhension d'informations factuelles au sujet de santé et peut être supplémentaires divisé en quatre aspects, à savoir connaissance de médecine, connaissance de santé, connaissance de systèmes de la santé et connaissance de science (Paakkari & Paakkari, 2012 ; Massey et al., 2012).

¹⁴ Selon Pleasant, jusqu'en 2014, aucune définition existante de la littératie en santé n'avait été produite à travers une approche scientifique robuste et rigoureuse.

Dans la version 2021 du glossaire de la promotion de la santé (Nutbeam & Muscat, 2021), la première révision complète du glossaire depuis plus de 20 ans, la définition de la LES a été ajustée pour prendre en compte les avancées du moment. La LES y est définie comme l'ensemble des connaissances et des compétences personnelles qui s'accumulent dans le cadre d'activités quotidiennes, d'interactions sociales et d'une génération à l'autre (Nutbeam & Muscat, 2021). Ici, les connaissances ainsi que les compétences personnelles sont reconnues comme étant influencées par les structures organisationnelles et la disponibilité des ressources qui permettent aux individus d'accéder à l'information et aux services, de les comprendre, de les évaluer et de les utiliser de manière à promouvoir et à maintenir une bonne santé et un bien-être à la fois pour eux-mêmes et pour ceux qui les entourent. Nutbeam et Muscat (2021) ajoutent que la LES est essentielle à la prise de décisions éclairées et à l'autonomisation des personnes et des communautés. Elle est fondée sur un accès inclusif et équitable à une éducation de qualité et à l'apprentissage tout au long de la vie. Il s'agit d'un résultat observable de l'éducation à la santé dans le cadre de la promotion de la santé. La LES est influencée par les exigences culturelles et situationnelles qui sont imposées aux personnes, aux organisations et à la société. Ce n'est donc pas la seule responsabilité des individus. Tous les acteurs de la communication en santé, y compris le gouvernement, la société civile et les services de santé, devraient permettre l'accès à des informations fiables sous une forme compréhensible et exploitable pour tous. Ces ressources sociales pour la LES comprennent la réglementation de l'environnement de l'information et des médias (oraux, imprimés, radiodiffusés et numériques) dans lesquels les gens ont accès à l'information sur la santé et l'utilisent.

Touefois, la LES ne se limite pas à la capacité d'accéder à des sites Web, de lire des dépliants et de suivre les comportements prescrits en matière de santé (Nutbeam & Muscat, 2021). Cela comprend la capacité d'exercer un jugement critique sur l'information et les ressources en matière de santé, ainsi que la capacité d'interagir et d'exprimer les besoins personnels et sociétaux en matière de promotion de la santé. En améliorant l'accès des gens à des informations de santé compréhensibles et fiables et leur capacité à les utiliser efficacement, la littératie en santé est essentielle à la fois pour donner aux gens les moyens de prendre des décisions concernant leur santé personnelle et pour leur permettre de participer à des actions collectives de promotion de la santé pour s'attaquer aux déterminants de la santé (Nutbeam & Muscat, 2021).

Dans une enquête internationale parue en 2012, Pleasant a recensé les principales définitions de la LES à travers les pays (Pleasant, 2012). L'enquête visait également à identifier les

initiatives gouvernementales et non gouvernementales en matière de LES avec un triple objectif : 1) initier un dialogue entre les différents acteurs de tout bord ; 2) documenter les différents usages de la LES et 3) examiner les interventions en LES. Les résultats révèlent qu'à cette période, seul le Nigeria comme pays africain avait déjà au moins une publication (n = 3) dans des revues à comité de lecture. Les initiatives privées comme publiques en LES étaient plutôt très rares sur le continent et relevées dans les pays comme le Zimbabwe, le Malawi (Pleasant, 2012). Quant au Cameroun, il n'avait pas (et n'a pas toujours aujourd'hui) une définition de la LES qui prenne en compte les spécificités de son contexte (Pleasant, 2012). Dans les principaux documents d'orientation de politique générale (SND30) et de santé (SSS2016-2027), le terme littératie n'y figure pas du tout. Cette absence est également remarquée dans les nouveaux curricula d'enseignement des écoles maternelles et primaires du pays (Ministère de l'éducation de base, 2018a, 2018b, 2018c, 2018d).

2.1.3 Littératie en santé : notion multidimensionnelle, complexe et hétérogène

L'évolution de la recherche dans le champ de la LES a révélé qu'elle est un construit aux dimensions multiples, complexes et hétérogènes (Sørensen, 2019). Elle s'est aussi révélée être un concept relationnel, interactif ou contextuel (Rowlands et al., 2019). Par conséquent, elle exige des compétences de divers ordres pour les populations qui en sont exposées. La LES est enfin considérée comme un concept longitudinal, avec les centres différents, les priorités et les buts sur le cours de la vie (Poureslami et al., 2017).

2.1.3.1 Multidimensionnalité : les sept domaines majeurs de la littératie en santé

Selon différentes sources, la LES est une notion multidimensionnelle (Davis et al., 2018 ; Muvuka et al., 2020 ; Nutbeam, 2000, 2008 ; Richard & Lussier, 2009 ; Zarcadoolas et al., 2005). Ce qui indique que pour jouir des bénéfices de la LES pour la santé, les individus et les populations doivent développer les compétences dans plusieurs domaines de la LES à savoir : la littératie en santé fonctionnelle, scientifique, civique, culturelle, interactive, critique, holistique et environnementale. La LES est importante pour l'individu pour se mouvoir dans le système de santé et devrait être considérée comme une interaction entre les compétences individuelles et les demandes du système de santé (Sørensen et al., 2012). C'est dans ce sens que Nutbeam (2008) a développé ses dimensions de la littératie en santé. Mais avant lui, Zarcadoolas et al. (2005) ont proposé d'autres dimensions qui méritent que l'on s'y attarde.

Zarcadoolas et al. (2005) ont proposé un modèle de la LES caractérisé par quatre domaines : la littératie fonctionnelle, la littératie scientifique, la littératie civique et la littératie culturelle. Pour arriver à cela, ils se sont appuyés sur l'idée que la LES est un domaine récent. Par conséquent, ils se sont appropriés les connaissances générées dans d'autres arènes académiques pour contribuer à sa meilleure compréhension (Zarcadoolas et al., 2005). La diversité de leur dimension reflète ce besoin de ne pas partir de rien. À la base des compétences en LES, on a, la compétence en lecture, écriture et calcul : c'est de la littératie en santé fonctionnelle ou de base. Elle est la composante principale nécessaire au développement des autres niveaux de compétences. C'est sur la base de cette conception que Zarcadoolas et al. (2005) vont construire un modèle multidimensionnel à quatre composantes qui sont considérées comme la clef de voûte de la littératie en santé.

La littératie fonctionnelle fait référence aux compétences et stratégies impliquées dans la lecture, la parole, l'écriture et l'interprétation des nombres (numératie) (Zarcadoolas et al., 2005). La littératie scientifique ou culture scientifique renvoie aux niveaux de compétence dans la science et la technologie, y compris la maîtrise de certains processus de la science. Il s'agit spécifiquement de la compréhension des concepts de base de la science, de la capacité à appréhender la complexité d'une technique, de la capacité à comprendre la technologie mais aussi et surtout de la capacité à comprendre l'incertitude scientifique ainsi que la possibilité des changements rapides en science. La littératie civique quant à elle est liée aux capacités qui permettent aux citoyens de prendre conscience des enjeux publics et à s'impliquer dans le processus décisionnel (Zarcadoolas et al., 2005). Les catégories dans ce domaine de la LES comprennent : les compétences en éducation aux médias, la connaissance des processus civiques et gouvernementaux et une prise de conscience que les décisions individuelles en matière de santé peuvent avoir un impact sur la santé publique. Enfin, la littératie culturelle fait référence à la capacité de l'individu à reconnaître et à utiliser des croyances collectives, coutumes, les modes de vie et l'identité sociale pour interpréter et agir sur l'information de santé (Zarcadoolas et al., 2005). C'est la capacité à comprendre les traditions, les activités culturelles de son groupe, d'y participer et surtout de mobiliser les différents savoirs locaux pour rechercher l'information, la comprendre afin de promouvoir et maintenir la santé. La conception de la LES en quatre dimensions a le mérite d'avoir posé les premières bases « *pour comprendre et promouvoir la littératie en santé des populations* » (Zarcadoolas et al., 2005, p. 197). Cependant, elle présente le défaut de mettre un accent plus sur les compétences individuelles

que sur les compétences communicatives. Ce n'est pas le cas des dimensions de la LES qu'a proposé Nutbeam (2008).

Don Nutbeam conçoit la LES comme un atout (*Health literacy as asset*) à construire, comme un résultat de l'éducation sanitaire et de la communication qui soutiennent une plus grande autonomisation dans la prise de décision en matière de santé en particulier (Nutbeam, 2008). Pour Rowlands et al. (2019), c'est aussi un atout d'autonomisation personnelle et de changement social au sens large. Cette conception de Nutbeam (2008) décrit trois niveaux ou domaines de la LES. D'abord, la littératie en santé fonctionnelle ; ensuite, la littératie en santé interactive qui comprend les compétences cognitives, les connaissances avancées et les aptitudes sociales requises pour prendre part activement aux activités quotidiennes. Elle permet d'extraire les informations significatives de différentes formes de communication, et d'appliquer ceci aux circonstances changeantes. Enfin, la LES critique englobe les compétences cognitives supérieures et les aptitudes sociales permettant d'analyser les informations de façon critique et de les utiliser pour contrôler davantage les événements ainsi que les situations de la vie (Sykes et al., 2013 ; Sykes & Wills, 2019).

Rask et al. (2013) ont appliqué la conception de Nutbeam à trois niveaux de la LES à l'analyse de réponses aux tests de 611 élèves canadiens de l'enseignement secondaire supérieur général à l'examen de baccalauréat. Leur analyse suggère que ces trois niveaux existants ne décrivent pas complètement la profondeur de la LES. Pour combler ce manquement, un quatrième niveau appelé « littératie en santé holistique » a été décrit dans le but de rendre compte de l'ensemble des contours de cette notion. La littératie en santé holistique est constituée des quatre sous-dimensions : (1) la tolérance, (2) la compréhension de la culture comme un phénomène large et multidimensionnel, (3) la conscience environnementale, et (4) l'analyse de l'état du monde de différents points de vue.

Figure 2.1 Le quatrième niveau de la littératie en santé

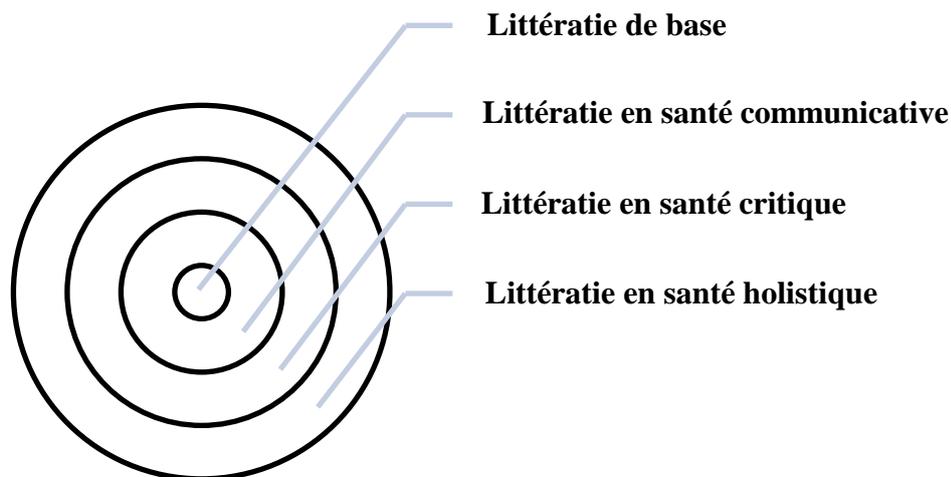


Figure X. Représentation schématique de l'imbrication du quatrième niveau de la littératie en santé dans la triple dimension de l'approche santé publique. Adaptée de « The fourth level of health literacy », de M. Rask, S. Uusiautti, & K. Määttä, 2013, *International Quarterly of community Health Education*, 34(1), p. 64.

L'approche environnementale de la littératie en santé

L'approche de la littératie en santé environnementale ([LESE], Davis et al., 2018, 2020) est inspirée des travaux de Gray (2018). La LESE est présentée comme un continuum de connaissances et de sensibilisations en santé environnementale, de compétences et d'auto-efficacité et d'actions communautaires. La LESE décrit trois dimensions de la littératie en santé (voir figure 2.2) dont la compréhension et le savoir ; les compétences et la confiance en soi et le changement au sein de la communauté (Davis et al., 2018).

La LESE vise à développer chez les individus trois compétences :

- 1) **La conscience et la compréhension** par rapport aux risques environnementaux spécifiques de la communauté. Elle implique que les expositions à l'environnement et les dynamiques socioculturelles influencent la santé. Cette conscience reflèterait alors une compréhension plus générale de l'idée selon laquelle les interactions entre l'environnement et les processus biologiques peuvent être la cause de nombreuses maladies (Finn & O'Fallon, 2017).
- 2) **Les compétences permettant la prise de décision protectrice de la santé et auto-efficacité personnelle associée à ces compétences** : cette dimension intègre la théorie sociale cognitive en mettant un accent sur le sentiment d'efficacité personnelle pour

réduire les effets néfastes de l'exposition à l'environnement à l'instar des croyances du sujet qui ont la possibilité d'influencer un aspect spécifique des résultats de santé. La connaissance approfondie de ces compétences permettant la prise de décision protectrice de santé est une composante importante de cette dimension. De telles compétences peuvent être générales dans leur nature (telle que la capacité de chercher et de comprendre une information ou la capacité de participer à la prise de décision en communauté) ou spécifique (telle que la capacité à prendre des actions pour réduire l'asthme que l'environnement déclenche dans une maison).

- 3) **Les actions collectives de changement au sein de la communauté, qui visent à réduire ou à enlever les facteurs de risques de l'environnement** : dans cette dimension, les individus et les groupes appliquent leurs connaissances et compétences en lien avec le sentiment d'efficacité personnelle pour le changement de comportement souhaité, pour réduire les effets négatifs de l'exposition à l'environnement et pour promouvoir la santé.

Figure 2.2 Trois domaines de la littératie en santé environnementale



Figure X. Représentation schématique des trois domaines de la littératie en santé environnementale. Adapté de « From Content Knowledge to Community Change: A Review of Representations of Environmental Health Literacy », de K. M. Gray, 2018, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15, p. 479. (<http://doi:10.3390/ijerph15030466>)

2.1.3.2 La complexité : les typologies de littératie en santé

Une étude de Sørensen (2017) a révélé qu'il existe plus de 100 types de littératie en santé spécifique qui peuvent être regroupés en quatre grandes catégories selon le domaine de santé, la population, les canaux spécifiques et contextuels et enfin, la langue. La première orientation concerne les travaux qui s'intéressent au rôle de la LES dans les maladies spécifiques comme le VIH-Sida, le diabète, le cancer et les maladies mentales. La seconde orientation concerne les études qui s'intéressent aux populations spécifiques, les personnes pratiquant une profession particulière comme les personnels de santé, les mères d'enfants (ou maman) et les parents. Selon Sørensen (2019), la perspective d'étude life-span s'inscrit dans cette orientation avec leurs différentes études qui portent sur les enfants, les adolescents, les adultes et les vieillards. Par ailleurs, les études qui questionnent le lien entre le genre et la LES s'inscrivent-elles dans cette même orientation. La troisième orientation est celle des études qui explorent les différents moyens via lesquels les personnes entrent en contact avec les informations de santé. L'on peut avoir comme exemple de type de LES ici, la littératie en santé des média (*Media health literacy*), la littératie en santé numérique (*eHealth literacy*). Mais aussi, la littératie en santé imprimée, la numératie en santé, la littératie en santé orale (Berkman et al., 2010). Enfin, dans la quatrième orientation, Mackert et al. (2015) classent l'ensemble des autres publications sur la LES qui ne soient pas écrites en anglais. On y retrouve ici, l'ensemble de la littérature sur la traduction et l'adaptation transculturelle d'outils et instruments (échelles et questionnaires) de mesure de la littératie en santé.

Les différentes typologies de la LES ne bénéficient pas du même écho auprès des chercheurs. Voici quelques typologies de LES qui font de plus en plus l'objet d'une attention croissante dans la littérature :

La littératie en santé numérique : développée par Norman & Skinner (2006a, 2006b), elle est l'aptitude à rechercher, trouver, comprendre et évaluer l'information sanitaire à partir de sources électroniques et à appliquer le savoir obtenu pour s'attaquer à un problème de santé ou le résoudre. Pour Rowlands et al. (2019), ce concept de LES numérique fait l'objet d'une attention croissante parce que les moyens de communication changent rapidement sous l'effet des progrès des technologies numériques (qui prolongent par exemple les méthodes orales ou écrites). Les sources électroniques/accessibles par Internet représentent à présent une méthode importante d'obtention d'informations permettant de se former une opinion et de prendre des

décisions (de santé) dans la vie quotidienne et pour faire face à la complexité du système de soins de santé (Sørensen et al., 2012).

La littératie en santé mentale : ce concept s'est développé séparément du reste du domaine de la LES (Rowlands et al., 2019). La LES mentale « *est née après que Nutbeam et ses collaborateurs aient proposé une gamme de buts et cibles à propos de la LES pour diverses maladies physiques en omettant d'évoquer la santé mentale* » (Jorm, 2019, p. 53). Les premières définitions concernaient les connaissances, les attitudes et les croyances des personnes au sujet des troubles mentaux, pouvant contribuer à les reconnaître, les prendre en charge ou les prévenir (Jorm et al., 1997). Récemment, sa définition a évolué pour inclure

(a) les connaissances sur comment prévenir des troubles mentaux, (b) la reconnaissance de quand un désordre se développe, (c) la connaissance sur les options d'aide à chercher et les traitements disponibles, (d) la connaissance de stratégies de l'auto-assistance efficaces pour les problèmes plus légers, et (e) les compétences en premier secours pour soulager ou soutenir les autres qui commencent à développer un trouble mental ou qui sont en détresse psychologique. (Jorm, 2012, p. 42)

2.1.3.3 L'hétérogénéité : les niveaux de la littératie en santé

La littératie en santé est un phénomène hétérogène, car elle a une signification pour les individus et une autre pour la société (Mårtensson & Hensing, 2012). D'un point de vue individuel, la LES s'ancre sur les déterminants de la santé ; qu'ils soient personnels, sociétaux, environnementaux ou situationnels. Alors qu'au niveau de la population, la LES se comprend comme étant en lien avec l'utilisation des services de santé, les comportements de santé, la participation des personnes au processus de soins, de prévention et de promotion de la santé (Van den Broucke & Discart, 2016).

La littératie en santé est un concept polarisé (Mårtensson & Hensing, 2012). En effet, son évaluation s'inscrit dans un continuum qui s'étale sur deux extrêmes allant du niveau faible au niveau élevé. La compétence en LES a été relevée comme se situant à cinq (05) niveaux à savoir : la difficulté à lire un texte simple et à utiliser de la documentation écrite (niveau 1) ; les faibles aptitudes en lecture se limitant à utiliser de la documentation simple (niveau 2) ; la capacité à utiliser de la documentation écrite (niveau 3) et la capacité à combiner diverses sources d'information (niveau 4) ainsi que la capacité à résoudre des problèmes d'une certaine complexité (niveau 5). Selon l'Instance Régionale d'Éducation et la Promotion de la Santé

(IREPS) de la Nouvelle Aquitaine, ces cinq niveaux de littératie correspondent respectivement au niveau du primaire, au niveau du collège (premier cycle du secondaire), au niveau du lycée (second cycle du secondaire) et aux niveaux universitaires (Sizaret, 2018). La majorité des instruments et outils d'évaluation du niveau de la LES préfèrent l'utilisation des termes plus descriptifs que ceux globaux pour situer le niveau de compétence des individus en LES qu'elle soit générale (Liu et al., 2018) ou spécifique (Okan et al., 2018). Toutefois, le niveau de compétence de populations en littératie en santé dépend de plusieurs déterminants.

2.1.4 Les déterminants de la littératie en santé

Parce que la santé et l'apprentissage sont inextricablement liés,

les déterminants de la santé peuvent être aussi des déterminants de la littératie. En fait, la littératie est listée comme un déterminant de la santé. Cependant, elle est aussi un résultat de l'éducation et peut être un résultat d'autres déterminants de la santé. (Rootman & Gordon-El-Bihbety, 2008, p. 10)

Cette interchangeabilité de statut entre la santé et la littératie ne pourrait-elle pas être également évoquée entre la santé et la LES ? Si les études n'évoquent pas encore la santé comme un déterminant de la LES, elles évoquent néanmoins une foultitude de déterminants de la LES (Amoah, 2019 ; Bragard et al., 2018 ; Chang et al., 2020 ; de Lacy-Vawdon & Livingstone, 2020 ; Levin-Zamir & Wills, 2012 ; Pelikan & Ganahl, 2017 ; Pelikan et al., 2019 ; Sørensen et al., 2012 ; Vozikis et al., 2014). En fonction des études, les facteurs personnels, situationnels, sociaux et environnementaux, culturels sont cités.

Dans les années 2000, les chercheurs avaient déjà constaté que l'état de santé d'un individu était influencé par ses caractéristiques individuelles, son niveau de littératie générale (Loignon et al., 2018), son style de vie, les facteurs sociaux, économiques et les différentes circonstances de l'environnement qui entourent les individus et les populations (Nutbeam, 2000). En 2012, Sørensen et al. (2012) ont développé un modèle de la LES présentant ses principaux déterminants dont, les déterminants personnels ; situationnels, sociaux et environnementaux ainsi que la complexité du système de soins de santé (Sørensen et al., 2012). Les déterminants personnels de la LES sont le genre, l'âge, le niveau d'éducation, le statut social auto-rapporté, la situation financière, le statut social, le statut de migrant, la nationalité, la situation familiale (incluant la possession d'une maison, des enfants, le statut marital). De mauvaises conditions sociales et économiques sont aussi rapportées comme systématiquement associées à une LES

plus faible dans les populations par Stormacq et al. (2020) dans leur revue de littérature. Les déterminants situationnels incluent le pays, la région, le code postal et la dimension de localité. D'autres déterminants liés aux comportements de santé à risque incluent la consommation d'alcool et des produits de tabac, la pratique de l'activité physique et l'indice de développement corporel (Firnges et al., 2019). Cependant, les différents déterminants n'ont pas la même influence sur le développement de la LES. Bröder et al. (2017) dans leur revue de littérature révèlent que la plupart des études ont évoqué le facteur interpersonnel comme le premier déterminant de la LES, suivi du contexte situationnel et de l'environnement social en général et l'environnement culturel en particulier.

Contrairement aux études précédentes réalisées dans le contexte des pays développés, Bragard et al. (2018) ont mené leur étude dans le contexte des pays pauvres ou en développement et plus précisément au Sénégal. Leurs résultats évoquent l'influence des facteurs socioculturels comme déterminant majeur de la LES. En effet, un contexte caractérisé par le mode de transmission où prédomine l'oralité (Diagne, 2005) et dont l'interaction est directe et affective entre les interlocuteurs (Séne, 2004) ne saurait produire les mêmes conséquences que dans d'autres contextes. Ici, la culture est considérée comme un autre déterminant de la LES comme le témoignent Levin-Zamir et Wills (2012). Levin-Zamir et Wills (2012) suggèrent également de considérer la culture comme un déterminant important de la LES et spécialement en ce moment où les mouvements de migration et de réfugiés sont de plus en plus observés. Dès-lors, ils appellent, les membres de différentes communautés et de système de santé (incluant les professionnels de la santé et autres membres du staff médical) à se préparer culturellement afin de répondre adéquatement aux demandes culturelles des individus et des groupes. La culture dans ce contexte renvoie « *au partage des valeurs, croyances et pratiques pour trouver les modes d'interaction sociale personnelle et institutionnelle qui soient significatifs, structurés afin de soutenir le bien-être des membres* » (Levin-Zamir & Wills, 2012, p. 6).

La LES n'a pas que des déterminants, elle constitue aujourd'hui un déterminant de déterminants au cœur de la santé (voir figure 2.3). Autrement dit, le niveau de LES des personnes influence certains déterminants de la santé tels que les comportements, l'utilisation des services de santé, la participation des personnes et des groupes, ou l'équité en santé. Ceci passe bien évidemment par la recherche scientifique, l'alimentation et le rôle des professionnels de santé (Van den Broucke & Discart, 2016). Ce point sera davantage développé plus loin au chapitre 5.

Figure 2.3 Voies probables d'action de la littératie en santé comme déterminant des disparités sociales de santé

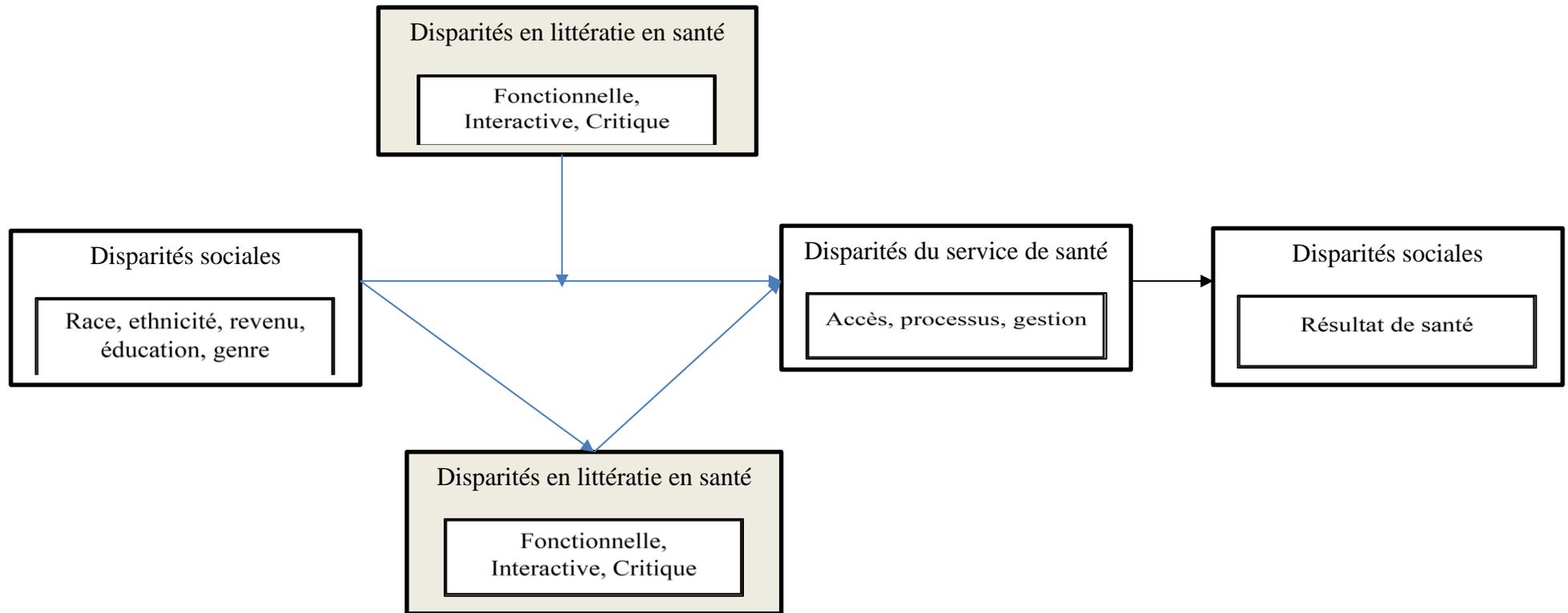


Figure X. Représentation schématique des différents rôles de la littératie en santé comme déterminant des disparités en santé. Adapté de « The Relationship between Health Literacy and Health Disparities: A Systematic Review » de S. Mantwill, S. Monestel-Umana, P. J. Schulz, 2015, *PLoS ONE*, 10(12), p. 18/22. <http://doi:10.1371/journal.pone.0145455>

2.2 Modèles théoriques et conceptuels de la littératie en santé

Les modèles théoriques de la LES se déclinent en deux grands paradigmes. D'abord, le paradigme premier, dit de la littératie en santé individuelle (LESI). Les théories de ce groupe mettent l'accent sur la capacité des individus à pouvoir trouver, comprendre, critiquer et utiliser l'information de santé de façon appropriée pour prendre des décisions de santé justes. Ensuite, le paradigme le plus récent, dit de la littératie en santé organisationnelle (LESO). Les théories de ce groupe mettent l'accent sur les organisations dans leur capacité à faire en sorte que les individus puissent plus facilement, trouver l'information et les services, les comprendre et les utiliser afin de pouvoir mieux prendre en charge leur santé.

2.2.1 Les modèles théoriques de la littératie en santé individuelle (LESI)

Encore appelé littératie en santé communautaire ou littératie en santé personnelle, les modèles de la LESI qui sont souvent cités et auxquels on fait régulièrement référence dans la littérature sont ceux de Nutbeam (2000, 2008), de Zarcadoolas et al. (2005), de Nutbeam (2008), de Sørensen et al. (2012), de Squiers et al. (2012). Plusieurs éléments caractérisent ces divers modèles : 1) ils renvoient à des études qui mesurent la LESI au sein d'un groupe cible (Rowlands et al., 2019) ; 2) ils sont basés sur de multiples définitions de la LES, qui très souvent se recoupent ; 3) les dimensions incluses dans les définitions conceptuelles varient ; et 4) les modèles génériques définissent les facteurs sous-tendant la santé ou déclenchant la littératie et inventorient les conséquences de la LES et des activités dans ce domaine.

La perspective clinique

La perspective clinique ou médicale ou encore littératie en santé du patient (Ishikawa & Yano, 2008) ou littératie en santé clinique (Pleasant & Kuruvilla, 2008) s'est développée dans le cadre de la relation entre un patient (malade) et un personnel de la santé. Elle est focalisée sur l'analyse des capacités des individus à interagir avec les personnels de santé, mais aussi sur la capacité des patients à appliquer les conseils médicaux et à suivre leur traitement de même que leur aptitude à prendre en charge personnellement leur maladie. Dans cette perspective, l'accent est mis sur l'instruction, les compétences langagières et numériques dont ont besoin les personnes en tant qu'utilisateurs devant réaliser des tâches dans le cadre d'un environnement de soins (Rowlands et al., 2019). Ce modèle ne se limite pas seulement aux capacités des patients à s'en sortir dans la communication avec le professionnel de la santé, mais aussi interroge la capacité de l'organisation à faciliter l'intégration du patient.

Selon Paasche-Orlow et Wolf (2007) et Mancuso (2009), la perspective médicale englobe également un aspect de la LESO. Dans cette mesure, elle implique que les organisations et les praticiens possèdent les compétences nécessaires pour repérer et surmonter les obstacles à la prestation de soins à des patients présentant un ensemble de capacités et de besoins différents sur le plan de la LES. Dans cette logique, la culture joue un rôle déterminant (Levin-Zamir & Wills, 2012). Les différents membres de la communauté et le système de santé (incluant les professionnels de la santé et autres membres du staff médical) doivent se préparer culturellement à l'effet de répondre adéquatement aux demandes culturelles des individus et des groupes (Levin-Zamir & Wills, 2012). La perspective médicale au-delà de relever la grande responsabilité du patient dans sa capacité à s'adapter au vocabulaire du système de santé, à appliquer les conseils médicaux et à suivre leur traitement (Rowlands et al., 2019), interpelle le système de santé comme une organisation de prendre toutes les dispositions pour le passage réussi du patient en son sein en prenant en compte la diversité culturelle des différents protagonistes. De ce fait, la perspective clinique apparaît comme un modèle complet de la LES.

Perspective de la santé publique

La perspective de la santé publique vise à améliorer l'état de santé de la population, de prévenir la maladie et de promouvoir la santé autant que l'efficacité des services de santé par la coordination des efforts de la société (Bragard et al., 2018). La conception de la LES élaborée par Nutbeam (2000, 2008) s'inscrit dans cette perspective. Au-delà de considérer la LES comme un objectif de la santé publique, Nutbeam (2008) a élaboré un modèle de la LES en lui attribuant un double statut : risque (*health literacy as a risk factor*) et atout/ressource (*health literacy as asset*).

Considérer la LES comme un « facteur de risque », revient à la considérer sous son statut de déterminant majeur de la santé contribuant aux inégalités sociales en santé (Kickbusch et al., 2013). La LES est un risque dans la mesure où les recherches ont montré que le faible niveau de LES était associé négativement à une large gamme de comportements de santé à risque (Baker et al., 2007 ; Mitchell et al., 2012). Aussi, au niveau de l'état de santé, les personnes présentant une LES plus faible démontrent-elles une plus faible santé auto-évaluée, une plus grande prévalence de la maladie chronique ainsi qu'une surmortalité 1,5 fois supérieure (Baker et al., 2007). La LES est davantage un déterminant social de la santé (DSS) car, elle démontre une forte association avec des principaux déterminants de la santé (Rowlands et al., 2017). Les DSS sont « *les conditions sociales, culturelles, politiques, économiques et environnementales*

dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, ainsi que leur accès au pouvoir, à la prise de décisions, à l'argent et aux ressources qui donnent lieu à ces conditions de la vie quotidienne » (Nutbeam & Muscat, 2021, p. 32). Cependant, contrairement aux autres DSS, la LES peut être améliorée grâce à des interventions visant l'amélioration de la communication (Berkman et al., 2011) ou encore des interventions de soutien et d'accompagnement lorsque celle-ci est compromise (Loignon et al., 2018).

La plupart des définitions de la LES mettent en avance les notions de compétences, de capacités, d'habiletés des individus à trouver, comprendre, critiquer et utiliser de façon appropriée les informations de santé pour prendre les décisions justes pour soi et pour sa communauté (American medical association, 1999 ; Nutbeam, 2008 ; Rowlands et al., 2019 ; Sørensen et al., 2012). Dans un tel contexte, avoir des faibles compétences en LES est vu comme un facteur du risque potentiel qu'il convient de corriger dans le processus de soin (Nutbeam, 2008). Le modèle conceptuel de la LES comme un facteur de risque (voir figure 2.4) est inspiré du modèle de la LES de l'IOM (2004) modifié par Baker (2006) et le modèle logique proposé par Paasche-Orlow et Loup (2007).

Figure 2.4 Modèle conceptuel de la littératie en santé comme facteur de risque

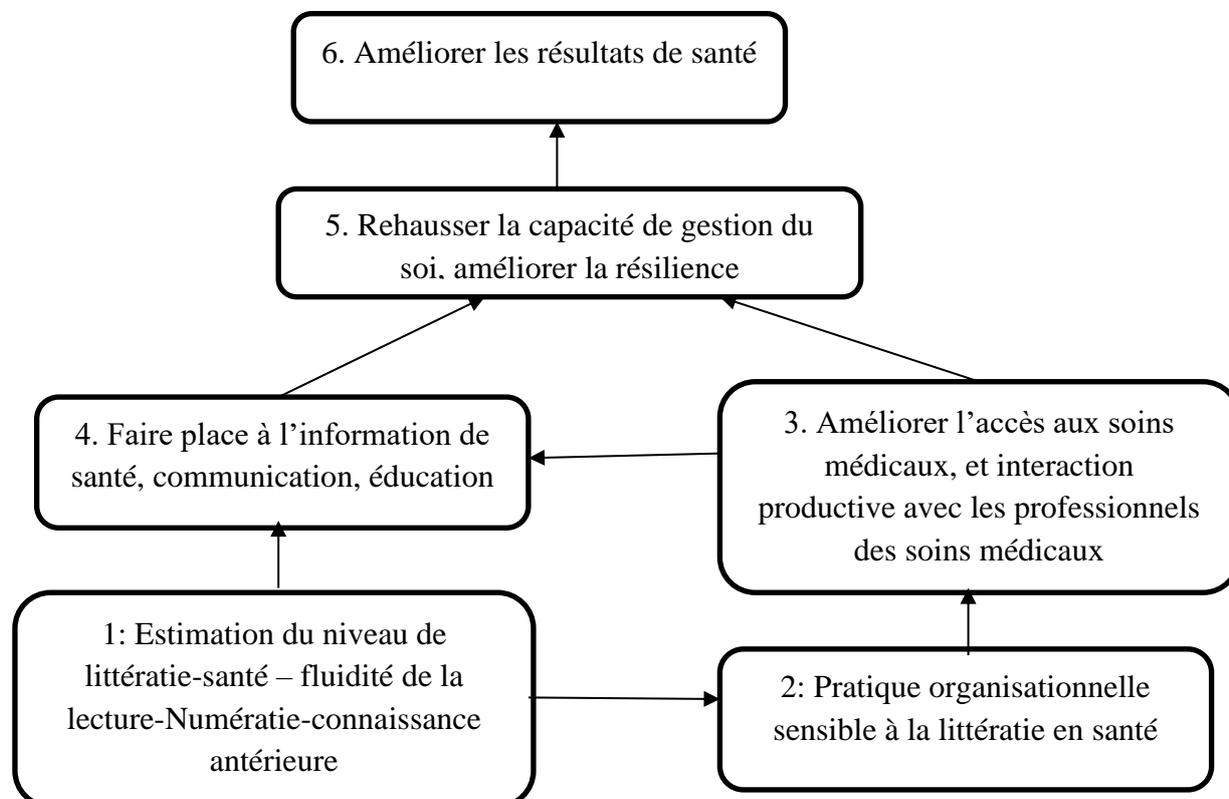


Figure X. Représentation schématisée décrivant comment la littératie en santé, considérée comme un facteur du risque doit être identifiée et traitée convenablement dans le cadre des

soins de santé. Adapté de “The evolving concept of health literacy,” par D. Nutbeam, 2008, *Social Science & Medicine*, 67(12), p. 2074. <http://doi:10.1016/j.socscimed.2008.09.050>

Considérer la LES comme un « atout », est une approche conceptuelle différente qui tire ses origines de la santé publique et de la promotion de la santé (Nutbeam, 2008). Étant donné l’objectif de la promotion de la santé qu’est l’empowerment, la LES est à comprendre ici comme un processus de capacitation des individus afin qu’ils aient un plus grand contrôle sur leur santé et sur un large éventail de facteurs personnels, sociaux et environnementaux qui influent sur leur santé (Nutbeam, 2008). La LES dans la perspective de santé publique représente un atout à construire, un résultat de l’éducation à la santé et de la communication dont le but est d’augmenter l’autonomie des personnes dans la prise des décisions de santé. La littératie en santé comme atout tire donc ses racines dans les recherches en éducation à la santé, des concepts d’éducation des adultes et de promotion de la santé.

Le modèle conceptuel de la LES comme atout propose de la considérer comme un atout d’autonomisation personnelle et de changement social au sens large. Elle est aussi présentée comme un atout permettant de vivre en bonne santé et un déterminant positif de la santé et du bien-être pouvant être acquise à travers le renforcement du pouvoir d’agir des communautés, l’engagement civique et l’action sociale (Freedman et al., 2009 ; Nutbeam, 2000 ; Rowlands et al., 2019). Ce modèle se déploie en s’appuyant sur le débat sur les types de LES et leur champ d’application. Le modèle de la LES comme atout prend par ailleurs en compte les trois domaines de la LES à savoir : 1) la LES fonctionnelle ; 2) la LES interactive ; et 3) la LES critique (Nutbeam, 2000). La figure 2.5 montre que le modèle de la LES comme atout est construit sur les fondations du modèle de la LES comme risque (Nutbeam, 2008).

Figure 2.5 Modèle conceptuel de la littératie en santé comme un atout

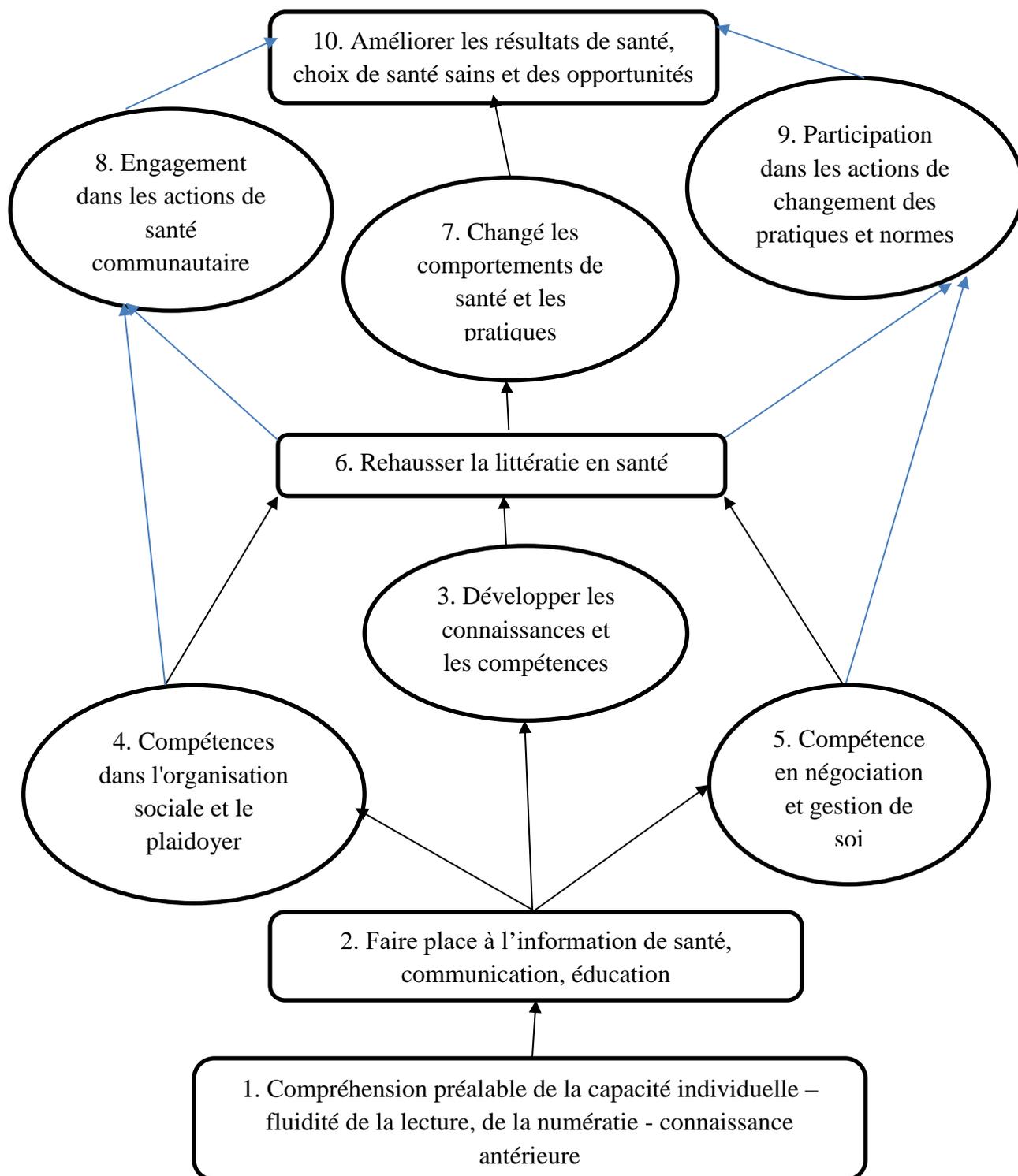


Figure X. Représentation schématique décrivant comment la littératie en santé, considérée comme un facteur de protection doit être identifiée et traitée convenablement dans la cadre des soins de santé. Adapté de “The evolving concept of health literacy,” par D. Nutbeam, 2008, *Social Science & Medicine*, 67(12), p. 2074. (<http://doi:10.1016/j.socscimed.2008.09.050>)

Un modèle mixte : le modèle intégré de la littératie en santé

De nombreux modèles conceptuels existaient dans la littérature avant 2012 (Mancuso, 2009 ; Nutbeam, 2008 ; Paasche-Orlow & Wolf, 2007 ; Rootman & Ronson, 2005 ; Zarcadoolas et al., 2005) mais aucun ne prenait en compte de manière satisfaisante l'ensemble des évolutions de la littératie en santé (Van den Broucke & Discart, 2016). De plus, un nombre très limité de ces modèles conceptuels n'ont pas été validés empiriquement (Van den Broucke & Discart, 2016). Pour combler cette lacune, Sørensen et al. (2012) ont proposé un modèle conceptuel de la LES intégrant l'ensemble de ses différents aspects et domaines. Ils associent la perspective clinique et la perspective de santé publique de la LES. Rowlands et al. (2019) conçoivent la LES comme un processus d'autonomisation et soulignent l'influence des déterminants sociaux et situationnels sur la LES. Le modèle intégré de la LES insiste sur une conception de la LES fondée sur les connaissances et les compétences requises pour l'ensemble de la gamme allant des soins de santé (au niveau individuel) jusqu'à la prévention des maladies et la promotion de la santé (au niveau de la population), qui nécessitent d'agir en dehors des milieux de soins.

Tableau 2.1

Les dimensions de la littératie en santé

	Repérer les informations sur la santé	Comprendre les informations sur la santé	Évaluer les informations sur la santé	Utiliser les informations sur la santé
Soins de santé	Capacité à repérer des informations cliniques et médicales	Capacité à comprendre les informations cliniques et médicales	Capacité à interpréter et à évaluer les informations médicales	Capacité à prendre des décisions médicales sur base d'informations
Prévention des maladies	Capacité à repérer des informations sur les facteurs de risque pour la santé	Capacité à comprendre des informations sur les facteurs de risque pour la santé	Capacité à interpréter et à évaluer des informations sur les facteurs de	Capacité à prendre des décisions informées sur les facteurs de risque pour la santé

	Repérer les informations sur la santé	Comprendre les informations sur la santé	Évaluer les informations sur la santé	Utiliser les informations sur la santé
			risque pour la santé	
Promotion de la santé	Capacité à repérer des informations sur les déterminants de la santé dans l'environnement social et physique	Capacité à comprendre des informations sur les déterminants de la santé dans l'environnement social et physique	Capacité à interpréter et à évaluer des informations sur les déterminants de la santé dans l'environnement social et physique	Capacité à prendre des décisions sur les déterminants de la santé dans l'environnement social et physique

Note. Description des douze dimensions de la littératie en santé issues de la combinaison des trois domaines de la santé publique avec les quatre dimensions relatives aux processus d'informations sur la santé. Adapté de « Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models », de K. Sørensen, S. Van den Broucke, F. Fullam, G. Doyle, P. Pelikan, Z. Slonska, & H. Brand, 2012, *British Medicine Centre for Public Health*, 12(1), p. 10 (<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80>).

Le modèle intégré de la LES comprend trois domaines d'action sanitaire/de continuum : a) les soins de santé ; b) la prévention des maladies ; et c) la promotion de la santé. Il existe quatre types de compétences (ou domaines d'aptitude) : 1) obtenir/accéder à des informations pertinentes sur la santé ; 2) comprendre ces informations ; 3) traiter/ évaluer ces informations pour décider quelles sont celles qui sont pertinentes ; et 4) mettre en application ces informations pour prendre des décisions permettant de conserver et d'améliorer son état de santé. La combinaison de ces deux ensembles permet d'obtenir une matrice comportant 12 domaines (voir tableau 2.1). Le modèle décrit également un ensemble de résultats liés à la LES, notamment l'utilisation des services de santé, le coût de la santé, les comportements en matière de santé, la participation, l'autonomisation, l'équité et la pérennité.

La figure 2.6 ci-dessous donne une idée schématique du modèle intégré de la LES et ses déterminants. Il y transparaît que le modèle intégré de la littératie en santé combine les qualités

d'un modèle conceptuel en ébauchant les principales dimensions de la LES ainsi qu'un modèle logique exposant les facteurs proximaux et distaux qui influent sur la LES, comme les chemins qui lient la LES aux résultats de santé (Sørensen et al., 2012). Le cœur du modèle montre les compétences en rapport avec les quatre types de compétences que sont l'accès, la compréhension, la critique et l'application appropriée de l'information de santé et apparentée.

Figure 2.6 Modèle intégré de la littératie en santé

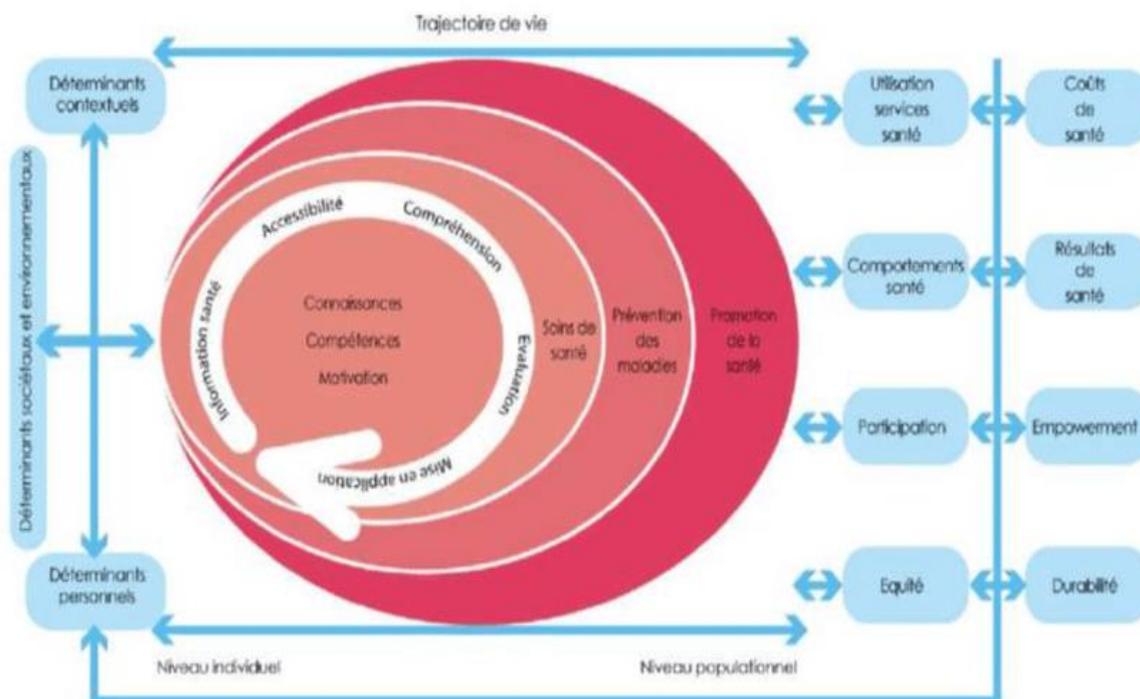


Figure X. Représentation schématique du modèle intégré de la littératie en santé qui combine les qualités d'un modèle conceptuel, ébauche les principales dimensions de la littératie en santé ainsi qu'un modèle logique exposant les facteurs proximaux et distaux qui influent sur la littératie en santé. Adapté de « Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models », de K. Sørensen, S. Van den Broucke, F. Fullam, G. Doyle, P. Pelikan, Z. Slonska, & H. Brand, 2012, *British Medicine Centre for Public Health*, 12(1), p. 9. (<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80>)

Le dépassement du modèle intégré de la littératie en santé : la *Health Literacy Skills* (HLS)

En 2012, Squiers et ses collaborateurs ont développé un modèle complet des déterminants des compétences en LES. Ce modèle vise à combler les lacunes observées dans les modèles conceptuels précédents et notamment le modèle intégré de la LES de Sørensen et al. (2012). En effet, de toutes les variétés de modèles préexistants qui décrivaient des facteurs associés aux

compétences de LES, peu illustraient dans un seul modèle l'ensemble des facteurs de développement et les facteurs modérateurs de compétences en LES, leur application, et les résultats qui résultent de toute cette structure (Squiers et al., 2012). La majorité de ces travaux s'intéressaient à l'étude de la LES comme déterminant de santé (Berkman et al., 2011 ; Nutbeam, 2000 ; Paasche-Orlow & Wolf, 2007) tandis que peu illustraient le plein continuum des relations entre les facteurs prédictifs, modérateurs¹⁵, médiateurs¹⁶ et les résultats de la LES (Pleasant et al., 2011). Le modèle de Sørensen et al. (2012) a le mérite d'avoir précisé quelques déterminants généraux de la LES et les principales orientations entre la LES et les résultats de santé. Cependant, ce modèle n'a pas spécifié les variables qui médiatisent la relation entre la littératie en santé et les résultats de santé (Squiers et al., 2012).

Le modèle conceptuel des compétences en littératie en santé explique comment les individus acquièrent et appliquent des compétences de littératie en santé et comment les comportements de santé et les résultats sont affectés par les compétences en LES (Squiers et al., 2012). Ils cherchent à simplifier les multitudes et complexes relations, entre les compétences en LES et les résultats de santé en élucidant la nature de causalité, avec quelques fonctionnements des variables comme médiateurs et d'autres comme modérateurs. Il décrit dès lors,

Les facteurs qui influencent le développement des compétences en littératie d'un individu, comment les compétences en littératie en santé influencent la compréhension, et comment la compréhension et la variété des autres agents (ex., communauté, système des soins médicaux, média et famille) affectent des variables qui sont associées aux résultats en lien avec la santé (Squiers et al., 2012, p. 46).

¹⁵ Les modérateurs sont des variables qui affectent la direction et / ou la force de la relation entre une variable indépendante et une variable dépendante (Cadario et al., 2017 ; Baron & Kenny, 1986).

¹⁶ Les médiateurs sont des variables qui expliquent pourquoi (ex., le mécanisme à travers lesquels) les résultats spécifiques ou effets se produisent (Baron & Kenny, 1986 ; Kraemer et al., 2002).

Figure 2.7 Le modèle conceptuel des compétences en littératie en santé

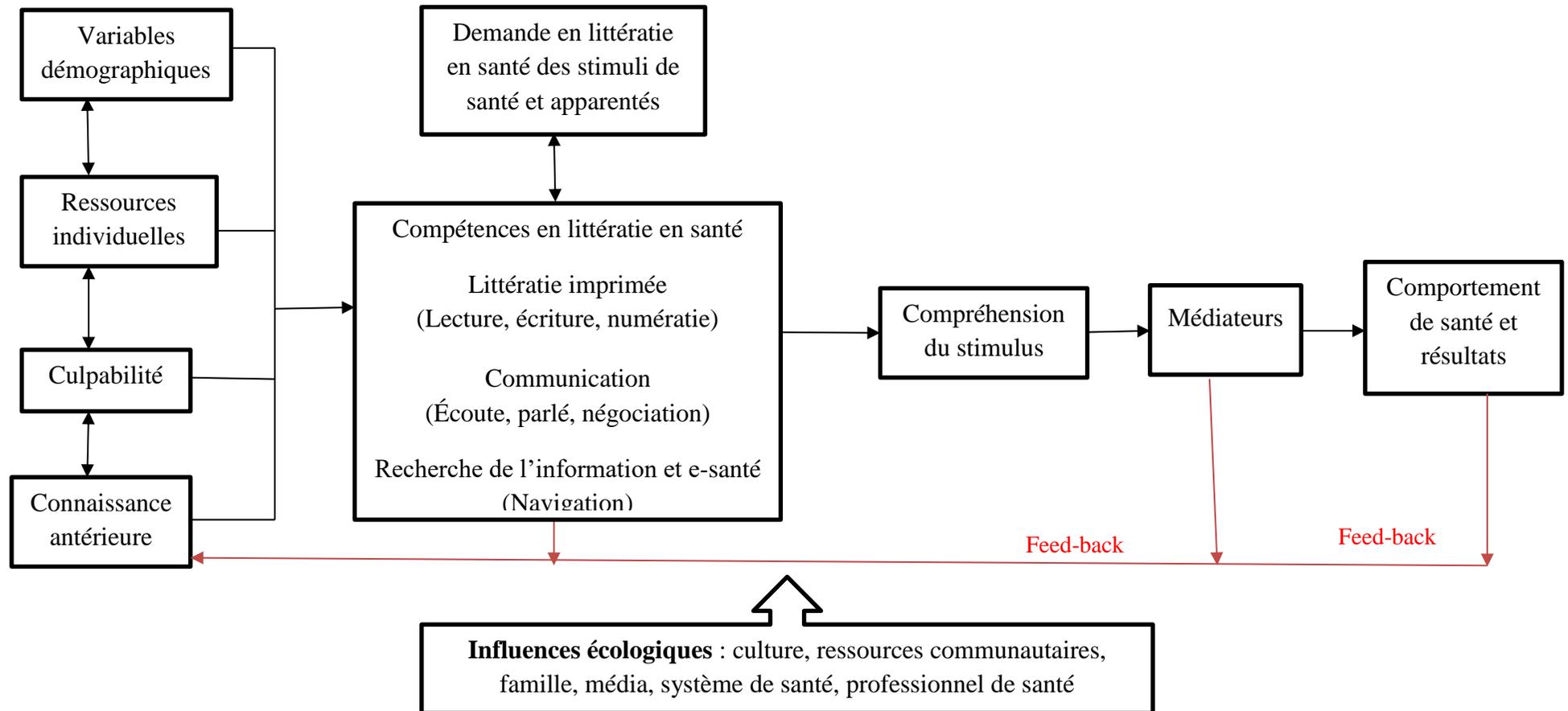


Figure X. Description des facteurs qui influencent le développement des compétences en littératie en santé et l'usage des compétences en littératie en santé. Adapté de « health literacy skills conceptual framework », de L. Squiers, S. Peinado, N. Berkman, V. Boudewyns, & L. McCormack, 2012, *Journal of Health Communication*, 17(3). p. 47. <https://doi.org/10.1080/10810730.2012.713442>

Comme l'illustre la figure 2.7 ci-dessus, le HLS est organisé autour de quatre composantes fondamentales (a) les facteurs qui influencent le développement et usage de compétences en littératie en santé, (b) les stimuli relatifs à la santé, (c) les compétences en LES nécessaires pour comprendre le stimulus et exécuter la tâche, et (d) les médiateurs entre la LES et les résultats de la santé. Par ailleurs, le modèle est sous-tendu par trois postulats de base. D'abord, la LES est un construit multidimensionnel et dynamique (1). Ensuite, les caractéristiques démographiques, les ressources individuelles, les capacités et les connaissances antérieures sont considérées comme des facteurs de base inter-reliés qui influent sur le degré d'acquisition des compétences en LESI (2). Et enfin, les comportements de santé et les résultats sont influencés à divers niveaux, incluant les facteurs du niveau individuel, du niveau systémique et du niveau sociétal, et ces influences interagissent à travers différents niveaux (3) (Squiers et al., 2012).

Le modèle des compétences en LES de Squiers et al. (2012) a le mérite d'être applicable à l'analyse de comportements uniques de santé (l'autogestion du diabète, l'adhérence thérapeutique) ou plus global (style de vie) pour aider à comprendre leur utilité dans différents contextes. Toutefois, ce modèle conceptuel présente quelques limites. En effet, il n'inclut pas l'univers de possibilité des médiateurs et des modérateurs de la LES et les résultats. De plus, le modèle ne traite pas de questions de la mesure qui pourraient affecter l'estimation des dimensions sous-jacentes aux compétences en littératie en santé.

Modèle de littératie en santé en 6-D

Bröder et al. (2019a) ont récemment développé une approche multidisciplinaire pour faire évoluer la compréhension existante de la LES chez les enfants et les jeunes. Son élaboration s'est faite en deux phases. D'abord, les auteurs ont fait une revue systématique de la littérature sur les définitions et modèles de la LES chez les enfants et jeunes. Ce travail a permis d'identifier 12 définitions et 21 modèles développés spécifiquement pour ces catégories dont l'analyse a abouti à quelques conclusions essentielles : les définitions de la LES dans ces catégories d'enfants et jeunes sont hétérogènes alors que la LES est considérée comme multidimensionnelle et complexe ; la LES est considérée comme une compétence pratique liée aux caractéristiques personnelles (Bröder et al., 2017). Les résultats indiquent également que les spécificités de cette phase de la vie sont principalement considérées dans une perspective cognitive et de développement, en laissant de côté les besoins spécifiques des enfants et jeunes, leurs vulnérabilités. Bien plus, les structures sociales ne sont que pauvrement incorporées dans la plupart des modèles. Enfin, les modèles se sont limités aux catégories jeunes du secondaire

et il manque d'information sur les enfants de moins de 10 ans ou du primaire (Bröder et al., 2017). Suite à ces limites, Bröder et al. (2019a) ont proposé une perspective avancée pour la compréhension de la LES dans l'enfance et l'adolescence qui combine les approches conceptuelles de Rodgers et de Jabareen dans huit phases (Bröder et al., 2019a, 2019b).

Dans un processus méthodique en huit étapes, les auteurs ont élaboré un modèle conceptuel de la LES pour les enfants et les jeunes appelé modèle de littératie en santé en 6-D (*Health-literacy 6-D model*). La figure 2.8 ci-dessous donne une vue d'ensemble des attributs au cœur de chaque dimension ou point d'entrée.

Figure 2.8 Modèle conceptuel de la littératie en santé en 6-D

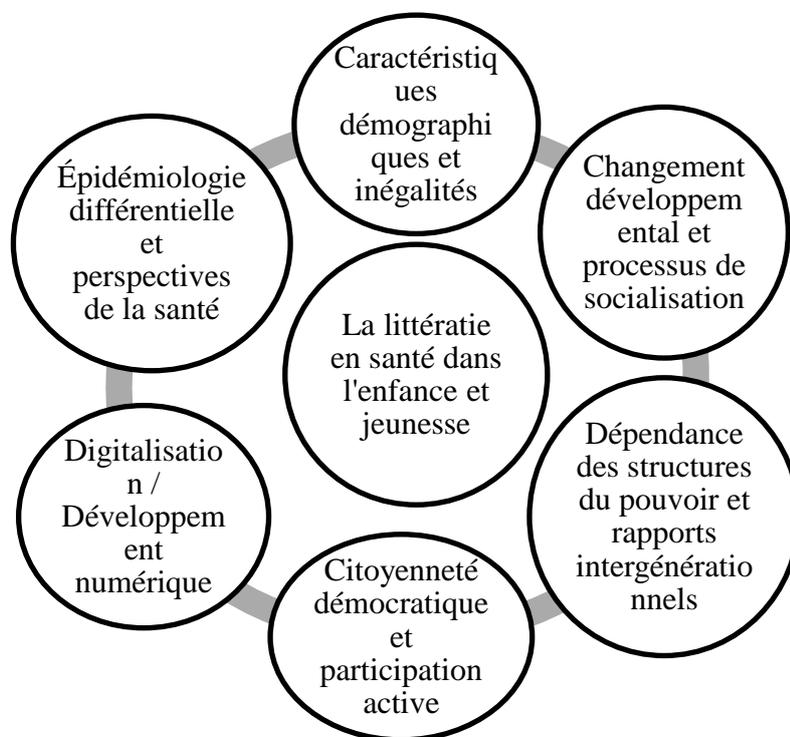


Figure X. Vue d'ensemble des attributs au cœur de chaque dimension ou point d'entrée du modèle de la littératie en santé en 6-D pour les enfants et les jeunes mettant en valeur les six dimensions. Adapté de “Child and Youth Health Literacy: A Conceptual Analysis and Proposed Target-Group-Centred Definition” de J. Bröder, O. Okan, T. M. Bollweg, D. Bruland, P. Pinheiro, & U. Bauer, 2018, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, p. 3420. (<http://doi:10.3390/ijerph16183417>)

Le modèle de la littératie en santé en 6-D est centré sur la compréhension de la définition de la LES des enfants et basé sur l'approche sociologique de l'enfance et de la jeunesse. Cette

définition de la LES pour les enfants et les jeunes doit intégrer trois dimensions conceptuelles interreliées dont il convient d'opérationnaliser indépendamment : 1) la littératie en santé individuelle atout, 2) la littératie en santé sociale atout, et 3) les attributs situationnels de la situation dans laquelle la LES relève. Aussi, cette approche met-elle l'accent sur comment les enfants et les jeunes ont accès aux informations de santé, comment ils en extraient des significations, et s'engagent dans les processus de la prise de décision en santé en étant intégré dans des contextes sociaux complexes (Bröder et al., 2019a).

In fine, les approches conceptuelles de la LESI en mettant l'accent sur les compétences et la responsabilité des individus dans le maintien de leur santé, offre une grande opportunité pour comprendre les différents déterminants de la santé au niveau de l'individu. Cette grande responsabilisation de l'individu laisse penser que l'individu vivrait dans une bulle, à l'écart des influences extérieures. Que non ! Le milieu social dans lequel il vit, le lieu de travail quotidien, les institutions de soins dans leur organisation ont un grand rôle dans la promotion des comportements de protection et de promotion de la personne. C'est à l'analyse du rôle des organisations sociales dans la promotion de la santé que s'attèlent les théories de la littératie en santé organisationnelle.

2.2.2 Cadres de la littératie en santé organisationnelle

Les premiers discours sur la littératie en santé organisationnelle (LESO) tout comme sur la LES sont nés aux États-Unis dans un contexte particulier où les populations faisaient face à un défi majeur qui entravait leur bien-être : les faibles niveaux de LES (Pelikan, 2019). Alors qu'il est démontré que les compétences en LES sont liées aux résultats de santé (Baker et al., 2007 ; Rowlands et al., 2017) ; nombreux sont les travaux qui soutiennent que la LES n'est pas une caractéristique fixe et par conséquent ne saurait être évaluée uniquement sur le plan individuel (Paasche-Orlow et al., 2006). Par conséquent, la LESO est née de la question d'adresser le rôle des organisations et de systèmes des soins de santé dans la réponse à ce défi de la prédominance de bas niveau de LES dans les populations (Farmanova et al., 2018 ; Sørensen et al., 2015).

Au vu de l'intérêt que représente l'amélioration du niveau de LES de la population et de l'espoir que les uns et autres fondent sur l'apport de centres de soins de santé/médicaux, très vite, la LESO a été pris de haut et de plus en plus. L'intérêt pour les recherches sur la LESO et l'espoir qu'elle suscite se traduit par de nombreux faits, dont entre autres le nombre de publications scientifiques. La LESO est née vers les années 2000 sous l'impulsion de différents auteurs tels qu'Adams et Corrigan (2003), Paasche-Orlow et al. (2006), et Andrulis et Brach (2007). On

recense aujourd'hui plusieurs revues de littérature sur la LESO (Farmanova et al., 2018 ; Meggetto et al., 2017) traduisant ainsi le grand intérêt porté à cette forme de LES. L'intérêt pour la LESO se traduit aussi par son expansion rapide à travers les continents et pays, mais également dans ses développements théoriques. À ce sujet, Pelikan (2019) rappelle que si « *la littératie en santé est encore présentée comme un concept encore évolutif (Nutbeam, 2008), alors, la LESO l'est plus encore* » (p. 541). À titre illustratif, Pelikan (2019) indique que pour la LES, au moins dans la langue anglaise, il y a un terme fixe, communément utilisé, mais variant dans sa signification. Par contre, pour la LESO, plusieurs termes différents ont été proposés, et pas toujours explicitement définis. Une large gamme de concepts est depuis lors utilisée pour rendre compte de cette notion dans différents espaces géographiques. Cependant, la paternité du terme LESO est attribuée à Brach et al. (2012).

Dans un article intitulé *Qu'est-il dans un nom ? Une vue d'ensemble de la terminologie de la littératie en santé organisationnelle [What's in a name? An overview of organizational health literacy terminology]*, Meggetto et al. (2017) ont donné une vue d'ensemble des termes utilisés et leurs définitions ou descriptions pour désigner la LESO. Ils ont identifié 19 concepts ou expressions qui définissent ou décrivent la LESO :

environmental health literacy, health literacy environment, health literacy friendly, health literacy practice/s, health literacy responsiveness, health literacy system-level infrastructure, health literacy universal precaution, health-literate healthcare organisations, health-literate health service, health-literate organisation, health system health literacy, health-literate workplace, improving health literacy in services, organisational capacity to address health literacy, organisational health literacy, organisational health literacy responsiveness, provider health literacy, workforce health literacy, and workplace health literacy. (Meggetto et al., 2017, pp. C-F)

Malgré cette longue liste de concept, elle reste non exhaustive car, ne prend pas en compte certaines expressions que l'on retrouve dans la littérature comme *health-literate settings, health literacy-friendly settings, health literacy-friendly organizations, health-literate society* ou *health-literate America* (Pelikan, 2019). Avec la variété des expressions et de leur similitude, une traduction dans la langue française entrainerait plus de complexités et de confusion. C'est pourquoi nous ne nous prêtons pas au jeu de la traduction de ces termes dans cette thèse. Cependant, Meggetto et al. (2017) concluent que l'ensemble des 19 termes ou expressions peuvent être regroupés sous la bannière des trois termes clés ou les plus utilisés que sont :

littératie en santé des systèmes de soins, littératie en santé organisationnelle (LESO) et la littératie en santé pratique. Parmi ces trois termes, l'expression littératie en santé organisationnelle est la dernière à être formalisée (Meggetto et al., 2017). Elle est aussi l'expression utilisée dans ce travail pour sa simplicité et la facilité de sa différenciation avec celle de littératie en santé générale (LES) et littératie en santé individuelle (LESI).

La LESO est définie comme un effort d'organisation large pour transformer les organisations de soins et de services pour rendre plus facile pour les individus la capacité de naviguer, de comprendre et d'utiliser l'information ainsi que les services pour prendre soin de leur santé (Brach, 2017 ; Brach et al., 2012 ; Farmanova et al., 2018). Elle comprend « *les caractéristiques professionnelles et organisationnelles qui permettent aux professionnels, aux organisations ou aux systèmes de répondre aux besoins des personnes et de surmonter les obstacles à la littératie en santé* » (Rowlands et al., 2019, p. 3). Différentes approches théoriques conceptualisent cette relation entre ces professionnels, les organisations, les systèmes de santé sur comment peuvent-ils s'y prendre pour répondre adéquatement aux besoins des personnes (Farmanova et al., 2018). Ils sont centrés sur les relations existantes entre les compétences des personnes en matière de LES et la complexité des services de soins médicaux et des systèmes de santé (Parker & Hernandez, 2012 ; Rudd & Anderson, 2006). Ils renvoient aux aptitudes et à la réactivité des organisations et des praticiens en matière de repérage et de résolution des obstacles à la prestation des soins à des patients possédant un ensemble de capacités et de besoins différents sur le plan de la littératie en santé (Mancuso, 2009 ; Paasche-Orlow & Wolf, 2007). Leurs domaines recouvrent les aspects du leadership et des principes organisationnels, la culture, les systèmes et les processus (Rowlands et al., 2019). La LESO présente une certaine variation terminologique (Meggetto et al., 2017) ; mais une série d'études offrent déjà une orientation conceptuelle et opérationnelle pour ce champ de la recherche, de ses pratiques et de ses politiques, qui malgré tout, évoluent très rapidement (Brach, 2017 ; Farmanova et al., 2017 ; Lloyd et al., 2018 ; Meggetto et al., 2017 ; Palumbo, 2016 ; Pelikan, 2019).

Farmanova et al. (2018) ont identifié 07 théories de la LESO (Paasche-Orlow et al., 2006 ; Andrulis & Brach, 2007 ; Coughlan et al., 2013 ; Kickbusch et al., 2013 ; Frosch & Elwyn, 2014 ; Pelikan & Dietscher, 2015 ; Trezona et al., 2017). L'analyse de ces théories révèle que la LESO est envisagée comme une question multifacette, notamment comme une question de santé de la population, de santé publique, de développement sensible et de compétence culturelle (Farmanova et al., 2017). Nous faisons ci-dessous l'économie des modèles les plus cités.

2.2.2.1 Le modèle écologique de la littératie en santé organisationnelle

En 2006, Paasche-Orlow et ses collaborateurs ont développé le premier modèle conceptuel de la LESO basé sur la définition de la LES de l'institut américaine de Médecine (IOM, 2004). Selon cette « *définition problématique* » (Paasche-Orlow et al., 2006, p. 884) que donne l'IOM, la LES est la capacité des personnes à obtenir, traiter et comprendre l'information et les services de santé de base nécessaires pour prendre des décisions de santé appropriées (Fineman, 2005). Cette conception de la LES met l'accent sur les capacités cognitives et fonctionnelles de l'individu alors même que la LES n'est pas une caractéristique fixe pour n'être évaluée uniquement sur le plan individuel (Paasche-Orlow et al., 2006). Mais plutôt, la littératie en santé

reflète des demandes contextuelles placées en l'individu par (a) des conditions cliniques spécifiques et des décisions des soins médicaux associés, (b) les caractéristiques de la communication de la culture médicale dominante, (c) la structure et la fonction des services cliniques qui assument de façon illimitée la littératie en santé et exigent à soi-même un plaidoyer et la vigilance, et (d) la pression que la société place sur individu, plutôt que l'écologie et les déterminants de la santé. (Paasche-Orlow et al., 2006, p. 884)

Dès lors, la LES ne saurait plus être considérée du seul point de vu de l'individu, mais aussi du point de vu de la complexité des tâches exigées de l'individu, de l'accessibilité de la main d'œuvre des soins médicaux pour les populations cibles afin d'assurer l'autogestion médicamenteuse. C'est dans cette logique que Paasche-Orlow et al. (2006) ont développé leur perspective écologique dont l'objectif est de faire passer le centre d'intérêt et d'analyse de l'individu pour le système de santé. Le modèle écologique de Paasche-Orlow et al. (2006) propose trois principes pour aider à l'adaptation des centres de soins médicaux aux exigences attendues d'eux. Ces principes sont :

- ✓ **Promouvoir les interactions productives.** Il s'agit de prendre les précautions universelles pour s'assurer de la compréhension des consignes et des conseils prodigués par une proportion importante des patients ; d'améliorer les capacités communicationnelles de fournisseurs ; et enfin développer des plates-formes technologiques de la communication et implémenter les modèles pour promouvoir la communication significative.
- ✓ **Questionner les organisations de soins de santé/médicaux.** Il s'agit de faire du soin du patient le centre du système de santé ; de dresser, simplifier et standardiser comment le patient à accès et comment il utilise le système de santé ; et enfin de développer des

structures, de motivations et de renforcements pour rejoindre l'objectif qualité de populations vulnérables.

- ✓ **Embrasser le niveau de la communauté, une perspective écologique.** Il s'agit de développer les modèles d'intervention qui reconnaissent la nature plurielle des niveaux de la vulnérabilité ; et de préconiser des stratégies pour développer un plan robuste, indépendant, et une confiance en soi pour les communications de santé publique.

Ce modèle écologique de Paasche-Orlow et al. (2006) met plus l'accent sur le développement de compétences pour tous les consommateurs du système de santé dans le but de construire une littératie communautaire au détriment des compétences individuelles. Cette vision est proche du modèle intégré d'Andrulis et Brach (2007) en ce sens qu'il veut servir de catalyseur pour la transformation du système des soins médicaux afin de satisfaire les besoins des malades ayant un niveau limité de littératie en santé.

2.2.2.2 Le modèle intégré de soin de la littératie en santé organisationnelle

Le modèle intégré de la LESO d'Andrulis et Brach (2007), est né dans un contexte où les rapports entre diversité et LES n'étaient pas encore complètement esquissés et enquêtés. Ce modèle vise à comprendre et discuter la corrélation entre la littératie, culture et langue, et l'importance d'adresser leur intersection quand le système des soins médicaux procure les soins à diverses populations (Andrulis & Brach, 2007), car les faibles compétences en LES, les barrières de la langue et la diversité culturelle doivent être toutes considérées pour assurer une communication efficace de santé.

Selon Andrulis et Brach (2007, p. S122) « *les cliniciens, l'équipe de soins médicaux et les organisations des soins de santé ont des rôles importants à jouer dans la réponse aux défis liés à la littératie en santé, la culture et le langage* ». Pour ce faire, ils identifient les rôles clés que doivent jouer les cliniciens dans la réponse au problème de littératie, de la culture et de la langue du malade. Ils identifient aussi, les supports nécessaires pour les soins cliniques efficaces et les responsabilités des organisations de soins de santé. De façon spécifique, les rôles joués par les professionnels de la santé couvrent la juste évaluation des capacités des patients en lecture-écriture ; une claire communication avec le patient ; la considération et l'engagement du malade comme un partenaire dans ses propres soins médicaux afin de faciliter leur autogestion de la maladie. Alors que les supports nécessaires pour les soins cliniques efficaces passent par le choix de support ou de l'étiquette de prescription adaptée, des textes faciles à lire, culturellement et linguistiquement à propos, l'utilisation des outils technologiques afin de

rechercher les standards de performance. Enfin, les responsabilités des organisations des soins médicaux couvrent les formations des personnels en communication en santé ; se constituer un panel de personnels pluridisciplinaires, faciliter la navigation du patient en utilisant différents outils comme les pictogrammes.

Andrulis et Brach (2007) recommandent à la fin de leurs travaux de se tourner vers une approche intégrée des soins de santé. En ceci, la conception d'Andrulis et Brach (2007) s'oppose aux discussions antérieures qui étaient concentrées sur l'importance et la valeur de la corrélation entre la littératie, la culture et la langue dans le contexte de soins médicaux. En cela aussi, la théorie de la justice de Coughlan et al. (2013) est alignée avec le modèle intégré de soin qui cherche à intégrer la littératie en santé et la compétence culturelle (Farmanova et al., 2018).

2.2.2.3 La théorie de la justice organisationnelle et de l'engagement du patient

La théorie de la justice de Coughlan et al. (2013) applique la conception égalitaire de justice aux soins de santé/médicaux et place sur les institutions les demandes d'accès aux soins équitables. Pour ce faire, les auteurs discutent de l'association entre le statut socio-économique et la motivation pour les organisations/institutions de soin « pro-littératie » (Coughlan et al., 2013). Ils ont élaboré un modèle conceptuel simpliste esquissant les caractéristiques des personnes ayant une motivation pour les organisations/institutions de soin « pro-littératie » comme le présente la figure 2.9 ci-dessous.

Le modèle de l'engagement du patient complémentaire à la théorie de la justice organisationnelle a été élaboré par Frosch et Elwyn (2014). Celui-ci recommande de ne pas blâmer les malades mais de les engager dans une vision unifiée afin de transformer les systèmes de santé pour qu'ils adressent adéquatement les questions de littératie en santé. Selon ce modèle, l'engagement du patient dans le processus de soin lui permet d'occuper une position centrale et par conséquent d'augmenter la réactivité des organisations de soins de santé. Il place la LES dans un mouvement plus large de la médecine participative (Hood & Auffray, 2013). À en croire Farmanova et al. (2018), ce modèle transforme la culture médicale, élucide ce qui est important pour le patient, engage les patients dans la LES de manière à activer la sensibilité et la réactivité dans l'organisation des systèmes. Pour Frosch et Elwyn (2014), les systèmes de la santé sont responsables du processus d'influence à la fois des infrastructures et des diverses stratégies pour effectivement et efficacement engager des malades à tous les niveaux de la LES partout dans le processus du soin. Bien plus, pour réaliser cette vision, les institutions de soins

de santé doivent engager les patients dans l'organisation du système de santé qui les sert, dans la définition de ce qui est important pour eux, mais aussi de s'assurer que les soins sont intégrés de telle façon qu'ils servent les besoins du patient.

Figure 2.9 Modèle conceptuel de base de la justice organisationnelle

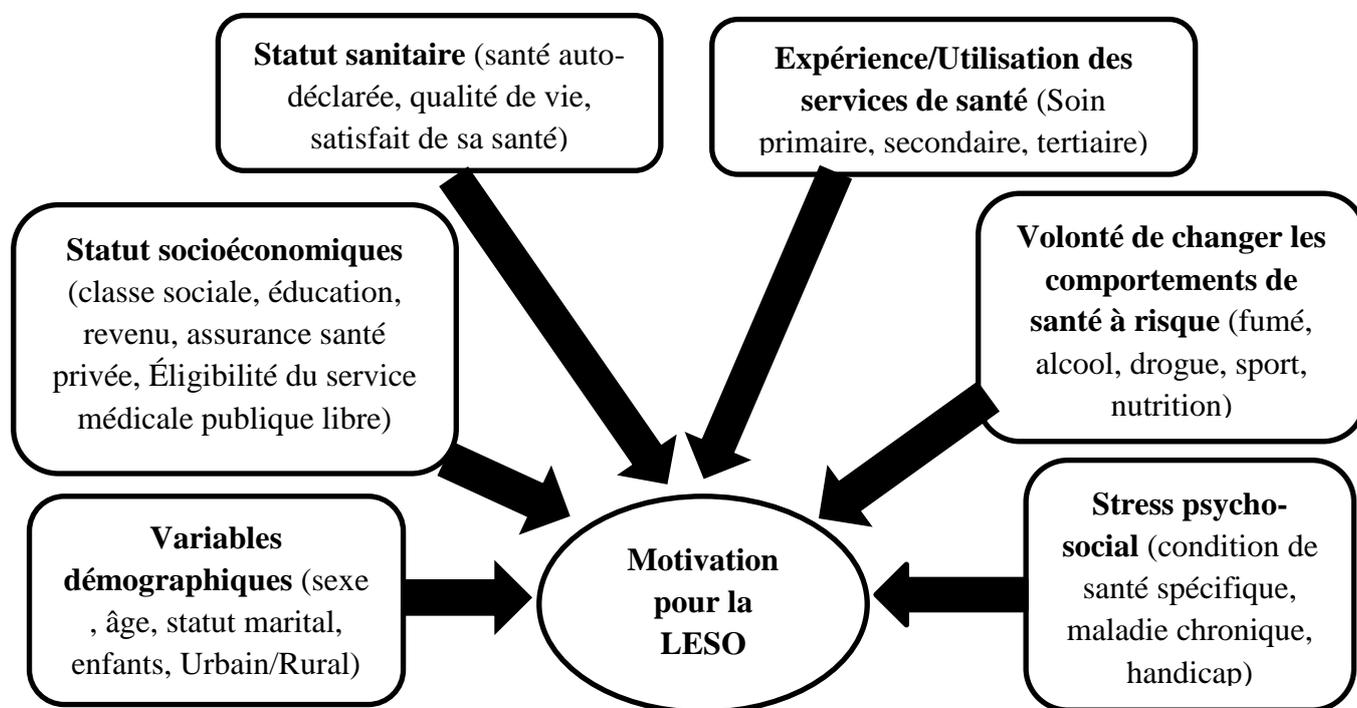


Figure X. Les contours du modèle conceptuel de la théorie de la justice qui décrit le lien entre les caractéristiques des personnes ayant une motivation pour les organisations/institutions de soin « pro-littératie », extrait de « Motivation for a healthliterate healthcare system-does socioeconomic status play a substantial role? Implications for an Irish health policymaker », de D. Coughlan, B. Turner & A. Trujillo, 2013, *Journal of Health Communication*, 18, p. 161. (<https://doi.org/10.1080/10810730.2013.825674>)

2.2.2.4 Le modèle des dix attributs d'une organisation de soin « pro-littératie »

Le modèle des dix attributs d'organisation/institution de soin « pro-littératie » de Brach et al. (2012) est la première tentative systématique à s'être centrée sur les relations existantes entre les compétences des personnes en matière de LES et la complexité des services de soins de santé et des systèmes de santé. Il a été élaboré à la suite d'une table ronde sur la LES sous l'impulsion de l'Institut de médecine des académies nationales aux USA (Pelikan, 2019). Les 10 attributs de la LESO se focalisent sur la communication de l'information, la formation du personnel dans la communication en santé. Ils adressent aussi, la question du lien entre la LES et les activités spécifiques de direction aussi que de l'accès à un environnement de qualité pour

les malades ayant les niveaux de LES différents (Khorasani et al., 2020). Ce modèle définit les organisations pro-littératie comme celles qui visent à rendre plus facile pour les individus la navigation, la compréhension et l'utilisation de l'information ainsi que les services pour prendre soin de leur santé à travers 10 attributs. Bref, une organisation pro-littératie :

1. a un leadership qui considère la LES comme une part intégrante de sa mission, de sa structure et de son fonctionnement ;
2. intègre la LES dans sa planification, ses évaluations, la sécurité des utilisateurs de ses services et son amélioration de la qualité ;
3. prépare son personnel à devenir une organisation de soin « pro-littératie » et monitore les progrès accomplis ;
4. inclut ses populations cibles dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de l'information et des services relatifs à la santé ;
5. répond adéquatement aux différents niveaux de littératie en santé de son public, tout en évitant la stigmatisation ;
6. utilise des stratégies d'amélioration de la littératie en santé dans les communications interpersonnelles et confirme que l'information est bien comprise à tous les points de contact ;
7. facilite l'accès à l'information et aux services relatifs à la santé et fournit une aide à l'orientation au sein de ses services ;
8. conçoit et distribue de la documentation facile à comprendre et à utiliser, sous forme imprimée, audiovisuelle et de médias sociaux ;
9. prête attention à la littératie en santé dans les situations à risque, notamment les transitions de soins, la communication au sujet des médicaments, etc. ;
10. communique clairement sur les services couverts par l'assurance-maladie et sur ceux qui devront être payés par les particuliers.

Le modèle des 10 attributs de la LESO est plus approprié pour analyser les compétences en LES des organisations de soins de santé à trois niveaux. **Le niveau micro** correspondant aux organisations qui offrent directement les soins de santé aux individus comme les hôpitaux, les pharmacies, les centres de santé communautaires et les cliniques (Brach et al., 2012).

C'est celui de l'interaction directe entre le professionnel de la santé et le patient. À ce niveau, l'effort vise non seulement à ce que le patient comprenne l'information donnée par le professionnel, mais aussi qu'il soit motivé à s'engager pleinement dans la

prévention et l'(auto)gestion de sa santé. Du côté du professionnel, cela implique une capacité à communiquer et à vérifier que les informations transmises ont été correctement comprises. Toutefois, il ne suffit pas de communiquer des informations ; les patients doivent aussi être soutenus afin de se sentir capables d'utiliser ces connaissances. (Rondia et al., 2019, p. 5)

Le niveau méso cible l'organisation-même des organisations et institutions de soins afin qu'ils deviennent propices à la littératie en santé pour leurs usagers (Rondia et al., 2019). Il concerne alors les professionnels de la santé comme les docteurs, infirmiers, médecins et assistants médicaux, pharmaciens, dentistes, éducateurs de la santé, interpréteurs et personnel administratif (Brach et al., 2012) dans leur capacité à faciliter l'emploi du système de rendez-vous, de la signalisation d'orientation dans les hôpitaux, de l'intelligibilité du matériel d'information distribué, de la disponibilité d'outils digitaux faciles à manipuler, etc. **Le niveau macro** concerne quant à lui le niveau politique, responsable de la mise en place des conditions générales pour que le système de soins et la société dans son ensemble soit une organisation/institution de soin « pro-littératie ». Ici s'agit des organisations et institutions plus générales qu'elles soient en lien direct ou indirect avec la santé. On pense bien sûr au secteur de l'enseignement, mais aussi à celui de l'emploi, des affaires sociales, des sports, de la culture, etc. Rondia et al. (2019) estiment qu'en tous ces lieux, des actions sont possibles pour rendre la population plus compétente et proactive en ce qui concerne sa santé.

Le modèle des 10 attributs de la LESO est souvent critiqué pour être développé inductivement et de manquer de base théorique (Pelikan & Dietscher, 2015). Nonobstant ces limites, ce modèle a le mérite d'être le premier modèle à conceptualiser la manière dont les individus peuvent s'y prendre pour bénéficier complètement du système de soin de leur pays. Bien plus, ce modèle d'organisation de soin pro-littératie a servi de base pour le développement d'au moins deux nouveaux modèles de la LESO, dont les modèles de Pelikan et Dietscher (2015) et celui de Trezona et al. (2017).

2.2.2.5 Théories de la littératie en santé organisationnelle comme un phénomène complexe

Trois principales approches ont adopté dans leur conception, la LESO comme un phénomène complexe. Il s'agit de celles de Kickbusch et al. (2013), de Pelikan & Dietscher (2015) et de Trezona et al. (2017) (Farmanova, 2018 ; Pelikan, 2019).

2.2.2.5.1 L'approche intersectorielle de la littératie en santé organisationnelle

Pendant que Coughlan et al. (2013), développaient leur théorie de la justice dans les organisations de soins de santé, la même année, Kickbusch et al. (2013) de leur côté développaient plutôt une approche intersectorielle de la LES. L'approche de Kickbusch et al. (2013) répond à une difficulté relevée par les auteurs du modèle intégré de la LESO d'Andrulis et Brach (2007). En effet, Andrulis et Brach (2007) affirment que lorsqu'on sépare la LES et la compétence culturelle, cela force des prestataires de soins médicaux à choisir l'un des deux dans le processus de soin. Or, comme le soulignent Farmanova et al. (2018), si l'on utilise de façon isolée la LES ou la compétence culturelle, elle ne saurait améliorer la communication, le service, la qualité de soin ni les résultats de la santé. En outre, les actions intersectorielles sont réputées cruciales pour faire face à ce défi de santé publique et pour garantir son équité (Saboga-Nunes et al., 2020). Selon Farmanova et al. (2018), l'idée d'une approche intégrée de la LES est davantage explorée dans le modèle intersectoriel qui est une approche de base de la LESO et du bien-être. Dans le modèle de Kickbusch et al. (2013), la LES est étendue dans un contexte plus général, des hôpitaux sains et des villes saines. Le modèle intersectoriel pourrait donc aider à adresser les questions de faible littératie en santé en général, à travers les multiples facteurs de risques et avec certainement beaucoup de succès (Kickbusch et al., 2013).

2.2.2.5.2 Le modèle des hôpitaux et organisations de soins de santé/médicaux « pro-littératie » (V-HLO)

Développé en Autriche, le modèle des hôpitaux et organisations de soins de santé/médicaux « pro-littératie » de Pelikan et Dietscher (2015), s'est appuyé sur une définition élargie de la LESO. Selon Pelikan (2019), cette définition « *plutôt gênante mais plus étendue et récente, essaie d'intégrer explicitement la conception de la LESO de Brach et al. (2012) avec la définition compréhensive de la LESI de Sørensen et al. (2012)* » (pp. 542-543). Elle est la suivante :

Une organisation « pro-littératie » rend facile à tous les usagers (malades/parents, personnel/direction et citoyens) la possibilité d'accéder, de comprendre, d'estimer et d'utiliser/appliquer les informations pertinentes sur la maladie et la santé et d'essayer d'améliorer leur niveau de littératie en santé personnelle pour faire des jugements et prendre des décisions dans la vie ordinaire à propos de soins (co-production), la prévention de la maladie et le maintien de la promotion de la santé ou pour améliorer la qualité de vie durant toute la vie. Pour accomplir ce concept compréhensif

systématiquement et soutenablement, les organisations des soins de santé devront appliquer les principes et outils de gestion de la qualité, de gestion du changement et de la promotion de la santé et de construire des capacités spécifiques d'organisation (infrastructures et ressources) pour devenir davantage les organisations « pro-littératie ». (Pelikan, 2019, p. 543)

Le modèle des hôpitaux et organisations de soins de santé/médicaux « pro-littératie » présente une compréhension plus générale de la LES comme coproduction de la santé, de la qualité de soin, et de la sécurité ; une coproduction de la promotion de la santé ; et une coproduction des "cadres sains" (Pelikan, 2019). Bien plus, dans ce modèle, la LES n'est pas seulement compris comme un concept au cœur de promotion de la santé, mais aussi comme une promotion de la santé et un aspect central de la qualité des soins (Pelikan, 2019). En tant que tel, le modèle décrit neuf compétences d'une organisation de soins « pro-littératie » (Dietscher & Pelikan, 2017 ; Pelikan & Dietscher, 2015). Ainsi, il est attendu d'une organisation « pro-littératie » la compétente de :

1. Fournir des capacités organisationnelles, les infrastructures et les ressources pour la littératie en santé dans l'organisation ;
2. Développer et évaluer le matériel et les services en collaboration avec les utilisateurs ;
3. Qualifier le personnel en compétence de communication en littératie en santé ;
4. Développer un environnement positif et fournir de l'assistance pour la navigation ;
5. Appliquer les principes de la communication de la LES dans toutes les communications habituelles : dans les discours, les textes écrits, les communications audio-visuelles et numériques tout en fournissant les supports de traduction et d'interprétation ;
6. Améliorer la LESI de malades par des offres d'apprentissage ;
7. Améliorer la littératie en santé personnelle du staff par des offres d'apprentissage ;
8. Améliorer la LES dans les organisations communautaires de soin et régions du captage ;
9. Partager les expériences et jouer le rôle de modèle dans les organisations communautaires de soins.

2.2.2.5.3 Le cadre de sensibilité et de réactivité des organisations de soins de santé (Org-HLR)

La santé publique et les organisations sociales de santé ont la responsabilité d'offrir les services et les informations de manière à promouvoir un accès équitable et l'engagement des patients

aux décisions sur leur santé et bien-être. Elles doivent aussi être sensibles aux divers besoins et préférences qui soutiennent la participation de ces patients (Trezona et al., 2017). Partant de cette conception et de l'idée selon laquelle les compétences en LES exigées aux individus pour réagir réciproquement et efficacement avec les services de la santé dépendent de la complexité de ces services et les demandes qu'ils placent sur les gens, Trezona et ses collaborateurs ont conçu un cadre conceptuel (Trezona et al., 2017). Ce cadre décrit les caractéristiques de la LES d'une organisation de santé sensible et réactive. Le concept de LESO traduit le fait qu'en plus des capacités personnelles des individus, l'organisation des systèmes de santé revêt une importance fondamentale pour faire évoluer la LES d'une population (Rondia et al., 2019). Par conséquent, le renforcement de la sensibilité et de la réactivité en matière de LES des organisations peut se jouer à différents niveaux de fonctionnement : stratégique, managérial, procédural, systèmes de qualité, ressources humaines, culture d'entreprise, etc.

À partir des tables rondes avec six groupes d'experts du domaine de la santé et des affaires sociales, ajoutés aux consultations d'autres experts en ligne, plus de 1579 déclarations ont été produites. Leur analyse a permis de déterminer sept (07) domaines d'une organisation sensible et réactive à la LES : 1) les capacités de direction, de gestion et la culture organisationnelle ; 2) les systèmes et processus ; 3) la planification et l'évaluation ; 4) la consultation, l'engagement et les partenariats avec les consommateurs ; 5) les employés ; 6) l'accès et l'orientation ; et 7) les pratiques et les principes de communication (Rowlands et al., 2019 ; Trezona et al., 2017). Chaque domaine a inclus entre 1 à 5 sous-domaines pour un total de 24 sous-domaines.

Le cadre de sensibilité et de réactivité des organisations de soins de santé/médicaux (Org-HLR) est le premier modèle conceptuel de la LESO développé à partir d'une approche inclusive et collaborative impliquant les acteurs de divers domaines (Trezona et al., 2017). Ce modèle qui est aussi le premier à être développé empiriquement, conçoit la LES comme une réponse à la réactivité des organisations de santé (Farmanova et al., 2018). Trezona et al. (2017, p. 9) affirment qu'un « *certain niveau d'effort du système est exigé pour traiter efficacement la question de faible compétence de la littératie en santé et qu'il est sollicité de l'organisation d'être proactive dans la satisfaction des besoins de la communauté, c'est cela, être sensible* ». Le cadre Org-HLR met en valeur l'interconnexion entre le leadership de direction et la culture, les systèmes, les processus et les politiques ; l'accès aux services et programmes ; l'engagement de communauté et les partenariats ; les pratiques communicatives et les standards ; et enfin, les personnels et/ou employés. Dès-lors, ce cadre offre une structure cohérente pour identifier, organiser et diriger les services de la santé autant que l'amélioration du système de santé

(Trezona et al., 2017). Bien plus, il donne la possibilité pour orienter efficacement les politiques publiques de santé et réformes pour rehausser la sensibilité des services de santé et le système à la littératie en santé. La figure 2.10 ci-dessous donne une vue d'ensemble du modèle.

En somme, la littératie en santé (LES) en tant que concept s'est progressivement étendue de la littératie en santé individuelle (LESI) à la littératie en santé organisationnelle (LESO). Les approches conceptuelles de la LESO ont ainsi étendue les compétences de littératie des malades et de leurs familles vers les personnels de santé et les citoyens dans la sphère de l'hôpital (Pelikan, 2019). Par conséquent, les domaines couverts par l'ensemble des cadres théoriques de la LESO sont larges et concernent entre autres : 1) capacités de direction, gestion et culture organisationnelle ; 2) systèmes et processus ; 3) planification et évaluation ; 4) consultation, engagement et partenariats avec les consommateurs ; 5) employés ; 6) accès et orientation ; et 7) pratiques et principes de communication (Rowlands et al., 2019).

Figure 2.10 Cadre de sensibilité et de réactivité des organisations de santé (Org-HLR)



Figure X. Modèle décrivant les interconnexions entre les sept principaux domaines de la littératie en santé organisationnelle, extrait de « Development of the organisational health

literacy responsiveness (Org-HLR) framework in collaboration with health and social services professionals », de A. Trezona, S. Dodson, & R. H. Osborne, 2017, *BMC Health Services Research*, 17(1), p. 9. (<http://doi:10.1186/s12913-017-2465-z>)

2.3 Mesure de la littératie en santé

La littératie en santé est une préoccupation importante de la promotion de la santé (Okan et al., 2018). Elle est un déterminant majeur de la santé et un des indicateurs clefs de la santé d'une ville saine (Liu et al., 2018). Par conséquent, la LES nécessite une opérationnalisation fiable et complète (Altin et al., 2014) tant au niveau individuel, communautaire qu'organisationnel ; car, elle est un indicateur qui renseigne sur les probables actions à mener et fournirait par là une grande possibilité pour améliorer les connaissances en santé, les compétences et les comportements pour de meilleurs résultats de santé (Guzys et al., 2015). Mesurer la LES permettrait aussi d'identifier les individus avec une faible LES et aider à la planification d'interventions pour améliorer la littératie en santé publique (Tian et al., 2020). En effet, la mesure a toujours été au centre des préoccupations des chercheurs et des professionnels de la santé. L'histoire renseigne que l'intérêt pour l'analyse des impacts que pourrait avoir la LES sur la santé des populations naît de la vulgarisation des résultats d'enquêtes sur la littératie et la santé vers la fin du 20^e siècle (Rudd et al., 1999). À ce moment, les professionnels de la santé ont compris que le déficit en littératie des patients affectait une communication efficace avec le patient, l'adhésion thérapeutique, le traitement, l'autogestion, l'utilisation de soin et des informations. Par conséquent, ce déficit avait globalement un effet négatif sur la santé des patients (Okan, 2019). C'est alors à ce moment qu'ils eussent besoin des instruments pour analyser des forces et faiblesses des patients durant le processus de prise en charge afin de fournir des meilleurs soins médicaux adaptés aux besoins de malades et de leur capacités (Okan, 2019). C'est dans ce sillage et dans le but d'adresser avec efficacité en identifiant au mieux les problèmes de santé des malades que les premiers outils de mesure de la LES vont voir le jour.

Depuis lors, la course aux outils est sans limite et le nombre d'outils augmente au jour le jour. Ces outils couvrent les domaines aussi variés que les types de littératie en santé et dans presque toutes les langues. En 2015, *The tools Shed*, une plateforme en ligne de recension des outils de mesure de LES dénombrait plus de 100 outils disponibles (Nguyen et al., 2015). Aujourd'hui encore, le nombre ne cesse d'augmenter et pourrait faire croître ce nombre d'outils à 200 si l'on s'en tient au nombre important d'études consacrées à leur analyse. Plusieurs revues de littérature consacrées aux outils de mesure de la LES existent et touchent tous les domaines

ainsi que tous les âges. Elles sont consacrées aux enfants et adolescents (Okan et al., 2018), aux adultes (Tian et al., 2020), à la santé bucco-dentaire (Ghaffari et al., 2020), à la santé mentale (Wei et al., 2015), à la population générale (Altin et al., 2014 ; Dodson et al., 2015 ; Haun et al., 2014 ; Ghaffari et al., 2020 ; Guzys et al., 2015 ; Liu et al., 2018 ; Okan et al., 2018 ; Tian et al., 2020) et pas à la population spécifique. Cela ne voudrait pas dire que les outils de mesure de la LES pour les groupes spécifiques n'existent pas. Certains ont été analysés dans ces revues de littérature sous le prisme de certaines caractéristiques. Cela suggère la nécessité de conduire les recherches (revue de littérature critique) sous le prisme de la population spécifique afin de contribuer à leur amélioration. Il en est de même des instruments de mesure de la LESO.

L'analyse révèle que l'ensemble des instruments de mesures de la LES n'ont pas les mêmes caractéristiques et peuvent être regroupés en différentes catégories. À partir de ces différents questionnaires d'évaluation, il est possible d'évaluer les capacités des individus soit directement via la mesure de la performance dans certaines tâches comme la lecture d'une notice d'un médicament ou d'une étiquette nutritionnelle (approche objective), soit via une auto-évaluation de leurs compétences (approche subjective). Il est aussi possible d'évaluer les compétences en LESI en se focalisant sur les outils qui se limitent à évaluer les notions en lien avec le domaine de santé et apparenté ; soit sur les capacités en santé ou apparentées soit en prenant les outils qui combinent les deux modes (Lui et al., 2018). L'on peut les regrouper selon l'objectif visé. Ce regroupement distingue les outils d'évaluation de la LESI pour l'ensemble de la population, de la LESI pour une population spécifique, de la LES numérique, de la LES concernant une maladie ou un sujet spécifique et de la LES en santé mentale (Rowlands et al., 2019). La division selon les deux grandes sous-disciplines de la LES sera retenue dans cette section. Il s'agira de présenter les outils de mesure de la littératie en santé individuelle et ceux de mesures de la littératie en santé organisationnelle (LESI vs LESO). Néanmoins, ces différents regroupements ne sont pas exclusifs. Un outil peut être à la fois destiné à une population générale ou spécifique et être aussi objectif ou subjectif selon le mode d'évaluation.

2.3.1 Mesure de la littératie en santé individuelle

Les outils de mesure de la LESI dans la littérature ont deux orientations selon qu'ils s'adressent à la population générale ou des populations spécifiques. Les outils de l'orientation de la population générale s'adressent à l'ensemble des catégories sociales de personnes que l'on peut retrouver dans une communauté sans prendre en compte leurs conditions particulières en termes de santé. Il s'agit à la fois des personnes « normales », malades, déficientes, handicapées,

démunies, riches, des enfants, adolescents, adultes, etc. Si la population générale ne prend pas en compte la situation sanitaire ou le type de LES, elle prend en compte le niveau de développement bio-psycho-social. Dans ce cas, on peut alors parler de la population générale des enfants, des adolescents ou des adultes. Seulement, dans chaque strate, on prendra en compte toute personne pouvant nous fournir l'information recherchée. Ici, l'objectif recherché est d'évaluer le niveau général de connaissance d'une population sur le domaine (Voir le chapitre 6 sur le niveau de littératie en santé de la population camerounaise).

Par opposition à la population générale, la population spécifique fait référence à un groupe qui partage un certain nombre de problème de santé. Dans la littérature scientifique, de nombreux auteurs utilisent ce moyen d'évaluation afin de définir les besoins des catégories sociales spécifiques. Il s'agit d'identifier le niveau de compétence d'une population spécifique (diabétique, hypertendus, cancéreux, etc.) donnée sur un domaine. Il ne faut pas confondre cette LES liée aux groupes de populations spécifiques à celle liée au contexte¹⁷ (Sørensen, 2019). Il s'agit alors d'outils qui permettent de mesurer le niveau de LES chez un groupe humain partageant une même maladie. Que les outils soient adressés dans l'un ou l'autre des orientations, ces outils ne permettent pas d'évaluer les différentes dimensions de la LES et possèdent des lacunes méthodologiques (Haun et al., 2014 ; Osborne et al., 2013). La LES implique une constellation de compétences (Berkman et al., 2010) et de dimensions, soit plus d'une trentaine (Okan et al., 2018). L'essentiel de ces outils ont été élaborés en s'appuyant sur la conception de la LES comme un construit multidimensionnel et sont basés sur deux théories de la LESI à savoir le modèle de Nutbeam (2008) et le modèle de Sørensen et al. (2012) (Lu et al., 2018 ; Tian et al., 2020). Aussi, sont-ils présentés pour la majorité sous la forme du questionnaire et mesurant environ 39 domaines (Liu et al., 2018 ; Okan et al., 2018 ; Tian et al., 2020). Les outils mesurent pour les simples, une dimension alors que les plus complexes mesurent entre neuf et 14 dimensions (Davis et al., 1991 ; Dodson et al., 2014, 2015 ; Osborne et al., 2013).

Les premiers outils de mesure de la LES n'évaluaient qu'une seule compétence, qui était la compétence de lecture. Il s'agit du *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine* (REALM) (Davis et al., 1991), du *Test of Functional Health Literacy in Adults* (TOFHLA) (Haun et al., 2014 ; Osborne et al., 2013 ; Parker et al., 1995). D'autre comme le *Newest Vital Sign* (Weiss et al., 2005) ne mesurait essentiellement que la compétence en numératie en santé. Ces outils

¹⁷ Pour plus de précisions voir la section sur les typologies de littératie en santé

d'évaluation rapide du niveau de LES étaient utilisés lors des évaluations routinières en milieu des soins médicaux et dans beaucoup d'études. Depuis l'avènement de ces premiers outils, le développement d'outils de mesure de la LES a connu une grande extension avec de plus en plus de complexité. D'autres outils évaluant deux dimensions de la LES ont été conçus dans le domaine de la santé bucco-dentaire et de la santé mentale. Il s'agit par exemple du *Oral Health Literacy Instrument* (Sabbahi et al., 2009) qui évalue la lecture (compréhension) et le calcul ou du *Mental Health Knowledge and Attitudes Scale* (Kutcher & Wei, 2013) et *Mental Health Literacy Scale* (O'Connor & Casey, 2015) qui évaluent les connaissances et les attitudes (Rowlands et al., 2019). Un autre outil de cette catégorie est *High Blood Pressure Health Literacy Scale* (Kim et al., 2012) qui évalue la culture écrite (lecture/compréhension) et la littératie en santé fonctionnelle (calcul). Finissons par le *Critical Nutrition Literacy Instrument* (Guttersrud et al., 2014) qui est une auto-évaluation explorant les habitudes alimentaires et l'attitude critique vis-à-vis des échelles nutritionnelles et de leurs sources.

D'autres outils plus complexes évaluent trois, quatre voire cinq dimensions de la LES. Bon nombre d'entre eux évaluent la compétence en littératie en santé de base (ou la littératie en santé fonctionnelle). C'est le cas du *Health Literacy Scale* (Suka et al., 2013) qui mesure la littératie en santé 1) fonctionnelle, 2) interactive, 3) critique ; du *e-Health Literacy Scale* (Chung et al., 2015) qui évalue la 1) connaissances, 2) compétences, 3) confiance ; et du *All Aspects of Health Literacy Scale* (Chinn & McCarthy, 2013) qui mesure la littératie en santé 1) fonctionnelle, 2) interactive, 3) critique, et 4) l'autonomisation. Un outil à cinq dimensions qui n'échappe pas à cette réalité est *Health Literacy for School-aged Children Instrument* (Paakkari et al., 2016). Si la littératie en santé de base n'est pas la première dimension, elle est néanmoins un domaine essentiel. Cet outil d'auto-évaluation mesure 1) savoir théorique, 2) connaissances pratiques, 3) pensée critique, 4) conscience de soi, 5) citoyenneté. Quelques outils se démarquent cependant de la prise en compte systématique de la LES fonctionnelle comme dimension spécifique. Ces outils se recrutent dans le domaine de la LES numérique avec par exemple le *Digital Health Literacy Assessment Tool* (St Jean et al., 2017) qui évalue à partir des items à réponses ouvertes 1) accès à l'information, 2) compréhension de l'information, 3) traitement/évaluation de l'information, 4) application/utilisation de l'information. Ils se recrutent aussi dans le lot des instruments de mesure la littératie en santé personnelle pour l'ensemble de la population. C'est le cas de l'*European Health Literacy Questionnaire* (Sørensen et al., 2013) dans ses différentes formes : longue, courte et très courte. Ce questionnaire qui est l'un des plus usités aujourd'hui dans les recherches mesure 1) accès et obtention de l'information, 2) compréhension de

l'information concernant la santé, 3) traitement/évaluation de l'information concernant la santé, et 4) application/utilisation de cette information (aux soins, à la prévention des maladies, à la promotion de la santé). La validation camerounaise de cet outil est l'objet d'un chapitre dans cette thèse (voir chapitre 4).

Une dernière catégorie de ces outils est celle des outils mesurant plus de cinq domaines de la LES. Parmi les outils les plus utilisés dans cette catégorie, nous avons le *Questionnaire de littératie en santé* (HLQ) de Osborne et al. (2013). La HLQ est un outil de mesure de la LES spécifique, construit par une équipe de chercheurs de l'université de Swinburne en Australie, utilise un continuum allant de faible à haut niveau de LES pour situer le niveau de compétence de littératie spécifique des populations (Osborne et al., 2013). Ce questionnaire est l'un des plus administrés aujourd'hui auprès des malades chroniques. Il se démarque des autres outils par ses neuf domaines de mesure. C'est un nouvel instrument de mesure permettant d'obtenir un portrait global de la LES d'une personne. Les domaines sont : 1) sentiment d'être compris et soutenu par les prestataires de santé, 2) possession d'informations suffisantes pour gérer sa propre santé, 3) prise en charge active de sa propre santé, 4) soutien social pour la santé, 5) évaluation de l'information sanitaire, 6) capacité à impliquer activement les prestataires de santé, 7) capacité à s'orienter dans le système de soins, 8) capacité à trouver de bonnes informations sanitaires, et 9) une compréhension suffisante des informations sanitaires pour savoir quoi faire. Ces neuf domaines permettent de fournir un profil complet de la diversité des besoins intrinsèques ou extrinsèques relatifs à la LES d'une personne. Ils fournissent les informations pertinentes pour les cliniciens et les organisations de soins de santé sur les besoins de la clientèle afin d'optimiser les résultats de santé, puisque cet instrument de mesure a été construit sur l'expérience vécue par les utilisateurs des services de santé (Osborne et al., 2013). D'une part, ces domaines peuvent guider les décisions concernant les besoins et les résultats au niveau individuel, en évaluant l'information sur la santé, le soutien social ou la gestion active de la santé d'une personne. D'autre part, au niveau organisationnel, ces domaines peuvent orienter les décisions en documentant la capacité de la personne à interagir avec le système de santé ou à naviguer à l'intérieur de celui-ci (Osborne et al., 2013).

Le dernier questionnaire que nous présenterons dans cette section est *The Information and Support for Health Actions Questionnaire* ([ISHA-Q] ; Dodson et al., 2014). Il évalue 14 domaines de la LES. Il permet d'identifier les forces et les faiblesses de la LES spécifique des personnes et des communautés. Il a été conçu pour les cultures dans lesquelles la prise de décision au sujet de santé est souvent une activité communautaire. Ce questionnaire est donc à

cheval entre les outils de mesure de la LESI et de la LESO. Le ISHA-Q évalue 14 dimensions de la LES et a 10 échelles supplémentaires qui peuvent être utilisées selon la pertinence du répondant et le but de son administration. L'ISHA-Q peut être auto-administré ou administré oralement (Dodson et al., 2015). Tout comme le HLQ, l'ISHA-Q ne produit pas de score global pour le sujet ou la communauté, mais des scores moyens pour chaque sous-échelle. Les différents domaines mesurés sont : 1) Support pour la santé dans la communauté, 2. Capacité d'accès aux services de santé, 3) Compétences communicationnelles pour obtenir ce que l'on veut des professionnels de la santé, 4) Soutien familial en matière de santé, 5) Capacité d'accès à l'information de santé, 6) Reconnaissance des droits, 7) Évaluation de la crédibilité de l'information de la santé, 8) Prise de responsabilité pour sa propre santé, 9) Voyage/Barrières physiques pour prendre les soins de santé, 10) Alimentation pour la bonne santé, 11) Pratique de l'exercice physique pour la bonne santé, 12) Gestion du stress, 13) Usage des médicaments, et 14) Usage des herbes et des suppléments alimentaires.

L'IHSA-Q est constitué de 60 items répartis dans trois sous-échelles qui sont les supports et capacités/habilités (de 1 à 8), les barrières (9) et les actions de santé (10-14) avec respectivement 37, 4 et 19 items.

2.3.2 Mesure de la littératie en santé organisationnelle

Nous avons rappelé plus haut que le développement de la recherche dans le domaine de la LESO était récent et même très récent en comparaison avec celui de la LESI et des autres domaines de la recherche. Par conséquent, la mesure de la LESO l'est aussi, bien plus récente que celle de la LESI (Pelikan, 2019). De ce fait, il y a peu d'outils d'auto-évaluation disponibles pour aider les organisations à évaluer le niveau de LESO (Trezona et al., 2018b). À ce jour, la majorité des instruments de mesure développés, l'ont été sur la base de la théorie des dix attributs de la LESO proposée par l'institut de médecine des États-Unis (Brach et al., 2012). Un outil à été développé sur la base de chacune des théories suivantes : le modèle intégré de soin, la théorie de l'engagement du patient, du modèle viennois de la LESO et de la théorie de la sensibilité et de la réactivité des organisations de santé (Farmanova et al., 2018).

Farmanova et al. (2018) ont publié une revue de la littérature sur les approches théoriques et conceptuelles, les guides, et les questions de mise en œuvre de la LESO. Les résultats révèlent l'existence de neuf outils qui proposent des approches opérationnelles pour supporter l'action de la LESO. Ces outils mesurent six dimensions de la LESO avec 9 caractéristiques de qualité pour chaque guide de la LESO. Dès lors, ces outils doivent être systématiquement utilisés pour

évaluer la LESO dans les organisations de soins médicaux ; car, l'évaluation préalable constitue une condition préalable nécessaire pour le développement organisationnel initial d'apprentissage ou de changement de procédé pour leur réorientation vers une organisation plus pro-littératie en santé (Pelikan, 2019). Les six dimensions ou domaines de la LESO mesurés par les principaux outils de la LESO sont : 1) accès et navigation, 2) communication, 3) implication de consommateur, 4) la force de travail, 5) leadership et management, et 5) Rencontre les besoins de la population (Farmanova et al., 2018). La prise en compte et l'implémentation de ces dimensions par les neuf outils permettent de : 1) d'adresser l'inter-corrélation entre la littératie, la culture et la langue, 2) de réussir comme organisation, 3) de supporter l'amélioration, 4) d'adresser les demandes et la complexité des systèmes de santé, 5) soutenir la prise de décision, 6) réduire les barrières, 7) stimuler la LESO, 8) sécuriser la soutenabilité de la LESO, et 9) être proactif dans l'atteinte des objectifs de la population (Farmanova et al., 2018).

Sans être exhaustif, voici deux questionnaires de mesure de la LESO. Il s'agit notamment du *Health Literacy Assessment Questions (for health-care providers)* (Cooper et al., 2011) qui est un questionnaire d'auto-évaluation mesurant trois dimensions que sont : 1) compétences en communication, 2) collaboration patient-prestataire de santé, et 3) soutien apporté aux patients ; et du *HeLLO Tas! : a toolkit for health literacy learning organizations (Tasmanian Council of Social Services [HeLLO Tas], 2018)*, un autre questionnaire d'auto-évaluation à six dimensions : 1) implication du consommateur, 2) employés, 3) satisfaction des besoins des divers groupes de population, 4) accès et orientation, 5) communication, 6) capacités de direction et gestion (Rowlands et al., 2019). Comme le confirme la littérature, bien que le nombre d'outils de mesure de la LESO soit faible, l'implémentation d'un concept aussi complexe dans les structures existantes, le processus et la culture d'une organisation est un véritable défi. Dès lors, les recherches futures et plus pointues doivent encore s'y atteler afin de proposer les voies de contournement aux nombreuses entraves à l'implémentation de la littératie en santé organisationnelle (Pelikan, 2019).

2.3.3 Facteurs restreignant la mesure de la littératie en santé

Seul un petit nombre d'études décrivaient les facteurs restreignant la mesure de la LES ou l'évaluation des interventions ou des programmes spécialisés dans ce domaine. Cependant, ces facteurs peuvent être regroupés de la façon suivante : compétences et capacités du personnel, contraintes temporelles et budgétaires, et méthodes et plan de collecte des données (Rowlands

et al., 2019). Les compétences et les capacités du personnel ont été décrites dans certaines études comme à la fois un facteur facilitant et un obstacle. Comme obstacle, les compétences et les capacités du personnel dans ce sens qu'il est difficile d'apporter un niveau de soutien égal à tous les projets communs ou aux différentes équipes, en raison du caractère continu de la mise en œuvre d'une recherche. Par conséquent, certains groupes dans la logique de travail en équipe reçoivent davantage de soutien et acquièrent des capacités d'évaluation supérieures à celles des autres. Les contraintes de temps ont été décrites comme un obstacle majeur à la réalisation de l'évaluation dans un certain nombre d'études (Wang et al., 2013). En raison du temps limité accordé à la collecte des données, la taille de l'échantillon des participants peut être réduite, et de ce fait, la qualité des résultats serait affectée sur plus d'un plan, car il est admis dans les recherches quantitatives que plus la taille de l'échantillon est grande, plus les résultats sont probables (Dancey & Reidy, 2004/2007). Le manque de temps disponible pour la collecte des données a un effet négatif sur la richesse des données obtenues ou sur l'exhaustivité de l'évaluation (Vollmer Dahlke et al., 2017). Par ailleurs, Rowlands et al. (2019) rapportent qu'une durée et des ressources insuffisantes sont allouées aux activités d'évaluation au niveau local ou international.

L'usage de méthodes qualitatives (telles que des entretiens et des groupes de discussion) a été décrit comme une limite pour l'évaluation d'interventions ou de programmes de LES (Davis et al., 2018 ; Svensson et al., 2017). Mais il a aussi été observé que les méthodes qualitatives ne permettaient pas de réaliser une évaluation formelle de la LES (Svensson et al., 2017) et que la compréhension des résultats pouvait être plus ardue (Vollmer Dahlke et al., 2017). En effet, les résultats se prêtent à l'interprétation et aux partis pris des évaluateurs, et la reproduction de l'analyse dans de futures études peut être plus difficile (Vollmer Dahlke et al., 2017). En outre, les méthodes qualitatives sont plus consommatrices de ressources et par conséquent, les tailles des échantillons sont souvent inférieures, ce qui peut limiter la généralisation des conclusions à d'autres groupes de population et d'autres environnements (Svensson et al., 2017). Le calendrier et la fréquence de la collecte des données sont également considérés comme des difficultés ou des obstacles potentiels. Lorsque les plans d'études comprennent des pré-tests/post-tests impliquant la collecte des données tout de suite ou peu après une intervention, il est plus difficile de mesurer et de comprendre les résultats durables ou à long terme des interventions et des programmes sur la LES (Davis et al., 2018, 2020). Les mesures de la LES souffrent du nombre de dimensions à mesurer qui soit très élevé. Il y a donc de la difficulté à trouver un outil adoptant une approche complète qui permette d'évaluer l'ensemble des

domaines de la LES. Un outil complet supposerait qu'il s'appuie à la fois sur la perspective médicale et de la santé publique, mais aussi qu'il intègre les approches subjectives et objectives pour mesurer l'ensemble des 39 domaines de la littératie en santé que la littérature identifie. Ceci reste un défi irréaliste au vu de sa complexité.

Des études examinées par Farmanova et al. (2018) dans leur revue de littérature, une liste de 13 facteurs communs restreignant (ou facilitant) l'implémentation effective de la LESO a été extraite. Ceux reliés spécifiquement à la LESO incluent,

le manque de conscience de, de voir les avantages de, d'engagement à, de priorité de, du soutien de direction pour, de formation pour, de ressources pour, de temps pour, des procédures, politiques et protocoles pour, de champions du changement pour, d'une culture du changement et d'innovation pour, de pas trop outils complexes et guides pour la littératie en santé organisationnelle. (Pelikan, 2019, p. 548)

2.4 Conclusion du chapitre

Ce chapitre deuxième avait pour objectif de faire une présentation exhaustive de ce qu'est la LES. Il ressort que la LES est un domaine récent et un concept multidimensionnel, complexe et hétérogène où la difficulté de sa définition. Née en 1974 aux États-Unis sous l'impulsion de Simonds, la LES va atteindre son apogée en 2016 avec la conférence de Shanghai sur la promotion de la santé (Okan, 2019 ; OMS, 2016). À ses débuts, l'intérêt pour la LES était principalement focalisé sur les seuls services de santé et avait donc une portée limitée. Au fil du temps, son acception va progressivement évoluer pour inclure des capacités plus complexes et interconnectées, comme celle de comprendre des informations sur la santé, de communiquer ses besoins aux professionnels de santé et de saisir des instructions de santé (Sørensen et al., 2012), et la capacité à synthétiser l'information dans un contexte d'infobésité (Liu et al., 2020). L'acquisition de ces compétences complexes est sous-tendue par un préalable, avoir les compétences en littératie fonctionnelle (Zarcadoolas et al., 2005). La littératie en santé fonctionnelle devient dès lors la première typologie de littératie en santé.

Enfin, il ressort de ce chapitre que la LES est un concept au cœur des déterminants de la santé. En effet, le développement des compétences en LES est influencé par plusieurs facteurs comme ses caractéristiques individuelles, son niveau de littératie générale, son style de vie, les facteurs sociaux, économiques et les différentes circonstances de l'environnement qui entourent les individus et les populations. Ensuite, dès lors que la compétence en LES est acquise, elle devient

un atout pour naviguer dans le système de santé actuel dont la complexité est grandissante. La compétence en LES devient aussi une force et joue un rôle important dans la promotion de la santé, notamment dans un contexte de développement exponentiel de maladies cardiovasculaires. Enfin, la LES a connu un grand développement théorique et conceptuel que ce soit dans le domaine de la LESI ou de la LESO. Dans le même sens, une large gamme d'outils de mesure de la LESI et LESO existe avec des caractéristiques variées et les fortunes diverses.

Les recherches en LES sont dominées par de grands développements théoriques et moins d'empirisme. Ce qui contraste avec la promotion de la santé qui bénéficie plutôt d'un grand développement empirique et d'un faible développement théorique.

Chapitre 3 : Promotion de la santé

L'expression promotion de la santé (PS), largement utilisée aujourd'hui dans les différentes disciplines qui s'intéressent à la santé, a une longue histoire qui permet de comprendre toute sa pertinence pour les individus et les communautés. Avant d'en arriver au terme actuellement connu sous cette appellation, les principales observations qui ont amené les premiers acteurs à des réflexions plus profondes furent de l'ordre du manque de pouvoir d'agir des individus et des communautés ayant les conditions de vie et de santé difficiles (Houéto & Laverack, 2014). Son établissement comme un aspect spécifique et intégral des soins médicaux et de la société continue à représenter un défi pour toutes les nations. Alors même que l'accumulation des évidences indique que la PS tient la promesse du maintien de la vigueur, de la vitalité et de la productivité dans les huitième et neuvième décennie de la vie pour une proportion croissante de la population mondiale (Pender et al., 2011). Nombre de pays développent (et améliorent continuellement) des programmes nationaux de promotion de la santé pour donner une nouvelle direction aux stratégies de promotion des comportements sains, améliorer la santé de la population ; car, le lien entre la santé et une population productive, le bien-être national et la prospérité économique est reconnu. Les objectifs de ces programmes de PS, très souvent décennaux, sont d'aider les personnes à tout âge à rester le plus longtemps en vie et en bonne santé, d'optimiser leur santé en cas de maladies chroniques ou de handicap et de créer un environnement de vie sain où chacun vivrait (Pender et al., 2011).

Dans ce chapitre consacré à la PS, nous allons aborder trois principaux points. Dans un premier temps il sera présenté ce qu'est la promotion de la santé dans son histoire, sa définition, sa finalité. Dans un deuxième temps, nous présenterons les principales approches théoriques de la promotion de la santé. Enfin dans un troisième temps, nous aborderons la question de la mesure de la promotion de la santé.

3.1 Promotion de la santé : histoire, définition, finalité et dimensions

La PS permet aux individus, aux familles, aux ménages et aux communautés de parvenir au niveau de santé le plus élevé qu'ils sont capables d'atteindre, quels que soient l'âge, la race, les revenus, la situation géographique ou le niveau d'instruction (OMS, 2012). Elle a une longue histoire, une définition selon deux axes et des dimensions qu'il convient d'élucider.

3.1.1 L'autonomisation : l'ancêtre et le fondement de la promotion de la santé

L'autonomisation est dès le départ une notion centrale de la promotion de la santé (Houéto & Laverack, 2014). Elle est pour Mattig (2014), l'ancêtre de la PS en même temps qu'elle lui demeure un défi aujourd'hui. L'autonomie, qui associe autodétermination, indépendance et liberté de décision, n'est pas seulement l'une des notions fondamentales sur laquelle repose une société éclairée et libre. Elle joue également un rôle majeur pour la PS. Elle est un processus qui consiste à rendre des personnes ou des communautés responsables de leurs actes et actions. Il s'agit d'un processus éducatif qui aide les individus et les groupes à apprendre les causes et les conséquences probables des phénomènes sanitaires par exemple, pour eux-mêmes et pour leurs communautés (y compris la communauté mondiale). Il les aide aussi à définir pour eux-mêmes la nature des problèmes relatifs aux processus de protection de la santé, à la dimension et la répartition des différentes sources potentielles de maladies, à leurs caractéristiques ; et à déterminer les moyens que pourrait employer la société dans son ensemble, et eux-mêmes en tant qu'individus et/ou groupes, pour réagir à ces processus et les influencer afin d'améliorer la qualité de la vie, présente et future (Mattig, 2014). Historiquement, plusieurs problèmes sanitaires comme les épidémies ont été expliqués par le manque de pouvoir agir des citoyens sur leur quotidien (Houéto & Laverack, 2014). Bien plus, en 1920, Winslow faisait remarquer que, pour atteindre l'objectif du mieux-être individuel et social, il fallait passer par l'organisation de la communauté. Par organisation communautaire il faut entendre « *le regroupement des efforts individuels des membres de la communauté pour la formulation d'actions communes de résolution des problèmes d'intérêt commun* » (Houéto & Laverack, 2014, p. 12).

L'autonomie comme but ultime de la PS est reconnue depuis longtemps par l'OMS. En 1986, elle reconnaît la PS comme une approche fondée sur le concept santé (Houéto & Laverack, 2014). C'est ainsi que la première conférence internationale pour la PS, réunie à Ottawa, a adopté le 21 novembre 1986 une charte en vue de contribuer à la réalisation de l'objectif de la Santé pour tous d'ici à l'an 2000 et au-delà. Inspirée avant tout par l'attente de plus en plus manifeste, d'un nouveau mouvement en faveur de la santé publique dans le monde, cette conférence s'est concentrée sur les besoins des pays industrialisés, sans négliger pour autant ceux des autres régions. Elle a pris comme point de départ les progrès accomplis grâce à la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, les buts fixés par l'OMS dans le cadre de la stratégie de la Santé pour tous et le débat sur l'action intersectorielle pour la santé, à l'Assemblée mondiale de la santé (OMS, 1986).

Selon la charte d'Ottawa, la PS a pour but de donner aux individus plus de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Cependant, il est rapporté que pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter (OMS, 1986). La santé y est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie. C'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. Par conséquent, selon l'OMS (1986) la PS ne relève donc pas seulement du secteur de la santé. C'est dire qu'elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu. La santé exige, selon la charte d'Ottawa, un certain nombre de conditions et de ressources préalables à l'individu notamment : se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable (OMS, 1986). La charte d'Ottawa sur la PS met ainsi l'accent sur les notions d'autonomisation, de participation communautaire, de plaidoyer et de partenariat (Augoyard & Renaud, 1998 ; Kar et al., 1999) afin de relever l'empowerment des individus.

La notion d'empowerment repose sur le fait que les sujets ne sont pas entièrement libres dans leurs choix de comportement en matière de santé et que ces choix peuvent être restreints par leurs conditions sociales et environnementales. Elle consiste à développer l'autonomie en matière de santé. L'objectif de cette éducation est de développer les compétences qui aident à la réalisation de cette autonomie (Tarquinio & Tarquinio, 2007). La santé procède dans une bonne part du processus d'empowerment, c'est-à-dire de capacitation des individus et des groupes à agir sur les conditions sociales, économiques, politiques ou écologiques auxquelles ils sont confrontés (Cambon et al., 2021).

3.1.2 Promotion de la santé : un concept mal défini, multi défini ou pas défini du tout ?

Les références définitionnelles à la PS dans la littérature sont abondantes et diversifiées. Pour Quinodoz-Kerspern (2011), elle se présente dans la littérature, à la fois comme une finalité, un processus, une stratégie et un contenu. Bien plus, la plupart du temps, elle est soit mal définie, soit multi définie ou encore pas du tout définie. Nous avons essayé dans cette section de faire l'économie de cette abondante littérature. Mais avant, intéressons-nous au concept de santé qui nous semble fondamental du fait qu'il se trouve au centre de cette expression PS.

3.1.2.1 La santé, de quoi parlons-nous ?

Le domaine de la santé ne se limite pas aux soins médicaux et à l'institution médicale. Il est devenu un enjeu au cœur des politiques publiques des États (Van Steenberghe, 2011). Il existe une multitude de manières d'envisager le concept de santé. Il peut être défini selon l'origine, la discipline, la population cible, la dimension culturelle, le temps, le lieu, etc. (Pender et al., 2011 ; Van Steenberghe, 2011). Quel que soit l'angle d'analyse adopté, l'acception du concept santé a évolué au fil des siècles et il évoluera encore certainement (Pender et al., 2011).

Selon son origine, l'analyse rétrospective du concept santé nous apprend qu'il vient du terme anglais *health* apparu vers l'an 1000 avant Jésus Christ (Ninot, 2019a ; Pender et al., 2011). Ce dernier provient du vieil anglais « *hoelth* » qui signifie « être en sécurité » ou « globalité du corps ». Le mot santé aussi provient du latin « *saluto* », « *salutavi* », « *salutare* » et signifie garder sain et sauf, préserver. Un deuxième concept latin en lien avec la santé est « *sano* », « *sanare* ». Il signifie, rendre sain, guérir, réparer, ramener à la raison. Dans ce même sillage, nous avons aussi le concept latin « *sana* », « *sanus* », « *sanum* » qui signifie sain, en bonne santé, raisonnable. Cette approche de la santé nous apprend qu'elle est en lien avec le souci de garder sain, en sécurité la globalité du corps et au besoin de la réparer en cas de maladie.

La santé peut être aussi définie en fonction de l'angle d'analyse que nous privilégions : celui de la médecine, des sciences infirmières, de l'OMS, des milieux universitaires, de la Charte d'Ottawa pour la PS, de la psychologie, etc. (Van Steenberghe, 2011). Si la définition selon laquelle la santé est un état d'intégrité anatomique, physiologique, mentale et l'absence de risque de maladie ou de décès prématuré (OMS, 2001) est largement partagée aujourd'hui, notons qu'elle n'a pas beaucoup changé de celle qui figure dans le préambule du texte constitutif de l'OMS de 1946a. Celle-ci disait de la santé d'être « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » (OMS, 1946b, p. 100). L'analyse de cette définition révèle que la santé a une dimension sociale, psychologique et pour certaines cultures, une dimension spirituelle. Toutefois, elle est à resituer dans son contexte, celui de l'optimisme d'après la seconde guerre mondiale avec la santé vécue comme une contribution à la paix et faisant partie d'une vision plus vaste d'une bonne société. Pour Azouaghe (2019), cette définition affirme la bidimensionnalité de la santé psychologique : le bien-être et la détresse psychologique alors que pour Ninot (2019a), elle souligne plutôt la part subjective, globale, contextuelle et multidimensionnelle de la notion de santé.

Malgré la richesse de cette définition de la santé, cette acception comporte de nombreuses limites. La première limite est qu'elle a une vision statique (état) de la santé alors même que la santé est quelque chose qui évolue tout au long de la vie, quelque chose à construire en permanence. Cette critique est portée par les tenants du continuum entre santé et maladie. Autrement dit, santé et maladie ne sont pas des concepts séparés. Il y a des degrés de maladie et des degrés de santé. Pour les tenants de cette thèse, la santé est donc un état physique et mental positif, un état de bien-être social et pas seulement la simple absence de maladie (Pender et al., 2011). Toutefois, cet état de chose varie selon un continuum qui oscille d'un état de santé optimale où la santé prédomine vers un autre versant de la santé où se trouvent la maladie, les handicaps, les incapacités. C'est un processus d'entropie que l'on décèle au travers de signes et symptômes qui sont associés à la dégradation de la santé (Verlhiac, n.d.). La deuxième limite de la définition de la santé de l'OMS est qu'elle entretient une vision utopique, abstraite, idéaliste, en la décrivant comme une réalité inaccessible et sans rapport avec le vécu de la plupart des individus (Nutbeam, 1998). Enfin, la définition de l'OMS tend à attribuer à la santé des caractéristiques très générales que l'on aura tendance à qualifier d'universelles (Van Steenberghe, 2011). Or, il semble que le concept de santé peut difficilement être universel ; car, largement déterminé par le contexte. À titre d'exemple, les populations ouvrières mettent l'accent sur l'absence de maladie et sur les aptitudes physiques alors que les cadres parlent davantage de l'usage hédoniste de la vie et du bien-être. De même, les peuples autochtones et les peuples de forêt vont évoquer avec insistance l'harmonie avec la nature et les capacités de survivre dans des circonstances extrêmes (Spector, 1985 cité par Van Steenberghe, 2011). Une meilleure définition de la santé serait alors celle qui est donnée en fonction de la cible.

La santé peut enfin être envisagée sous le prisme de la population cible : la communauté, la famille, l'individu (Pender et al., 2011). Définir la santé en ayant pour cible l'individu revient à la définir comme stabilité, actualisation de soi ou à la fois comme stabilité et actualisation de soi. Pour les individus, l'approche définitionnelle de la santé comme stabilité dérive à l'origine des concepts physiologiques d'homéostasie et adaptation. La santé est alors définie comme les conditions qui permettent à un individu de s'adapter à son environnement. L'état de santé d'une personne dépend alors de la capacité de l'individu à s'ajuster aux différentes variations internes et externes dont il fait face au quotidien. Les modèles environmentalistes de la santé peuvent rentrer dans cette catégorie car, l'essence de ces modèles est l'adaptation de l'individu à son environnement. La définition de la santé comme stabilité semble plus limitée dans sa conception que celle de la santé comme actualisation. Quand la santé individuelle est définie plus largement

comme une actualisation de possibilités humaines, elle est appelée le Bien-être (Pender et al., 2011). Le bien-être est considéré comme un terme élargi, pas aussi restreint que le concept de santé. Il est un état idéal caractérisé par les expériences de contentement, plaisir et joie ; par les expériences spirituelles ; par le mouvement vers l'accomplissement de l'idéal de soi ; et en continuant le chemin vers la maturation et la réalisation du potentiel humain (Orem et al., 2003). Pour Massé et al. (1998), le bien-être correspond à « *un ensemble d'évaluations positives que fait l'individu de ses réalisations, de son contrôle sur soi sur les événements, tout en conservant un bon équilibre psychologique et une bonne sociabilité et en rapportant un niveau élevé de bonheur* » (p. 356). Le modèle conceptuel de la santé comme actualisation permanente de soi considère la santé et le bien-être comme deux concepts différents mais complémentaires. Malgré cela, les deux continuent d'être considérés comme synonymes et utilisés de manière interchangeable dans plusieurs domaines et manuels sur la santé. Les modèles d'analyse de la santé comme actualisation de soi ou bien-être ont toutefois été critiqués pour la difficulté liée à l'évaluation des perceptions subjectives. En plus, la perception de la santé et du bien-être varie en fonction de l'âge et du contexte. Une autre critique de ces modèles est de ne pas établir la différence entre la santé, le bonheur, la qualité de vie et les autres concepts globaux. Malgré ces limites, le modèle de la santé comme bien-être met l'accent sur l'ensemble de la personne et promeut l'aspect positif de la santé (Pender et al., 2011).

La dernière approche conceptuelle de la santé est celle qui intègre les deux approches précédentes. Pour les tenants de cette approche, une bonne définition de la santé doit la considérer à la fois comme stabilité et actualisation. Ainsi, la santé deviendrait :

La réalisation des potentialités humaines à travers les comportements dirigés par des buts précis, une bonne prise en charge de soi et des rapports satisfaisant avec les autres, en s'adaptant pour maintenir l'intégrité structurelle et l'harmonie avec les environnements sociaux et physiques. (Pender et al., 2011, p. 22)

La définition de la santé selon l'OMS (1946a) s'inscrit dans cette approche de la santé comme stabilité et recherche permanente de bien-être ; car, elle définit la santé comme un état de bien-être complet sur les plans physique, mental et social. Cette définition reconnaît implicitement la santé comme une recherche permanente et résultat d'un équilibre sur plusieurs plans. Selon Ninot (2019b), les connaissances les plus récentes font de la santé une résultante entre l'individu et l'écologie ; un équilibre entre thérapie et prévention, entre traitements et soins, entre biologie et psychologie, entre l'innée et l'acquis, entre quantité de vie et qualité de vie. Bien plus, les

recherches actuelles redonnent une véritable place aux interventions non médicamenteuses (Ninot, 2019b). Ceci est dû au fait que les études ont montré que « *la diminution des taux de mortalité pour les neuf maladies les plus ordinaires, quand on les met en relation avec les dates des découvertes médicales importantes, prend place bien avant que les interventions médicales ne deviennent disponibles* » (Verlhiac, n.d., p. 5). Une vision globale de la santé qui prend en compte les différentes approches s'avère nécessaire. C'est à ce juste titre que la conception biopsychosociale de la santé que propose la psychologie trouve toute sa pertinence.

Bien que le modèle biologique fournisse des technologies excellentes et sophistiquées de soins médicaux, il s'est assez concentré sur la maladie. Une vision élargie de la santé va au-delà de la prévention de la maladie et de la réduction de ses risques. Pour Engel (1997), une vision élargie, biopsychosociale de la santé met l'accent sur les ressources personnelles et sociales autant que sur les capacités physiques. Cette vision peut être intégrée avec les modèles biomédicaux (maladie) et les modèles de la santé publique (mortalité, morbidité, risque) de la santé. Pour la psychologie, toute intervention en PS doit adopter une vision holistique biopsychosociale de la santé. Cette vision élimine l'idée de rejeter une orientation de la santé au profit d'une autre, et permet aux praticiens et chercheurs de travailler à la fois avec la santé et la maladie au lieu de les séparer (Loveland-Cherry, 2000). Le modèle biopsychosocial intègre les facteurs biologiques (tout ce qui relève du matériel génétique et des processus d'héritage de nos parents), psychologiques (différents aspects cognitifs, motivationnels et émotionnels qui contribuent à l'apparition des comportements et styles de vie des personnes) et sociaux (relations sociales et interactions entre les personnes et les valeurs de leur culture). Le modèle biopsychosocial avance le concept de système pour décrire le fonctionnement humain comme une unité de changement, d'échange d'énergie, de substances et d'informations (Verlhiac, n.d.). L'humain est complexe, et la santé l'est également. Par conséquent, elle nécessite une approche globale pour son appréhension et son développement dans les activités de promotion de la santé.

3.1.2.2 La promotion de la santé, que retenir ?

Relevons d'entrée de jeu que la PS comme concept est définie pour la première fois par Sigerist en 1946 (Houéto & Laverack, 2014). Elle renvoie au pouvoir retrouvé qui va permettre à la communauté de promouvoir un niveau de vie décent, de bonnes conditions de travail, l'éducation, l'éducation physique, le repos et la récréation, etc. pour chacun de ses membres (Houéto & Laverack, 2014). Elle pourrait alors se décliner en quatre catégories (Longtin et al., 2006) :

- ✓ en tant que but ultime, finalité visant la santé et le bien-être ;
- ✓ en tant qu'objectif en agissant sur les déterminants de la santé de nature individuelle, environnementale et globale ;
- ✓ en tant que processus avec notamment le concept d'empowerment et ;
- ✓ en tant qu'activité se référant en grande partie à l'éducation à la santé.

Longtin et al. (2006) ont recensé dans la littérature francophone et anglophone publiée entre 1980 et 2005 à ce sujet, jusqu'à vingt-huit définitions distinctes. Parmi ces publications, plus de la moitié des textes retenus ne comportaient pas d'énoncé formel de définition de la PS. Ce qui laisse transparaître l'idée selon laquelle, il n'existe pas d'unanimité dans la définition de la PS ou alors qu'il y a une difficulté à définir cette expression. Une récurrente référence est faite à une série de définitions que proposent les organismes internationaux et certains auteurs. C'est ainsi que la définition la plus citée est celle de l'OMS qui la décline dans la Charte d'Ottawa (1986) comme un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. Deux autres définitions fréquemment nommées sont celle de Brubaker (1983) qui proposait de définir la PS comme un changement des habitudes de vie et de l'environnement pour obtenir un niveau élevé de bien-être ; et celle de Pender et al. (1996, 2011) qui ajoutent aux notions de processus et de bien-être, la notion d'actualisation de soi (self-realization). Une autre définition enfin, bien que moins citée est celle que proposent Green et Kreuter (2005). Ils présentent la promotion de la santé comme étant toute « *approche planifiée de type éducatif, politique, organisationnel qui soutient les actions et les conditions de vie conduisant à la santé des individus, des groupes et des communautés* » (Green & Kreuter, 2005, p. 462). Cette définition, comme de nombreuses autres, met au centre de ses intérêts l'autonomie et la participation des individus et des communautés dans la prise des décisions en ce qui concerne leur vie. Pour une synthèse évolutive des différentes définitions de la PS, l'on peut se référer au magnifique article de Rootman et al. (2001).

La synthèse des définitions de la PS de Longtin et al. (2006) a permis de mettre en exergue deux axes d'expression de la PS. L'axe Idéologique basé sur le modèle de la promotion de PS selon la Charte d'Ottawa (OMS, 1986) et l'axe pragmatique basé sur les modèles d'O'Neill (2004).

3.1.2.3 La promotion de la santé selon l'axe idéologique

L'idéologie est définie simplement comme la science des idées, un mode de connaissance (Houle, 1979). Dans son sens courant, c'est un ensemble d'idées, de pensées philosophiques,

sociales, politiques, morales, religieuses, propre à un groupe, une classe sociale ou à une époque ; mais aussi un système d'idées, d'opinions et de croyances qui forme une doctrine pouvant influencer les comportements individuels ou collectifs (La Toupie, n.d.). L'axe idéologique ou philosophique de la PS est porté principalement par l'OMS (1986) à travers la charte d'Ottawa sur la PS et les nombreuses autres chartes et déclarations qui ont suivi. L'OMS, fondée en 1948, est une agence spécialisée des Nations unies qui a pour but d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible. Les grands domaines d'activité de l'OMS sont les maladies transmissibles, les maladies non transmissibles, les systèmes de santé ainsi que la préparation, la surveillance et la riposte aux situations d'urgence et la promotion de la santé à toutes les étapes de la vie (Scholz, 2015). Cette dernière l'amène à mener diverses campagnes de sensibilisation liées à la santé, y compris pour augmenter la consommation de fruits et légumes ou pour diminuer l'usage du tabac, les campagnes de vaccination, etc. L'Assemblée mondiale de la santé (AMS), l'organe décisionnel suprême de l'Organisation composée de délégués des 194 États membres, se réunit en session ordinaire annuelle. En marge de ces sessions annuelles de l'AMS, se tiennent diverses conférences internationales sur les questions spécifiques liées à chaque grand domaine d'activité de l'OMS. Il en est ainsi des conférences internationales sur la PS dont la première s'est tenue le 21 novembre 1986 à Ottawa, au Canada et la plus récente à Rotorua en 2019.

De la charte d'Ottawa

La Charte d'Ottawa a été rédigée par des canadiens adeptes du canoé, et trente ans plus tard, on rame toujours, et parfois à contrecourant ! (Laurent-Beq, 2016). L'adoption de la Charte d'Ottawa en 1986, lors de la première Conférence internationale sur la PS, jette les jalons d'un « nouveau mouvement de santé publique » dans le monde et marque un tournant majeur dans la façon de concevoir la santé (Lannes, 2012 ; Poirier, 2012). Ce texte marque une étape importante dans l'histoire de la santé publique moderne en affirmant l'importance d'agir sur les déterminants de la santé et plus particulièrement sur les déterminants sociaux de la santé.

En outre, la charte d'Ottawa offre un nouveau cadre de référence pour la mise en œuvre de la PS, à travers 5 stratégies d'intervention axées sur la nécessité de se doter de mesures de santé visant à modifier l'environnement social et politique, le besoin de renforcer les capacités d'action individuelle et collective pour agir sur les déterminants de la santé ainsi que la nécessité de réorienter les systèmes de santé en faveur de la PS. Elle visait à l'époque, à apporter une réponse aux réactions de plus en plus manifestes d'un nouveau mouvement de santé publique

dans le monde (OMS, 1986). La charte d'Ottawa officialise le domaine de la PS en clarifiant ses concepts clés, en définissant ses principes, en mettant en évidence les besoins et les ressources nécessaires à la santé et en posant les stratégies et les actions permettant de poursuivre la politique de la « *Santé pour tous en l'an 2000 et au-delà* » de l'OMS (Lannes, 2012, OMS, 1986). La charte d'Ottawa a déterminé et continuera à déterminer le destin du monde en matière de santé (Catford, 2007).

La promotion de la santé dans la Charte d'Ottawa (OMS, 1986) comporte cinq axes majeurs. Le premier porte sur la nécessité d'élaborer des politiques publiques favorisant la santé et la sécurité des personnes. À titre d'exemples, l'on peut citer la mise en place de règlements à l'échelle des municipalités concernant la pollution sonore, la gestion des déchets, la salubrité des logements et espaces de vie (Au Cameroun, on parle de plus en plus de journée propre. Selon les communes de la ville de Yaoundé où l'on se trouve, on parle très souvent de « Mardi propre », « Mercredi propre » ou même de « Jeudi propre »), etc. Le deuxième axe a pour objectif de créer des milieux sains et moins dangereux pour la santé, incluant la création de milieux récréatifs et de détente. C'est agir sur les habitudes alimentaires, sur la consommation de tabac et d'alcool des personnes ; c'est encourager par ailleurs l'activité physique. Le troisième axe consiste à renforcer l'action communautaire, comme le développement de coopératives ou d'associations locales, la mise en place de programmes d'éducation populaire, etc. Le quatrième vise à faire acquérir des attitudes individuelles en soutenant toute démarche d'éducation relative à la santé (mais aussi « à » et « pour » la santé). Enfin, le cinquième axe cible la réorientation des services de santé pour mieux soutenir les personnes et les groupes dans l'expression de leurs besoins de santé et l'adoption de modes de vie plus sains (si nécessaire).

Bien que la charte d'Ottawa soit considérée comme le texte fondateur de la PS dans la littérature, certains experts du domaine ne lui accordent pas la source de ce concept. Par exemple, pour O'Neill (1999) il s'agit simplement d'une reformulation moderne d'une ancienne approche de la santé publique qui n'est pas adaptée à cet axe idéologique. Il préférerait alors parler de nouvelle santé publique ou de santé publique écologique au lieu de PS. Partant de l'analyse de l'expression promotion de la santé, O'Neill et Stirling (2006) indiquent qu'elle recouvre de manière confuse deux réalités complémentaires. Premièrement, on s'en sert comme dans la charte d'Ottawa, pour désigner une manière large de comprendre la santé, ses déterminants, et les actions à poser pour la préserver ou la restaurer. La définition de la PS que propose cette charte reflète à souhait cette vision. Deuxièmement et de manière plus spécifique, on peut considérer que c'est un sous champ de pratique du domaine de la santé publique,

communautaire ou des populations, dont l'objet est le changement planifié des habitudes et des conditions de vie ayant rapport avec la santé au moyen de techniques d'intervention précises (éducation pour la santé, marketing social, communication publique, action politique, développement communautaire, développement organisationnel). L'illustration parfaite de cette perspective est la définition de la PS que proposent Green et Kreuter (2005). C'est dans l'optique d'éviter cette confusion que ces auteurs canadiens, proposent d'utiliser l'expression « nouvelle santé publique » pour désigner la première réalité et de réserver l'expression « promotion de la santé » pour la seconde (O'Neill & Stirling, 2006).

L'approche idéologique qu'utilise l'OMS dans la Charte d'Ottawa en ce qui concerne la promotion de la santé ne reflèterait pas la réalité qu'elle souhaite décrire. Ce serait d'ailleurs pourquoi, rappelle Lannes (2012), son contenu et son application ont fait l'objet de nombreuses critiques, notamment lors des célébrations de son 20^e anniversaire. Nonobstant ces observations dignes d'intérêt, la charte d'Ottawa a le mérite d'avoir fixé les bases des politiques de la PS ainsi que son acception. C'est d'ailleurs en s'appuyant sur elle que les conférences suivantes ont pris corps.

Des chartes et déclarations d'après Ottawa

Les grandes conférences internationales sur la PS reposent sur une plus grande équité en matière de santé afin d'améliorer la santé et le bien-être de chacun. Elles ont confirmé l'importance de la PS dans la réalisation du développement social, économique et environnemental, tant pour les pays en développement que pour les pays développés.¹⁸ Cependant, à la question de savoir qu'est-ce que l'équité en santé ? L'OMS à travers la Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques (Kickbusch et al., 2013) apporte un éclairage. Selon cette déclaration, on peut parler d'équité en santé lorsque chacun a la possibilité de réaliser pleinement son potentiel sanitaire et que nul n'est défavorisé dans la réalisation de ce potentiel en raison de sa situation sociale ou d'autres circonstances sociales (OMS, 2013c). L'équité consiste aussi, à reconnaître que notre intervention ne se déroule pas dans un espace neutre et qu'elle s'inscrit dans un territoire vécu et structuré entre autres par des déterminants sociaux, économiques, historiques et culturels.

Depuis la première conférence mondiale sur la PS de 1986 qui a donné lieu à la charte d'Ottawa, neuf autres conférences sont venues renforcer la philosophie de la PS de l'OMS. La dernière

¹⁸ <http://promosante.org/promotion-de-la-sante-en-bref/chartes-et-declarations/>

conférence date d'avril 2019 ; elle a eu lieu à Rotorua, Aotearoa en Nouvelle-Zélande. Malgré la tenue de ces conférences post-Ottawa où ont découlé des nouvelles déclarations et chartes, la charte d'Ottawa demeurerait toujours pertinente malgré le temps qui passait et la menace qu'a fait passagèrement planer sur elle la Charte de Bangkok (O'Neill, 2005 ; Van Steenberghe & O'Neill, 2007). Une critique fondée sur une perspective d'économie politique oblige à « *admettre que la Charte d'Ottawa ne reflète plus l'état des consensus sociaux de cette seconde décennie du 21^e siècle* » (O'Neill, 2012, p. 44). Cette Charte semble le produit d'une époque historique bien particulière, celle de la période des « Trente glorieuses » où partout à travers la planète, entre le milieu des années 1940 et le milieu des années 1970, dans la foulée de la prospérité économique de l'après deuxième guerre mondiale, les populations ont voté pour des gouvernements solidaires qui ont mis en place des États-providence fortement interventionnistes (O'Neill, 2011a, 2011b).

Entre la charte d'Ottawa pour la PS (OMS, 1986) et la Déclaration de Rotorua pour la promotion de la santé planétaire et le développement durable pour tous (OMS, 2019c), la philosophie de la PS s'est progressivement affinée pour s'adapter à l'ère du temps. Après l'adoption de la charte d'Ottawa, les deux conférences suivantes ont permis de spécifier le sens et la pertinence des principales stratégies énoncées dans cette charte. En premier, les Recommandations d'Adélaïde sur les politiques publiques saines (OMS, 1988). Cette conférence fait de la santé à la fois un droit fondamental et un excellent investissement social et invite les gouvernements à promouvoir la santé en liant entre elles les politiques économiques, sociales et sanitaires. Dans la même logique et dans une perspective de complémentarité, la Déclaration de Sundsvall va plaider pour des environnements favorables à la santé (OMS, 1991) en soulignant l'importance de créer des environnements (physiques, sociaux, économiques et politiques) favorables à la santé basée sur l'action sociale. Contrairement à ces deux conférences qui ont permis de préciser davantage la vision de la conférence d'Ottawa, la Déclaration de Jakarta (OMS, 1997) va s'atteler à l'évaluation de ses mises en œuvre et de ses acquis. C'est l'occasion de réexaminer les déterminants de la santé dans un nouveau contexte de mondialisation ; de réfléchir sur l'efficacité de la PS et de définir les orientations et stratégies à adopter pour relever les défis de la PS au 21^e siècle. C'est l'ère nouvelle avec les acteurs nouveaux.

Les nouveaux défis des politiques de PS à l'ère nouvelle que stipule la Déclaration de Jakarta sont formalisés dans la Déclaration ministérielle de Mexico (OMS, 2000c). Celle-ci reconnaît que l'atteinte du meilleur état de santé possible est un bien précieux pour profiter pleinement

de la vie et est nécessaire pour le développement socio-économique et l'équité. Elle souligne l'importance d'agir sur les facteurs sociaux, économiques et environnementaux. La Déclaration de Mexico recommande pour la PS, de faire place à l'équité (OMS, 2000c). Depuis cette année 2000 avec le fort développement des Technologies de l'information et de la communication (TIC), on parle de la rupture des frontières entre les États-Nations pour la construction d'un village planétaire : c'est la mondialisation. C'est fort de ce constat et dans le souci d'adapter les politiques publiques de santé à la réalité que l'OMS va consacrer sa 6^e Conférence internationale sur la PS de 2005. La Charte de Bangkok (OMS, 2005b) fait alors la part belle à la PS à l'heure de la mondialisation. En élargissant ses 5 domaines d'action, elle implique l'ensemble des décideurs à un niveau international afin que soit reconnue la PS comme approche incontournable pour faire face aux défis sanitaires du 21^e siècle.

En 2009, la Conférence de Nairobi est la première à se tenir sur le continent africain. Au regard des défis mondiaux de santé (émergence de nouvelles pathologies, changements climatiques et crise financière internationale), la PS doit jouer un rôle prioritaire dans la mise en œuvre des soins de santé primaires et en réponse aux besoins sanitaires des populations. Tel est le sens de l'Appel à l'action de Nairobi pour promouvoir la santé et le développement, et réduire le fossé de la mise en œuvre (OMS, 2009a). Cette 7^e Conférence internationale sur la PS insiste sur l'importance d'agir sur les déterminants sociaux de la santé, à travers le partenariat et la collaboration intersectorielle. L'Appel à l'action de Nairobi se donne 5 responsabilités : Renforcer les capacités de leadership pour la promotion de la santé ; Renforcer l'intégration de la PS dans les systèmes de santé, les politiques et les programmes de santé ; Accélérer l'autonomisation des communautés/individus ; Augmenter les processus participatifs ; et, Créer et appliquer des nouvelles connaissances.

L'Appel à l'action de Nairobi est projeté en perspective d'action lors de la Conférence d'Helsinki (OMS, 2013c). La Déclaration d'Helsinki, a analysé la manière de mettre en œuvre l'approche axée sur la santé dans toutes les politiques au niveau pangouvernemental afin d'aplanir les inégalités sociales de santé et d'améliorer l'efficacité des politiques de santé. Les ajustements dus au passage des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) aux Objectifs de développement durable (ODD) en 2015 ont été pris en compte lors de 8^e conférence internationale pour la PS à Shanghai en Chine. La Déclaration de Shanghai est dès lors consacrée à la PS dans le programme de développement durable à l'horizon 2030 (OMS, 2016). Ces évolutions ont affiné les objectifs de la PS afin de l'aligner à la réalité du moment.

Nonobstant le nombre important de conférences post Ottawa, seules deux semblent être très vulgarisées. En plus de celle d'Ottawa, la quatrième qui a abouti à la Déclaration de Jakarta en 1997 et la sixième à la Charte de Bangkok en 2005 sont celles auxquelles les auteurs se réfèrent plus (Quinodoz-Kerspern, 2011). La première a permis de faire le point sur onze ans d'expérimentation des stratégies de PS et ont associé à cette réflexion le secteur privé. Alors que la seconde a pris en compte dans les stratégies de PS, les phénomènes de mondialisation et de développement durable. Depuis la conférence de Rotorua en 2019, à la Nouvelle-Zélande, il nous paraît judicieux de mettre un accent sur la déclaration qui y est issue car elle représente la voix collective des membres du mouvement social, des chercheurs, des praticiens et des décideurs pour promouvoir la santé planétaire et le développement durable pour tous, maintenant et pour les générations futures.

En effet, la quatrième conférence internationale sur la PS : *À l'ère nouvelle, acteurs nouveaux : adapter la promotion de la santé au XXIème siècle* a eu lieu à Jakarta en 1997, à un moment crucial de l'élaboration de stratégies internationales de santé (OMS, 1997). Le caractère crucial de cette conférence réside dans le fait qu'elle représente le premier moment de l'évaluation de la politique d'implémentation de la charte d'Ottawa. Cette Conférence a débouché sur la proclamation de la charte d'Ottawa pour la PS qui a, depuis, largement inspiré l'action de PS (OMS, 1997). Si la deuxième et troisième conférence mondiale sur la PS ne sont pas très souvent évoquées, c'est dû simplement au fait qu'elles ont permis de préciser encore le sens et la pertinence des principales stratégies énoncées dans la Charte : établir des politiques de santé publique (Adélaïde, en Australie, en 1988) et créer des milieux favorables à la santé (Südsvall, en Suède, en 1991). La conférence de Jakarta a été l'occasion de réfléchir sur ce que l'on a appris de l'efficacité de la PS, de réexaminer les déterminants de la santé et de définir les orientations et les stratégies à adopter pour relever les défis de la PS au 21^e siècle.

La Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé propose une vision d'ensemble et place la promotion de la santé dans le siècle prochain. Elle témoigne de l'engagement résolu des participants à la Quatrième Conférence internationale sur la promotion de la santé de tirer parti de toutes les ressources existantes pour agir sur les déterminants de la santé au XXIème siècle. (OMS, 1997, p. 1)

La charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation a le mérite d'avoir pris en compte dans les stratégies de PS les phénomènes de mondialisation et de développement durable. Elle définit les mesures et les engagements nécessaires pour agir sur

les déterminants de la santé par la PS à l'ère de la mondialisation. Elle stipule que les politiques et les partenariats destinés à donner aux communautés, les moyens d'agir et à améliorer la santé et l'égalité en matière de santé devraient être au centre du développement national et mondial (OMS, 2005b). La Charte de Bangkok reprend et complète les valeurs, principes et stratégies d'action établis par la Charte d'Ottawa et les recommandations des conférences ultérieures. Cependant, la Déclaration de Rotorua est autant importante qu'elle représente la voix collective des membres du mouvement social, des chercheurs, des praticiens et des décideurs qui ont participé à la 23^{ème} Conférence mondiale de l'Union Internationale de Promotion de la Santé et d'Éducation pour la Santé (UIPES) sur la PS (OMS, 2019b). En plus, il faut la lire en parallèle à la Déclaration des peuples autochtones pour la santé planétaire et le développement durable. Les participants à la conférence appellent « *la communauté mondiale à agir d'urgence pour promouvoir la santé planétaire et le développement durable pour tous, maintenant et pour les générations futures* » (OMS, 2019c, p. 1).

La santé planétaire est la santé de l'humanité et des systèmes naturels dont nous faisons partie. Elle s'appuie sur les principes d'holisme et d'inter-connectivité des peuples autochtones, en renforçant les actions de santé publique et de PS sur les déterminants écologiques et sociaux de la santé. Elle place le bien-être des personnes et de la planète au cœur de la prise de décisions, en reconnaissant que l'économie, en tant que construction sociale, doit être un outil de soutien propice à la réalisation de cet objectif au 21^e siècle. Waiora est un concept autochtone de notre pays hôte, l'Aotearoa ou Nouvelle-Zélande, qui exprime les interconnexions entre la santé des peuples et l'environnement naturel, et l'impératif du développement durable (Durie, 2004). Waiora représente un appel à travailler avec les peuples autochtones pour tirer parti de leurs savoirs et partager les connaissances dérivées de leurs divers systèmes culturels pour le bien-être de la planète et de l'humanité. Le développement durable pour tous est un moyen clair d'assurer la justice environnementale, sociale et sanitaire pour les personnes d'aujourd'hui et pour les générations futures (OMS, 2019c). Les participants à la conférence de Rotorua appellent à une action immédiate de la communauté mondiale dans quatre domaines clés :

- ❖ Assurer l'équité en santé tout au long de la vie, au sein des pays et entre eux, au sein des générations et entre celles-ci.
- ❖ Rendre tous les habitats urbains et autres inclusifs, sans danger, résistants, durables et favorables à la santé et au bien-être de la population et de la planète.
- ❖ Concevoir et mettre en œuvre des stratégies efficaces et équitables d'adaptation aux changements climatiques.

- ❖ Établir une gouvernance, des systèmes et des processus collaboratifs, efficaces, responsables et inclusifs à tous les niveaux afin de promouvoir la participation, la paix, la justice, le respect des droits de la personne et l'équité intergénérationnelle en santé.

La dernière Conférence mondiale sur la promotion de la santé, qui s'est tenue les 13 et 15 décembre 2021 en ligne et à Genève (Suisse) a marqué le début d'un mouvement mondial en faveur du bien-être dans les sociétés (OMS, 2021b). Elle a adopté la Charte de Genève pour le bien-être. Cette dixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé ouvre la voie à la création de « sociétés du bien-être ». La Charte de Genève se fonde sur la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé et sur l'héritage de huit autres conférences mondiales consacrées à la promotion de la santé. Elle insiste sur la nécessité de prendre des engagements mondiaux pour parvenir à des résultats sanitaires et sociaux équitables aujourd'hui et pour les générations futures, sans détruire la santé de notre planète (OMS, 2021b). Cette Charte vise à inciter les décideurs et les dirigeants mondiaux à adopter cette approche et à s'engager à prendre des mesures concrètes à travers cinq grandes stratégies :

- ❖ Concevoir une économie équitable au service du développement humain, qui tienne compte des limites de la planète ;
- ❖ Créer des politiques publiques pour le bien commun ;
- ❖ Instaurer la couverture sanitaire universelle ;
- ❖ Utiliser la transformation numérique pour remédier aux effets néfastes et à la perte d'autonomie et pour accroître les effets bénéfiques ; et
- ❖ Valoriser et préserver la planète.

In fine, nous pouvons dire que la PS selon l'axe idéologique a une longue histoire. Elle trouve une part de ses racines en 1974 dans le *Rapport Lalonde* du gouvernement canadien, qui postulait « *qu'en modifiant le mode de vie ou l'environnement physique et social, on n'arriverait probablement à améliorer davantage la santé qu'en investissant plus d'argent dans les systèmes existants de prestation de soins* » (van Steenberghe & Deccache, 2006, p. 14). Selon cet axe philosophique, les actions en PS ont pour but de donner aux populations et aux individus les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. L'autonomisation est alors à la base des travaux sur la PS. Cependant, l'autonomie n'est pas stable et statique. Bien plus, elle ne peut pas se comprendre de la même façon au fil de temps et dans des contextes différents. C'est pourquoi, partir de la première conférence internationale

sur la PS, nous en sommes à la dixième avec la Déclaration de Rotorua comme l'illustre la figure 3.1 (OMS, 2019c).

Figure 3.1 La promotion de la santé au cours des grandes conférences internationales

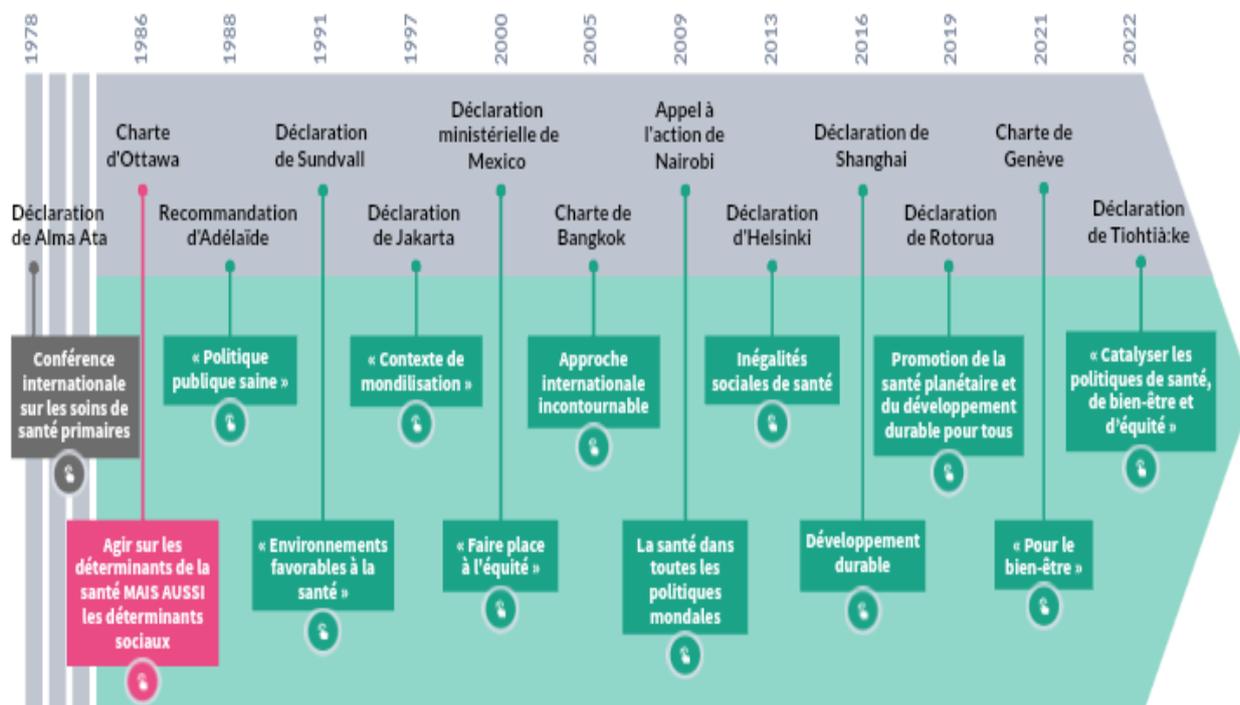


Figure X. Représentation schématique l'évolution des politiques de la promotion de la santé au cours des grandes conférences internationales organisées par l'OMS et l'UIPES. Adaptée de « Frise chronologique : La promotion de la santé au cours des grandes conférences internationales » de PromoSanté, 2022, <https://view.genial.ly/61e0529d96763d0de454f4c5/horizontal-infographic-review-frise-chronologique-chartes-et-declarations>

Une évolution notoire dans la démarche d'amélioration des politiques de PS via l'analyse de ses déterminants est l'introduction dans les engagements de la Déclaration de Shanghai, d'un engagement portant sur la littératie en santé¹⁹. Il paraît de bon ton de prendre ce nouveau paramètre en compte dans la PS étant donné que les travaux ont montré qu'il est un outil de réduction des inégalités sociales de santé. L'efficacité de toute politique de PS passe par un ensemble de pratiques spécifiques visant le changement planifié d'habitudes et de conditions de vie ayant un rapport avec la santé, à l'aide de stratégies d'interventions (O'Neill, 2004).

¹⁹Dans la version française de cette déclaration, le troisième engagement porte sur l'éducation sanitaire alors que dans la version officielle anglaise, il porte sur la littératie en santé. L'erreur de traduction a été notée. Dès lors, il serait plus adéquat de considérer cet engagement comme portant sur la littératie en santé.

3.1.2.4 La promotion de la santé selon l'axe pragmatique

Dans la PS, un des enjeux centraux sur la scène internationale, depuis une dizaine d'années, tourne autour de l'efficacité de la PS, c'est-à-dire jusqu'où les interventions dans ce domaine entraînent réellement des changements concrets dans les habitudes et les conditions de vie des individus, des groupes, des organisations ou des sociétés (O'Neill, 2004). C'est autour de cette problématique que l'axe pragmatique de la PS trouve son fondement.

L'axe pragmatique de la PS est basé sur la définition de la PS de Green et Kreuter (1999). Contrairement à la définition de la PS de la santé que donne l'OMS (1986), Green et Kreuter (1999) ont proposé une autre définition concurrente dans l'un de leur ouvrage qui a probablement le plus de notoriété internationale dans le domaine (O'Neill, 2004). Si pour la charte d'Ottawa, la PS est « *un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci* » (OMS, 1986, p. 1), pour Green et Kreuter (1999, p. 76), elle est « *toute combinaison d'actions planifiées de type éducatif, politique, législatif ou organisationnel appuyant des habitudes de vie et des conditions de vie favorables à la santé d'individus, de groupes ou de collectivités* ». La juxtaposition de ces deux définitions révèle une ambiguïté ; laquelle s'observe dans les pratiques de la PS à travers le monde, notamment au Canada (O'Neill & Cardinal, 1998). Selon O'Neill et Cardinal (1998), cette deuxième dimension du concept promotion de la santé se présente comme une suite de l'axe idéologique, pour transformer l'idéologie en pratiques. C'est pourquoi pour certains, la PS est à la fois une idéologie et une pratique. Pour Demeulemeester (2007) par exemple :

La promotion de la santé est à la fois une philosophie d'action en tant que "processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci" et un ensemble de pratiques spécifiques en tant que "toute combinaison d'actions planifiées de type éducatif, politique, législatif ou organisationnel appuyant des habitudes de vie et des conditions de vie favorables à la santé d'individus, de groupes ou de collectivités". (p. 17)

La deuxième dimension de la PS qui découle des différentes analyses correspond à l'axe dit Pragmatique. Cet axe est revendiqué par O'Neill (2004) comme étant celle qui désigne, en premier, la promotion de la santé. Cet axe à visée pratique, pose la PS comme un ensemble de pratiques spécifiques visant le changement planifié d'habitudes et de conditions de vie ayant un rapport avec la santé, à l'aide de stratégies d'interventions (O'Neil, 2004). Cette approche conceptuelle de la PS est spécifique par rapport à celle de l'OMS qui est vague (O'Neill, 2004).

Elle est celle qui rend compte fidèlement des comportements que l'on attend chez les populations et particulièrement chez celles et ceux qui en font un métier. Ceci est dû au fait que la PS est d'abord et surtout un ensemble de pratiques spécifiques visant le changement planifié d'habitudes et de conditions de vie ayant un rapport avec la santé, à l'aide de stratégies d'interventions telles l'éducation sanitaire, le marketing social, la communication persuasive, l'action politique, l'organisation communautaire et le développement organisationnel ; personnellement (O'Neill & Cardinal, 1998).

Sous l'influence de la vision biomédicale de la science, la recherche en santé et services sociaux a surtout été réalisée avec une méthodologie expérimentale en vue de fonder les interventions sur des assises scientifiques rigoureuses, en conformité avec ce paradigme (O'Neill, 2004). Or, la PS ne se limite pas au domaine biomédical, mais s'étend à tout autre domaine de pratique. C'est ce que prône particulièrement l'axe pragmatique de la PS. Cet axe correspond à une vision plus technique comparée à celle idéologique de la Charte d'Ottawa puisqu'elle est un ensemble de pratiques particulières qui visent le changement planifié d'habitudes et de conditions de vie et qui peuvent être appliquées à n'importe quel domaine d'intervention en santé dans tout milieu et toute population.

Ces pratiques sont l'éducation à la santé, le marketing social et l'entretien motivationnel pour la modification des comportements individuels et l'action politique, l'organisation communautaire et le changement organisationnel pour l'amélioration de l'environnement social, économique et collectif (O'Neill & Cardinal, 1998). Il s'agit donc d'interventions concrètes qui mettent en scène des professionnels avec des populations, dans des environnements, et qui aboutissent à des changements de comportements et de conditions de vie ayant un rapport avec la santé. Ces pratiques utilisent des approches globales, en particulier celles qui associent les cinq stratégies de la charte d'Ottawa car, ce sont elles qui ont été évaluées comme les plus efficaces lors de la conférence de Jakarta (OMS, 1997). La PS est ainsi appréhendée comme une activité pratique consistant en toute combinaison d'actions planifiées pour le changement des comportements individuels et collectifs. Pour Lannes et Sanni Yaya (2012), cette orientation pragmatique est née depuis le jour de l'adoption de la charte d'Ottawa. Ils soulignent que l'adoption de la charte d'Ottawa a débouché sur une professionnalisation de la PS en tant que champ d'action à part entière. Ceci est d'autant vrai que la charte d'Ottawa offre un cadre de référence opératoire pour la mise en œuvre de la PS, à travers la proposition de cinq axes stratégiques (Doumont & Aujoulat, 2008), qui désignent à la fois la nécessité de mesures de protection de la santé qui visent à modifier l'environnement social et politique (axes

1, 2 et 5) et la nécessité de renforcer la capacité individuelle et collective d'agir par ses comportements sur les déterminants de sa santé (axes 3 et 4). L'adoption de cette charte a d'ailleurs, dans certains pays, engendré des modifications sur le plan législatif (adoption de lois et de règlements, etc.) et des changements organisationnels (création de directions de promotion de la santé, élaboration de politiques et de programmes spécialisés en promotion de la santé, etc.), ce qui a eu un impact déterminant sur les pratiques des acteurs de la santé publique (Lannes & Sanni Yaya, 2012).

Les stratégies dites de PS selon l'axe pragmatique reposent sur une approche écologique de la santé. Cette approche accorde la même importance aux variables personnelles et aux variables d'environnement. Elle prend en compte : les facteurs individuels qui augmentent ou diminuent la probabilité qu'une personne ait une activité particulière et régulière ; les relations avec la famille, les amis et les pairs qui renforcent ou au contraire font obstacle à ce comportement ; la communauté dans laquelle s'inscrivent les relations sociales : l'école, l'entreprise, le quartier ; les facteurs de société : normes sociales et culturelles et l'environnement physique : accessibilité, sécurité, plaisir... (Doumont & Aujoulat, 2008). Demeulemeester (2005) considère qu'à chaque niveau les facteurs peuvent être modifiés par un autre niveau : une personne peut par exemple rassembler autour d'elle un groupe qui va agir en faveur d'une modification de l'environnement. Une évolution de la norme sociale peut faciliter ou faire obstacle à l'adoption ou au maintien d'une activité physique par exemple. Cette approche pragmatique de la PS aide à élucider les facteurs qui interviennent à différents niveaux et à repérer ceux sur lesquels il est possible d'intervenir, en particulier les facteurs de l'environnement qui font obstacles ou au contraire qui facilitent l'adoption d'un comportement et sa mise en pratique régulière.

Morel (2007), en s'appuyant sur le fait que l'axe pragmatique de la PS repose sur une approche écologique qui accorde autant d'importance aux variables personnelles qu'aux variables environnementales, distingue deux modes d'intervention complémentaires dans les actions à mener en promotion de la santé :

- ✓ des actions qui visent des comportements individuels : c'est tout le champ de l'information, de l'éducation pour la santé, du marketing social ; la promotion de la santé vise là à permettre aux gens d'accroître leur capacité d'agir, d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé et de faire des choix favorables ;

- ✓ des actions qui visent à modifier l'environnement social et politique, à développer des politiques publiques saines par la prise de conscience de « l'impact santé » des politiques, à assurer des milieux de vie favorables, à développer l'action communautaire et à réorienter les services vers la promotion de la santé.

Morel (2007) recommande donc de diversifier les stratégies de PS. Toutefois, celle-ci passerait par toute combinaison de mesures de protection de la santé et d'actions d'éducation pour la santé (Bury, 1988).

3.1.3 Composantes de la promotion de la santé

L'intérêt pour les questions de PS est visible à la fois à partir du nombre important des conférences et approches conceptuelles qui lui sont consacrées. L'une des plus anciennes approches de la PS est celle que propose Tannahill (1985). Selon ce modèle conceptuel, la PS est un concept qui se situe au confluent de l'éducation à la santé, de la prévention de la maladie et la protection de la santé (Tannahill, 1985).

C'est pourquoi pour certains, la PS n'est pas une discipline en soi, mais plutôt une démarche qui se situe au carrefour d'une série de disciplines qui intègrent des éléments provenant de différents champs de connaissances (Pommier, n.d.). La combinaison des trois composantes de la PS, permet d'obtenir ses sept domaines (Tannahill, 1985).

Figure 3.2 Modèle de la promotion de la santé selon Tannahill (1985)

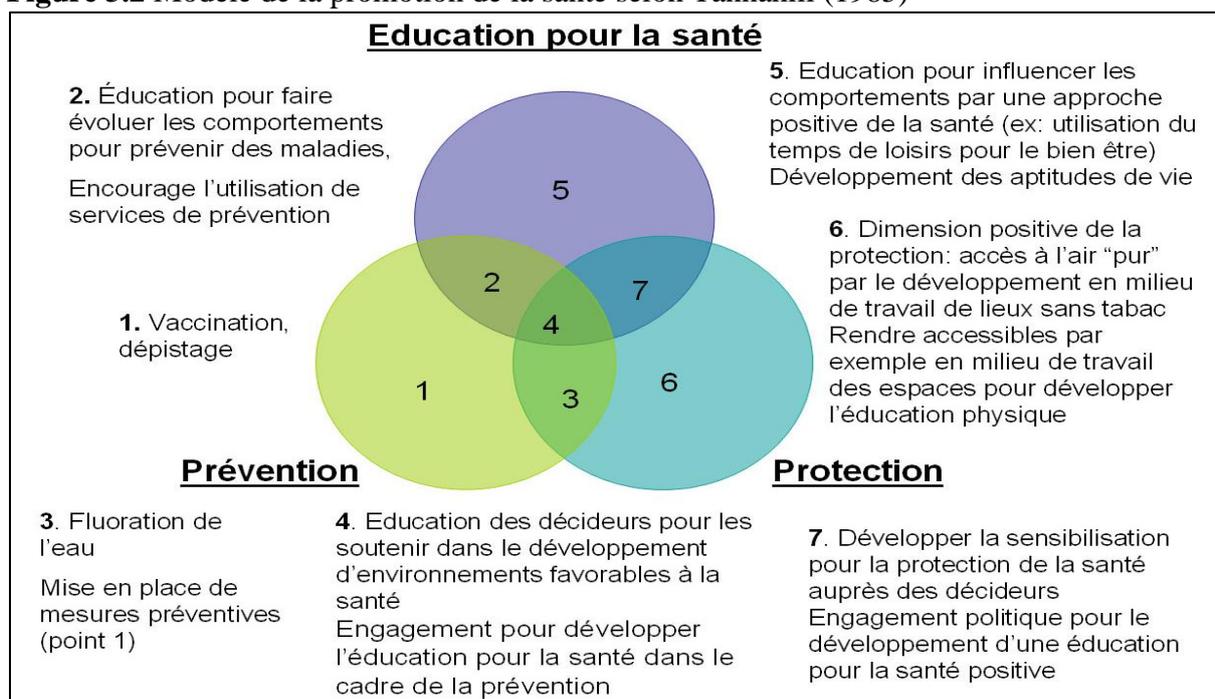


Figure X. Représentation schématique des trois composantes de la promotion de la santé et de ses sept domaines. Adapté de “What is health promotion?” de A. Tannahill, 1985, *Health Education Journal*, 44(4), p. 167. (<http://doi.org/10.1177/001789698504400402>)

3.1.3.1 Prévention et promotion de la santé

Le lien entre la prévention de la maladie et la promotion de la santé est diversement apprécié dans la littérature en éducation. Les deux sont souvent associées et donc utilisées comme synonymes dans la littérature (Shankland & Lamboy, 2011) alors même que la délimitation de ces concepts peut toutefois varier considérablement selon certains (Vanmeerbeek et al., 2015). Dans ce dernier groupe, deux conceptions contradictoires existent. Pour certains comme Mattig (2014, p. 5) « le terme ‘prévention’ englobe les deux concepts » pour d’autres pourtant, la prévention peut être considérée comme un des objectifs et résultats d’une stratégie plus globale de PS (Vanmeerbeek et al., 2015). Pour ces derniers, la PS se préoccupe de tous les domaines qui structurent la vie quotidienne : habitat et urbanisme, environnement résidentiel, condition de travail et de loisirs, réseau de relations sociales, participation de la communauté, etc. Le social, la santé et la ville s’y trouvent ainsi articulés (Van Steenberghe, 2011). La définition élargie de la PS que propose Tannahill (2009) s’inscrit dans ce courant. Pour lui, la protection de la santé (prévention de la maladie) est comme un contrôle légal ou fiscal et autres régulations pour promouvoir la santé et prévenir la maladie. La PS inclut la stimulation de la santé et les politiques de prévention de la maladie ; les stratégies et activités adressées à des environnements sociaux, économiques et physiques ; facteurs culturels ; équité et diversité ; éducation et apprendre ; services et aménagements. Une autre catégorie enfin, situe les deux (prévention et promotion) dans un continuum qui font d’eux des notions complémentaires pour assurer la santé (OMS, 1946b, 1986).

Étymologiquement, le terme prévention vient du latin *praevenire* qui signifie : prendre les devants, anticiper. La prévention consiste donc à anticiper sur les phénomènes qui risqueraient d’entraîner des problèmes de santé physique, sociale ou mentale. Il s’agit d’éviter que les personnes arrivent à l’étape de la maladie en agissant sur les facteurs liés à des environnements et des comportements sur lesquels des actions de prévention efficaces sont possibles : tabac, consommation d’alcool, alimentation déséquilibrée, sédentarité, surpoids, certaines infections, expositions aux rayonnements Ultra-Violet (UV) sans protection, expositions professionnelles et environnementales, etc. (Ifrah et al., 2021). Shankland et Lamboy (2011) rapportent par exemple que dans le domaine de la santé mentale, l’objectif de la prévention est d’essayer de

modifier les dynamiques qui mènent à l'émergence des problèmes de santé mentale et de réduire ainsi l'apparition de troubles psychiques tels que la dépression, les troubles anxieux, les troubles du comportement alimentaire, etc. Partant de cette finalité recherchée, Vanmeerbeek et al. (2015) indiquent que la prévention peut se situer à quatre niveaux dans le domaine des soins de santé : prévenir la survenue d'une maladie (Prévention primaire), dépister précocement (Prévention secondaire), éviter les complications d'une maladie (Prévention tertiaire), ou éviter la surmédicalisation (Prévention quaternaire). La figure 3.3 ci-dessous donne un aperçu de ces quatre niveaux de la prévention sur un double continuum de perception entre le professionnel de santé et un patient.

Figure 3.3 Typologie de prévention

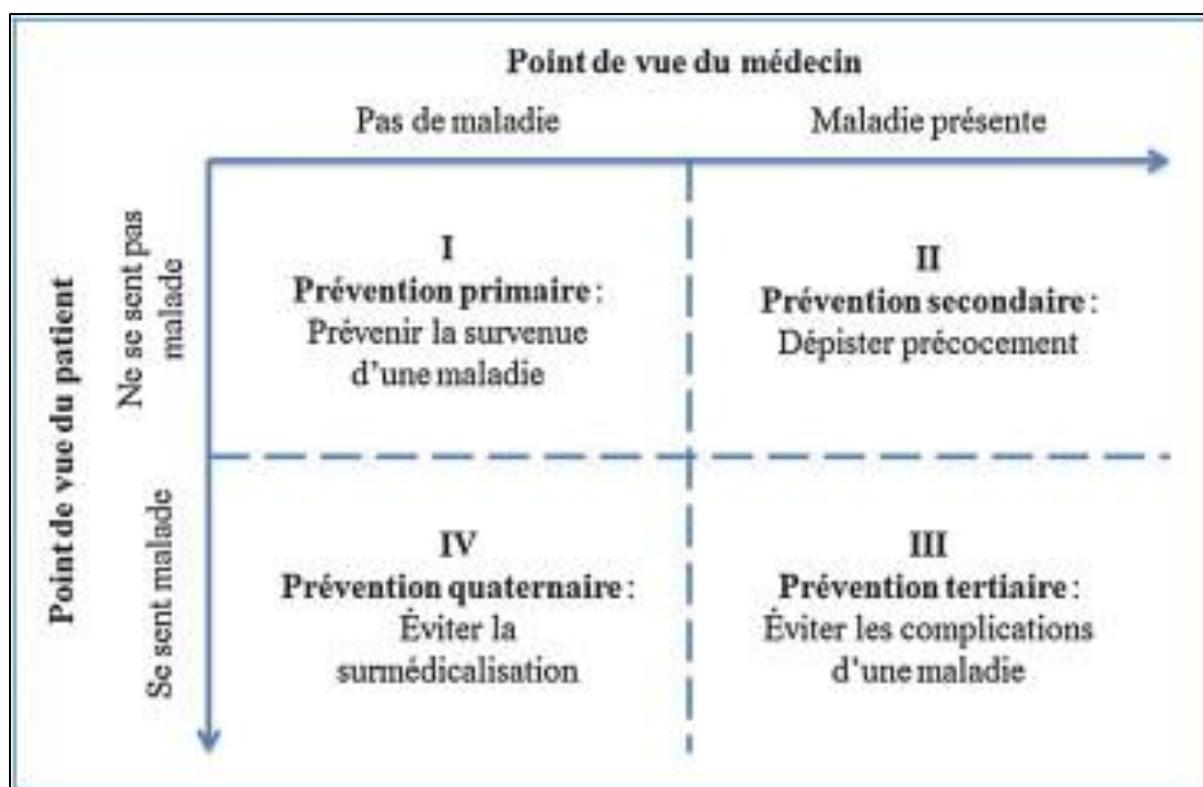


Figure X. Présentation des quatre types de prévention dans le double continuum perceptif du professionnel de la santé et du patient. Adapté de « Prévention et promotion de la santé : quels modèles pour soutenir l'évolution des pratiques en soins de santé primaires ? », de M. Vanmeerbeek, J. Mathonet, M.-C. Miermans, A.-L. Lenoir, & C. Vandoorne, 2015, *La Presse Médicale*, 179(6), p. 6. (<http://dx.doi10.1016/j.lpm.2014.09.027>)

Les quatre niveaux de la prévention définis ci-dessus s'adressent selon le cas à trois populations cibles. Lorsqu'ils s'adressent à la population générale, l'on parle de prévention « universelle »

alors que lorsque les cibles sont les personnes à risque du fait de facteurs familiaux ou environnementaux, la prévention est dite « sélective ». Enfin, quand la prévention est orientée vers les personnes présentant des facteurs de risque individuels ou/et manifestant des premiers symptômes, on parlera de prévention « indiquée » (Shankland & Lamboy, 2011). Ainsi, la prévention s'adresse, le plus souvent, à des publics spécifiques, considérés comme à risque (d'être confrontés à un problème de santé), se rapprochant ainsi d'une attitude protectionniste de la société (Shankland & Lamboy, 2011). Au même titre que la prévention qui s'adresse aux personnes saines et/ou à risque, la promotion de la santé s'adresse à cette population comme une partie de sa cible, en plus de s'adresser aux personnes malades comme l'indique si bien ses quatre principes de bonnes pratiques (Cambon et al., 2021). Ces principes de la promotion de la santé sont forts rappelés par l'OMS (OMS, 2020) dans le cadre de la communication de lutte contre la syndémie du nouveau coronavirus (Horton, 2020).

Vanmeerbeek et ses collaborateurs (2015) ont effectué une revue systématique des modèles en prévention et promotion de la santé pouvant soutenir l'évolution des pratiques en soins de santé primaires. Ils ont identifié douze modèles dont l'analyse révèle que les modèles dont les auteurs annoncent qu'ils s'appliquent à la prévention décrivent majoritairement des approches centrées sur les individus dans le cadre de la relation médecin-patient, et prennent en compte l'organisation de la pratique. Par ailleurs, les modèles systémiques de type socio-écologique illustrent le concept de PS : pratique éducative, ciblage sur des groupes ou des populations, prise en compte de milieux de vie et des déterminants sociaux de la santé. Si la prévention est à distinguer de la promotion de la santé physique, mentale et sociale, les deux domaines sont, dans la pratique en particulier, considérablement intriqués. Dès lors l'on comprend pourquoi historiquement l'OMS (1946b) a inscrit les stratégies de prévention et de promotion de la santé dans un continuum. La définition de la santé de l'OMS en est une belle illustration. Elle est définie comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ... pas seulement ... une absence de maladie ou d'infirmité* » (OMS, 1946a, p. 100).

La tableau 3.1 ci-dessous donne une présentation de quelques éléments de comparaison entre la prévention et la promotion de la santé. Adapté de « Prévention et promotion de la santé : quels modèles pour soutenir l'évolution des pratiques en soins de santé primaires ? », de Vanmeerbeek et al. (2015), il permet d'avoir une idée précise de ce qu'est chacun de ces deux dimensions de l'éducation à la santé.

Tableau 3.1*Prévention et promotion de la santé*

	Promotion de la santé	Prévention de la maladie
Finalités	Empowerment (plus grand contrôle sur sa santé et son milieu) Bien-être, qualité de vie ; santé Augmenter les facteurs de protection Diminuer les facteurs de risque	Diminuer l'incidence et la prévalence de problèmes de santé ou de facteurs de risque Augmenter les facteurs de protection Diminuer les facteurs de risque
Publics	Population, communautés, milieux de vie	Personnes et groupes à risque
Acteurs	Professionnels de disciplines variées : le soin et les paramédicaux, la psychologie, la santé publique, la sociologie, l'anthropologie, la psychosociologie, les sciences de l'éducation, etc.	Personnel du secteur sanitaire
Stratégies et modes d'action	Organisation des services Action communautaire et participation des populations Éducation pour la santé Action politique, lobbying Action intersectorielle Modification de l'environnement	Organisation des services de soins Action communautaire et participation des populations Éducation pour la santé Action politique, lobbying Action intersectorielle Modification de l'environnement
Contenus éducatifs	Transversaux, démultiplicateurs (compétences psycho-sociales, analyse critique de l'information, etc.)	Spécifiques (informations, services, apprentissages sensorimoteurs, etc.)
Référence de l'action	Santé vécue - Santé manifestée ou observée ; Facteurs de protection	Santé manifestée ou observée - Santé objectivée ; Facteurs de risque

Note. Présentation de quelques éléments de comparaison entre la prévention et la promotion de la santé. Adapté de « Prévention et promotion de la santé : quels modèles pour soutenir

l'évolution des pratiques en soins de santé primaires ? », de M. Vanmeerbeek, J. Mathonet, M.-C. Miermans, A.-L. Lenoir, & C. Vandoorne, 2015, *La Presse Médicale*, 179(6), p. 8. (<http://dx.doi10.1016/j.lpm.2014.09.027>)

3.1.3.2. Promotion de la santé vs Éducation « à », « pour », et/ou « relative à » la santé

Des fonctions multiples et diverses sont assignées à l'école: enseigner la maîtrise des langages traditionnels et initier aux nouvelles technologies, faire réussir aux examens et apprendre les règles de la vie en société, former au respect de l'environnement et à la sécurité routière, éduquer aux médias et à l'économie, informer sur les dangers des toxicomanies et bien d'autres choses encore (Meirieu, 2002). Parce qu'il existe un lien réel entre santé et apprentissages, parce que les établissements scolaires sont fréquentés quotidiennement par tous les enfants, adolescents et de plus en plus les adultes, il appartient aussi à l'École, espace de socialisation et de pratique de la citoyenneté, de veiller à leur santé et de les aider à adopter des comportements qui préservent celle-ci dans le respect d'eux-mêmes, des autres et de l'environnement (Simar & Jourdan, 2010). La santé occupe donc une bonne place à l'école. Par ailleurs, santé et éducation sont étroitement liées et constituent ensemble le socle sur lequel s'appuie une dynamique de la réussite : l'éducation contribue au maintien de la santé et la santé procure les conditions nécessaires aux apprentissages. Ce lien est davantage renforcé quand on observe la diversité des expressions utilisées dans la littérature pour établir le lien entre l'éducation et la santé.

Selon la préposition d'association utilisée pour établir le lien entre éducation et santé, le sens est plus ou moins différent. Si les anglo-saxons ont tout regroupé sous le terme *health education* sans intermédiaire, il n'en est pas de même en francophonie où l'éducation et la santé s'articulent autour de plusieurs prépositions qui en définissent les enjeux (Van Steenberghe, 2011). On parle notamment, d'éducation à la santé (Bizzoni-Prévioux et al., 2010 ; Broussouloux & Houzelle-Marchal, 2006 ; Simar & Jourdan, 2010), d'éducation pour la santé (Collège Régional d'Éducation pour la Santé [CRES], 2009 ; Bonnin & Palicot, 2001) et plus récemment d'éducation relative à la santé (van Steenberghe & Doumont, 2005). L'éducation à porter soins et secours est aussi évoquée dans la littérature pour signifier le processus qui donne aux individus et aux familles les capacités d'agir et de réagir face aux diverses situations de la vie courante. Il ne sera pas question d'aborder ce concept dans cette section.

L'éducation « à » la santé et promotion de la santé

L'éducation à la santé a pour but d'aider les personnes à acquérir un meilleur état de santé compte tenu de leur héritage génétique et de l'environnement dans lequel elles vivent (Berthet, 1983). À l'école, elle a pour finalité le développement des compétences nécessaires à des choix libres et responsables en matière de santé (Simar & Jourdan, 2010). La préposition « à » spécifie l'objet d'une telle éducation qui est la santé. Aussi, la préposition « à » s'emploie-t-elle pour introduire un complément d'objet indirect, un complément d'attribution, un complément du nom ou un complément de l'adjectif. La préposition « à » indique alors ici la finalité de l'action. Celle-ci se traduit assez bien dans cette définition de l'éducation à la santé que donne le dictionnaire Legendre (2005) pour qui, l'éducation à la santé est celle qui « *permet de faire adopter des attitudes et des comportements favorables au maintien et au développement de la santé chez les personnes, les groupes d'individus et les populations* » (p. 507).

Dans le même sens, pour Castillo (1987), les actions entreprises dans le champ de l'éducation à la santé sont exercées en vue de modifier les manières de penser et d'agir en matière de santé, de conserver de saines habitudes de vie, d'apprendre à utiliser les services existants et aussi de promouvoir l'utilisation de moyens de protection susceptibles de se mettre à l'abri des dangers sanitaires. Dans le champ de l'éducation à la santé à l'école, ces actions peuvent concerner directement les acteurs ou indirectement, lorsque la recherche est focalisée sur des programmes ou la mise en place de réseaux, par exemple. Pour l'essentiel, ces recherches ont des visées herméneutiques ou praxéologique (Simar & Jourdan, 2010). Il peut notamment s'agir d'évaluer comment de nouvelles prescriptions, qu'elles soient primaires (programmes scolaires, orientations ministérielles) ou secondaires (dispositif de formation), en lien avec l'éducation à la santé, peuvent devenir opérationnelles dans l'activité enseignante (Goigoux, 2007).

La compréhension la plus élargie et la plus complète de l'éducation à la santé est donnée par Whitehead (2004). Selon lui, l'éducation à la santé est une activité qui cherche à informer des individus sur la nature et causes de santé/maladie et leur niveau personnel de risque associée à leur style de vie. L'éducation à la santé cherche à motiver l'individu à accepter un processus de changement comportemental à travers une influence directe sur leurs valeurs, croyances et systèmes d'attitude, où il est jugé que l'individu est particulièrement à risque ou a été affecté par la maladie ou une invalidité. L'éducation à la santé est centrée sur le comportement et pour cela, elle peut être distinguée de l'éducation sanitaire (terme employé pour désigner les occasions d'apprentissage délibérément mises en œuvre pour faciliter les changements de

comportement en vue d'atteindre un objectif déterminé à l'avance), mais aussi de l'éducation pour la santé.

L'éducation pour la santé et promotion de la santé

La préposition « pour » dans l'expression éducation pour la santé, laisse à priori entendre une articulation d'utilité, d'instrumentalisation : l'éducation se fait pour la santé. Elle est un moyen, un instrument, un ressort pour la santé. Dans ce cas, il s'agit davantage d'un processus créant les conditions nécessaires au développement de la capacité des personnes et de groupes vis-à-vis de leur santé, en valorisant leur autonomie et leur responsabilité (Fischer & Tarquinio, 2006). La définition de Bonnin et Palicot (2001) nous semble plus explicite. Pour eux, l'éducation pour la santé « *constitue un moyen de la prévention visant à réduire la mortalité prématurée par maladies ou accidents en partie liés aux comportements et habitudes de vie* » (p. 288). La préposition « pour » exprime aussi le but (Je joue pour gagner), la destination (Prendre un avion pour la Bafoussam), l'intérêt, la durée (Il est parti pour une heure.), le remplacement, la cause, la conséquence (Il va à l'école pour apprendre.), le point de vue, la substitution, etc. Dans ce sens, l'éducation pour la santé désigne toutes les activités qui permettent d'entrer en dialogue avec le citoyen afin qu'il puisse acquérir tout au long de la vie des compétences et des moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celles de la collectivité (CRES, 2001). L'éducation pour la santé est le processus par lequel les personnes ou les groupes de personnes apprennent les facteurs favorisant de la promotion, l'entretien ou la restauration de la santé. L'OMS, en 1998, déclarait que :

L'éducation pour la santé comprend la création délibérée de possibilités d'apprendre grâce à une forme de communication visant à améliorer les compétences en matière de santé, ce qui comprend l'amélioration des connaissances et la transmission d'aptitudes utiles dans la vie, qui favorisent la santé des individus et des communautés. (Nutbeam, 1998, p. 5)

Cette définition dans l'édition 2021 du glossaire de la promotion de la santé, a connu une certaine amélioration. Elle est dès lors présentée comme « *une combinaison d'expériences d'apprentissage conçues pour aider les individus et les communautés à améliorer leur santé en augmentant les connaissances, en influençant la motivation et en améliorant la littératie en matière de santé* » (Nutbeam & Muscat, 2021, p. 18). Dans ce sens, elle peut inclure la communication d'informations concernant les déterminants de la santé, ainsi que les facteurs de risque individuels et l'utilisation du système de soins de santé. L'éducation à la santé peut

aussi comprendre une communication axée sur les tâches – conçue pour soutenir des actions prédéterminées telles que la participation à des programmes d’immunisation et de dépistage, l’observance thérapeutique ou le changement de comportement en matière de santé, et peut également inclure une communication axée sur les compétences conçue pour développer des compétences génériques et transférables en matière de santé qui permettent aux gens de prendre une gamme de décisions plus autonomes concernant leur santé et de s’adapter à des circonstances changeantes. Cela comprend l’acquisition de connaissances et de compétences qui permettent de s’attaquer aux déterminants de la santé.

Les approches de l’éducation pour la santé sont de trois ordres : 1) par thèmes (nutrition, sport, tabac, sida, maltraitance...) ; 2) par populations (jeunes, populations défavorisées, personnes âgées...) et par lieux de vie (école, entreprise, quartier). Aussi, l’éducation pour la santé concerne-t-elle deux types d’acteurs : ceux qui sont confrontés à la nécessité de dispenser au quotidien des conseils de santé (professions sociales, psychologues, enseignants... voire acteur implicite que peut être tout un chacun) et ceux qui sont engagés dans des activités explicites d’éducation pour la santé (personnels de santé scolaire, psychologue du travail, animateurs des organismes d’éducation pour la santé, etc.) (Bouchet & Caprioli, 1996). L’éducation pour la santé s’intéresse donc aux personnes, en renforçant leurs capacités à poser des choix concernant leur santé, en vue d’adapter leurs conduites comme leurs environnements. Dans le même sens, Ewles et Simnett (2003) spécifient les principales caractéristiques de l’éducation pour la santé : (1) elle vise la personne tout entière et comprend tous les aspects physiques, mentaux, sociaux, culturels, émotionnels, spirituels et sociétaux ; (2) elle est dirigée vers les individus, les groupes et, ou les communautés ; (3) elle s’étend à toute la vie et aide les personnes à s’adapter et à créer des conditions de vie saine.

Pour le CRES (2001), l’éducation pour la santé et à la PS ont un but commun : l’autonomie des personnes. Toutefois, la distinction entre PS et éducation pour la santé tient au rapport entre l’axe de travail éducatif et l’axe de travail institutionnel ; rapport défini en fonction de la demande initiale du commanditaire. Cette demande peut aller d’une prestation éducative à un diagnostic élargi accompagné d’un partenariat dans la perspective d’une construction commune de projet. En éducation pour la santé, les objectifs politiques ou institutionnels sont rarement explicités. L’éducation pour la santé peut toutefois constituer une porte qui ouvre sur la PS (CRES, 2001). C’est dans ce sens que s’inscrivent les propos de Bouchet et Caprioli (1996) lorsqu’ils affirment que l’éducation pour la santé s’inscrit dans le champ de la santé publique comme un moyen essentiel de la prévention et de la promotion de la santé.

L'éducation relative à la santé et promotion de la santé

L'éducation relative à la santé englobe une éducation « à » et « pour » la santé (Van Steenberghe, 2011). Elle se penche plus spécifiquement sur la relation que les personnes et les groupes sociaux entretiennent avec leur santé. Cette relation est essentiellement déterminée par la représentation individuelle et collective de la santé que chacun construit. Elle part de l'idée que la santé est le fruit d'une construction sociale, qu'elle est de l'ordre du ressenti individuel et/ou collectif ne coïncidant pas toujours avec des données dites objectives. L'éducation relative à la santé tend à ne pas séparer la personne de son contexte social et de sa trajectoire de vie dans lesquels son « agir » de santé prend un sens pour elle (Van Steenberghe, 2011). La proposition « relative à » tend aussi à reconnaître la pluralité des registres qui caractérise la santé, voire sa polysémie. Le physique, le mental et le social, comme expérience humaine relative à la santé, occupent des places stratégiques tant dans l'existence individuelle que collective. Cependant, il faut noter que la distinction entre l'éducation pour la santé et l'éducation relative à la santé n'est pas toujours très évidente. Une même approche conceptuelle peut fluctuer d'une logique à l'autre selon l'interprétation et la valeur que l'on donne aux mots.

Si l'éducation à la santé, l'éducation pour la santé et l'éducation relative à la santé font référence à une conception spécifique et distincte de la santé et de l'éducation, la plupart des auteurs utilisent indistinctement les différentes prépositions. Certains auteurs comme Gélinas et al. (1997), font la distinction entre l'éducation à la santé et l'éducation pour la santé. Pour eux, la première expression se situe dans le paradigme positiviste, tandis que la seconde s'inscrit dans le paradigme constructiviste. Ceci révèle la riche relation entre éducation et santé ou alors entre les modèles de l'éducation et ceux de la santé pour la promotion de la santé. Une belle combinaison entre les modèles de ces deux champs pour la PS est donnée par Eymard (2004, 2005). En effet, elle a mis en regard les modèles de l'éducation avec ceux de la santé, afin de faire ressortir les liens théoriques qui peuvent exister entre les deux notions dans la PS tout au long de la vie. Selon les modèles, on retrouve les différents éléments spécifiques à la promotion de la santé, notamment concernant la capacité des individus à être au centre des décisions concernant leur santé. L'auteure insiste sur la valeur théorique de ce classement, spécifiant qu'il ne se veut ni prédictif, ni prescriptif.

3.1.3.3 Protection de la santé et promotion de la santé

Si la littérature est abondante sur le lien entre la prévention de la maladie, l'éducation à la santé et la promotion de la santé, ce n'est pas le cas de la relation entre la protection de la santé et la

promotion de la santé. Ce n'est pas du fait que ces concepts sont synonymes, mais peut-être parce qu'il existe une difficulté à faire une réelle nuance entre ces concepts. La protection de la santé est un concept beaucoup plus répandu dans le domaine professionnel. Dans ce domaine, Linnan et al. (2010) s'appuient sur les rôles des acteurs pour différencier ces deux expressions. Pour eux,

les experts de la promotion de la santé sont concentrés sur les employés, les encourageants à adopter un style de vie sain ou changer de comportements, alors que les experts de la protection de la santé questionnent la santé de l'employé en créant des conditions du travail sûres et en limitant des expositions hasardeuses. (Linnan et al., 2010, pp. 371-372)

Comme nous pouvons le constater, la PS est centrée sur la personne alors que la protection de la santé est centrée sur l'environnement. Il s'agit de changer les conditions environnementales pour réduire la probabilité d'apparition du risque sanitaire. Il s'agit aussi pour l'employé (ou tout individu) d'adopter les comportements qui protègent la santé. Son adoption est cependant liée à la perception du risque (Harris & Guten, 1979). Dans une conception psychosociale et cognitive, la perception du risque est définie comme l'appréhension d'un vaste ensemble de critères plus ou moins subjectifs à l'origine du jugement du caractère risqué d'un certain nombre d'activités, substances, technologies ou situations (Chauvin, 2014).

Le lien entre la PS et la protection de la santé est aussi rapporté par Pender et al. (2011, 2014). Selon ceux-ci, les comportements de PS associés aux comportements de protection de la santé constituent les deux composantes du style de vie. Dans cette logique, ils présentent les comportements de protection de la santé comme une expression des tendances stabilisatrices humaines et qui sont dirigées vers la diminution de la probabilité d'apparition d'une maladie chez les individus (Pender et al., 2011). La définition de la protection de la santé que proposent Harris et Guten (1979) nous semble plus complète. Pour eux, les comportements de protection de la santé sont « *tout comportement adopté par une personne, au regard de sa perception ou de son statut sanitaire actuel, dans le but de protéger, promouvoir ou maintenir sa santé, que ce comportement soit oui ou non objectivement efficace pour cette fin* » (Harris & Guten, 1979, p. 18). Ainsi, l'adoption d'une alimentation équilibrée, la réduction de l'ingestion d'alcool ou l'arrêt de la consommation de tabac seraient des comportements de santé préventifs (Shankland & Lamboy, 2011).

Les définitions des expressions éducation à la santé, prévention de la maladie, protection de la santé et promotion de la santé diffèrent considérablement d'une étude à l'autre. Dans leurs définitions, la prévention et la promotion de la santé apparaissent comme deux concepts distincts, mais en pratique les composantes de la prévention et de la promotion sont souvent présents au sein des mêmes programmes et utilisent parfois des stratégies et des interventions similaires (OMS, 2004 ; Shankland & Lamboy, 2011). L'éducation à la santé est centrée sur le changement de comportement individuel alors que la prévention se situe dans un paradigme santé/maladie. Un obstacle nommé est l'omniprésence du modèle biomédical qui prend trop de place dans le paradigme de la PS. La protection par contre met l'accent sur l'environnement. Nous utilisons dans cette thèse l'expression PS en la considérant comme différente des notions d'éducation à la santé, de protection de la santé et de prévention de la maladie. Car, comme le souligne Bury (1988), la PS peut être considérée comme toute combinaison de mesures de protection de la santé et d'actions d'éducation pour la santé. Toutefois, toute intervention doit se rassurer d'être adossée sur une base théorique solide pour une plus grande équité en matière de santé et afin d'améliorer la santé et le bien-être de chacun (Hoarau, 2020 ; Jack et al., 2010).

3.1.4 La multidimensionnalité de la promotion de la santé

Le niveau socio-économique, la communauté, la culture et l'environnement affectent la santé des individus et des groupes d'une façon assez marquée (Pender et al., 2011). Le contexte peut selon les cas soutenir et étendre la santé potentielle ou inhiber l'apparition de la santé et du bien-être. La PS est le processus qui permet de capaciter les individus, groupes, familles et communautés pour assurer le contrôle sur les déterminants de leur comportement et pour prendre des décisions. Ainsi, la PS est un concept complexe et multidimensionnel. Selon Pender et al. (2011), elle a six dimensions dont l'individu, la famille, la communauté, les conditions socio-économiques, la culture et l'environnement.

La dimension individuelle

Les individus jouent un rôle critique dans la détermination de leur propre statut de santé parce que la prise en charge personnelle représente un mode dominant de soins de santé dans nos sociétés. Beaucoup de décisions personnelles prises au quotidien construisent notre manière de vivre mais aussi les environnements sociaux et physiques. La promotion de la santé au niveau individuel améliore la prise de décision et favorise l'adoption des comportements de promotion de la santé.

La dimension familiale

La famille joue un rôle crucial dans le développement des croyances en santé et les comportements de santé. La famille constitue le premier milieu de socialisation d'un individu. Cela fait d'elle un puissant outil de modelage des comportements de ce dernier. Chaque famille partage un certain nombre de caractéristiques en termes de valeurs, rôle et une structure de pouvoir comme modèle unique de communication (Pender et al., 2011). En plus, la famille accomplit son rôle d'affection, de socialisation, de soin de santé et de coping de différentes façons. La plupart des travaux montrent que la famille joue un rôle important dans le processus de socialisation de l'enfant et celui de l'adolescent (Mohammadpoorasl et al., 2012 ; Khemakhem et al., 2009). Ces études montrent que la famille influence les pratiques et les comportements de l'adolescent en jouant le rôle de régulateur de par les prescriptions et proscriptions qu'elle établit et auxquelles l'enfant ou l'adolescent est soumis (Khemakhem et al., 2009). Le style de leadership parental et l'environnement familial concourent à la bonne santé et/ou les mauvais comportements qui peuvent persister durant toute la vie. La santé des enfants est étroitement liée à l'ambiance dans la famille, aux comportements de PS ou de santé-préjudiciable des parents. Dès lors, pour Pender et al. (2011), davantage d'attention devrait être accordée au développement des stratégies de promotion du bien-être familial pour initier dès l'enfance les bons comportements de santé aux sujets.

La dimension communautaire

Le bien-être communautaire est atteint par une multitude d'actions qui améliorent les conditions de vie des familles et des communautés. Les programmes communautaires de prévention et promotion de la santé aident à la dissémination de l'information de santé et encouragent les changements des normes culturelles relevant de la santé et des comportements de santé. Les bénéfices des programmes de PS communautaire sont nombreux. Pender et al. (2011) en dénombrent environ huit dont :

- ✓ rehausse les opportunités pour l'échange d'informations et de soutien mutuel entre les membres du groupe cible ;
- ✓ réduit le coût des programmes parce que les grands groupes, plutôt que les individus, reçoivent des services de la promotion de la santé ;
- ✓ disponibilité des réseaux qui facilitent et coordonnent les efforts de PS ;
- ✓ possibilité d'un changement à large spectre dans les normes sociales au sujet de la santé et des comportements de santé ;

- ✓ approche coordonnée pour la promotion de la santé d'une large population ;
- ✓ accès à une large gamme de média/technologie pour disséminer l'information de santé ;
- ✓ disponibilité d'un agrégat d'indices pour traquer le statut sanitaire de la population ;
- ✓ inclusion des talents et des ressources des résidents de la communauté dans le sens de l'engagement aux programmes de la promotion de la santé.

La dimension socio-économique

Les conditions socio-économiques dans lesquelles les gens vivent ont des influences dramatiques sur leur santé. Pauvreté, faible/mauvaise alimentation, mauvaise qualité de l'habitat, insalubrité, et faible niveau d'éducation sont des facteurs majeurs qui devront être adressés pour améliorer la santé des individus. Selon Pender et al. (2011), de nouvelles stratégies de PS s'avèrent nécessaires pour adresser ces facteurs via le changement social, institutionnel et politique, dès lors que l'approche traditionnelle basée sur l'individu s'est avérée non effective.

La dimension culturelle

Le rôle de la culture sous-tend l'effectivité des efforts de la PS et doit être accentué pour accomplir les buts de l'individu, de la famille, de la communauté et de la société (Armer & Radina, 2006). La culture est une notion complexe qui inclut « *races et ethnicité, le statut socio-économique, le genre, l'âge, l'orientation sexuelle, les invalidités (ou situation de handicap) et la situation géographique* » (Pender et al., 2011, p. 7). La culture est l'apprentissage et le partage d'expérience qui créent le point de vue d'un ensemble, d'une personne. Facteurs héréditaires, coutumes, langue, habillement, idées, musiques, art, religion, habitude alimentaire et autres composantes contribuent à l'identité culturelle d'un individu, d'une famille, d'un groupe ou d'une communauté. Néanmoins, bien que les groupes puissent, dans un grand nombre de cas, partager un ensemble de valeurs, tous les membres du groupe n'ont pas les expériences identiques ; dès-lors, la diversité est vue au sein de chaque groupe ou communauté dans chaque société.

La culture dit qui nous sommes, mais pas ce que nous pouvons être. Les stéréotypes culturels avancent que tous les individus partagent les mêmes caractéristiques que les autres membres de la communauté (Pender et al., 2011). Les membres d'un groupe peuvent avoir des expériences différentes issues de différentes approches de prise de décisions et des comportements de santé. Pour Pender et al. (2011), ne pas comprendre le rôle de la culture et des compétences

langagières dans les programmes de PS, c'est conduire ces programmes vers leur échec. Chacun doit être traité comme un individu au sein d'une structure culturelle et les activités de PS faites conséquemment. Le challenge pour le 21^e siècle est de créer un futur dans lequel les chances pour les personnes de vivre en bonne santé sont possibles par les actions cohérentes sur la stratégie globale où les différences culturelles, économiques, et sociales ne sont pas les déterminants de celui qui bénéficiera des ressources sociétales (Fields et al., 2006 cités par Pender et al., 2011).

La dimension environnementale

Le niveau de bien-être environnemental détermine à quel point les individus, familles et communautés atteignent leur potentiel optimum. L'environnement est un terme utilisé pour décrire les circonstances dans lesquelles les gens vivent. L'environnement peut être physique, interpersonnel et économique (Pender et al., 2011). Pour les psychologues sociaux, l'environnement peut être physique, social et organique. Aussi, se situe-t-il à deux niveaux : primaire (dont nous avons une influence directe) et secondaire (dont nous avons une influence indirecte). La qualité de l'environnement est dépendante de l'absence des substances toxiques, à son caractère esthétique ou les activités de restauration et l'accessibilité humaine mais aussi des ressources économiques nécessaires pour la pleine santé et la vie productive. Les conditions socio-économiques telles que le manque d'emploi, la pauvreté, les crimes et l'isolation ont des effets négatifs sur la santé des adultes autant que sur celle des enfants et des adolescents. L'environnement est davantage important pour la santé d'autant plus que la morbidité et la mortalité liées à l'environnement demeurent toujours élevées dans le monde, malgré une baisse notable au cours de ces dernières décennies (Fond des nations unies pour l'enfance [UNICEF], 2012). Le paludisme, la diarrhée et les infections respiratoires aiguës constituent des problèmes environnementaux de santé les plus importants, contribuant ainsi à 26 % des décès dans le monde (OMS, 2007).

Cette section a permis de faire le point sur la définition, l'histoire, les dimensions de la PS et de cerner à quel point, elle est riche en débat et en enseignement. Le point suivant permettra de continuer d'apprendre sur la PS, mais cette fois sur le plan des mécanismes psychologiques permettant l'adoption des comportements de promotion de la santé. On va donc, présenter les principales théories du changement de comportements.

3.2 Les théories de la promotion de la santé

Une théorie peut être définie comme un ensemble de concepts logiquement reliés, de définitions et de propositions qui présentent une vue systématique d'événements ou situations en spécifiant des rapports parmi les variables dans le but d'expliquer et prédire ces événements ou situations (Kerlinger, 1986). Le but d'une théorie est de définir, décrire, découvrir, comprendre, expliquer, représenter et prédire un phénomène particulier ainsi qu'un ensemble de relations propres à ce phénomène (Willett, 1996). Dans la PS, l'intérêt premier à l'origine est basé sur la prédiction ou l'explication des changements dans les comportements ou les environnements (Jack et al., 2010). Cependant, ceci n'a pas toujours été le cas en tout temps.

À l'origine, les théories de la PS dans les années 1970 et 1980 étaient concentrées sur les facteurs de risque, les caractéristiques démographiques, et les niveaux de vie d'individus. Dans les années 1980, ces théories ont évolué pour se concentrer non pas seulement sur les caractéristiques individuelles mais aussi sur l'effort de reconnaissance de ce que les comportements prennent naissance dans un contexte social, physique et environnemental. Les modèles prédominants dans les années 1990 étaient ceux qui identifient les étapes dans la planification, l'implémentation et l'évaluation des programmes de promotion de la santé. (Jack et al., 2010, p. 59)

Différentes classifications des théories de la PS existent (Glanz et al., 2002 ; Pender et al., 2011). Glanz et al. (2002) ont classé les théories de la PS en deux catégories : les théories explicatives (ou les théories du problème) et les théories du changement (ou théories d'action). Cette dernière catégorie correspond aux modèles permettant de comprendre les raisons pour lesquelles les individus s'engagent ou non dans des comportements de santé spécifiques et comment ils en viennent à modifier leurs comportements dans le but d'améliorer leur état de santé (Noar et al., 2007). Les théories explicatives aident à décrire et à identifier pourquoi un problème existe et cherchent des constructions modifiables. Les théories du changement guident le développement d'interventions et forment la base d'évaluation. Ces catégories n'étant pas mutuellement exclusives, quelquefois les praticiens de la PS et les chercheurs combinent deux ou plus de théories pour traiter d'un problème spécifique, événement ou situation ; quand cela se produit (Glanz et al., 2002). Dans une autre catégorisation, reflétant la perspective écologique (dans ce sens qu'elle accentue l'interaction et interdépendance entre les facteurs dans et à travers tous les niveaux d'un problème de la santé) ; les théories de la PS sont regroupées selon trois niveaux d'influence. Ces théories de base se concentrent sur les trois

niveaux que sont : le niveau intrapersonnel (individuel), le niveau interpersonnel et le niveau communautaire (population). En considérant ces trois niveaux d'influence, les praticiens sont capables de clarifier l'intention de leur initiative et de découvrir les théories appropriées pouvant leur servir comme la fondation théorique d'une activité (Jack et al., 2010). Dans une conception similaire, Pender et al. (2011) ont proposé une autre catégorisation des théories de la PS. Contrairement à la précédente catégorisation qui distingue entre théories intrapersonnelles et théories interpersonnelles, celle de Pender et al. (2011) les regroupe pour former un groupe, celui qui met l'accent sur l'individu (seul ou en interaction). Ainsi, chez Pender et al. (2011), nous avons les théories fondées sur l'individu et celles fondées sur la communauté. Dans chaque catégorie, plusieurs théories et modèles existent. L'économie de ces théories dépasse le cadre de ce travail, qui s'inscrit dans la perspective individualiste que défend la psychologie. Par conséquent, nous ne nous intéresserons que des théories fondées sur l'individu.

Selon la description que donne Pender et al. (2011) des théories de la PS fondées sur les individus, on peut avoir les théories de base, les théories et modèles hiérarchiques du changement de comportements et les théories et modèles sociocognitifs. Dans cette dernière catégorie, on retrouve quatre théories fondamentales dans l'analyse du comportement individuel de PS. Ces théories sont : le *Health Belief Model* (HBM), la théorie de l'action raisonnée et du comportement planifié, la théorie sociale cognitive et de l'auto-efficacité, et le modèle de la promotion de la santé.

3.2.1 Le Health Belief Model (HBM)

Le *Health Belief Model* (HBM) ou le modèle de croyance relative à la santé a été initialement développé dans les années 1950 par les psychologues sociaux américains dans le but d'expliquer pourquoi certaines personnes libres de toute maladie prennent des actions pour prévenir la maladie, alors que d'autres échouent dans cette action (Champion & Skinner, 2008 ; Rosenstock, 1960). Plus tard, le modèle a été étendu pour étudier les réponses des individus face aux symptômes (Kirscht, 1974) et leurs comportements face à une maladie diagnostiquée, en particulier l'adhérence thérapeutique (Becker, 1974).

Doyen des modèles théoriques (Noumbissie, 2010), le modèle des croyances relatives à la santé, qui tire ses origines de la théorie stimulus-réponse (Watson, 1913), est le seul à avoir été élaboré dans et pour le domaine de la santé. Il repose sur le fait que chaque individu est capable de choisir des actions susceptibles de prévenir une maladie du fait qu'il possède des connaissances

minimales en ce qui concerne sa santé, et ceci dans la mesure où il considère la santé comme une dimension essentielle de sa vie. Par conséquent, il examine les influences cognitives sur le comportement à partir de quatre types de croyances qui augmentent la probabilité d'entreprendre l'action recommandée en rapport avec une condition de santé ou une maladie : la perception de sa vulnérabilité ; la perception de la sévérité des conséquences ; la perception des menaces engendrées par l'apparition de la maladie et la croyance en l'efficacité de l'action préventive (Becker & Maiman, 1975). Les individus évaluent l'utilité d'une action et son coût et n'agissent qu'en cas de balance « coût-utilité » favorable. La menace perçue est issue du produit de deux variables indépendantes l'une de l'autre : la gravité perçue (ou sévérité perçue) et la vulnérabilité perçue. La gravité perçue se réfère à la connaissance d'un danger et à la valeur personnelle que le sujet accorde aux dommages issus de ce danger. La vulnérabilité perçue renvoie à l'estimation par le sujet de la probabilité des dommages qu'il encourt.

Dans le HBM, plusieurs facteurs influencent la construction de la menace perçue comme les variables démographiques (âge, sexe, ethnie...), les variables socio-psychologiques (personnalité, classe sociale, pressions exercées par les pairs et groupe de référence...) ou encore les incitations à l'action : campagnes médiatiques, exemples, conseils... Les incitations à l'action constituent parfois des « moments catalytiques » qui permettent un « déclic » ou le déclenchement d'une action. Par conséquent, si l'on souhaite calculer la probabilité d'action pour un sujet ou un groupe d'individus, il faut prendre en compte la menace perçue et les résultats de l'évaluation coût-utilité. Rosenstock (1974) suggère que la probabilité qu'une personne adopte un comportement de prévention dépend de l'évaluation des construits importants : la menace perçue ; la croyance en l'efficacité de l'action préventive et les indices d'action.

- ❖ La menace perçue se définit à partir de deux concepts : la vulnérabilité perçue et la sévérité perçue. Se sentir vulnérable augmente la perception de la menace et la probabilité d'adopter un comportement de prévention.
- ❖ La croyance en l'efficacité de l'action préventive. Un individu ne peut adopter un comportement préventif que s'il estime avoir plus d'avantages que d'inconvénients quant à l'adoption dudit comportement.
- ❖ Les indices d'action : les alertes ou les sensibilisations auxquelles les sujets sont exposés et qui ont pour but de préciser qu'un danger de santé les concerne. La présence de ces indices élève la menace perçue et la probabilité de l'action. Un individu pourrait adopter

un comportement préventif s'il est sensibilisé sur les conséquences négatives qu'il encourt et qu'il est exposé à des preuves des dommages des comportements concernés.

Le HBM postule qu'un individu adopte un comportement de prévention ou observe un comportement de soin s'il est conscient de la gravité du problème, s'il se sent concerné, si le comportement à adopter présente pour lui plus d'avantages que d'inconvénients et s'il croit qu'il est capable de le réaliser (Champion & Skinner, 2008). Il continue à être utilisé pour étudier plusieurs comportements de santé (Pender et al., 2011) alors même que ce modèle fait face à quelques difficultés. Selon Noumbissie (2010), l'un des problèmes qui affecte le HBM est que des questions différentes sont employées dans différentes études pour déterminer la même croyance ; par conséquent, il est difficile de concevoir les essais appropriés du HBM et de comparer ses résultats à d'autres résultats d'études. Une autre raison pour laquelle la recherche ne soutient pas toujours le HBM est que les facteurs autres que la croyance de santé influencent également et fortement des pratiques en matière de comportement de santé. Ces facteurs peuvent inclure : influences spéciales, facteurs culturels, statut socio-économique et les expériences antérieures. C'est pourquoi il est nécessaire d'explorer une autre théorie comme la théorie de l'action raisonnée et du comportement planifié pour mieux comprendre les différentes alternatives comportementales des individus face au comportement de PS.

3.2.2 La théorie de l'action raisonnée et du comportement planifié

La théorie de l'action raisonnée (TAR) et la théorie du comportement planifié (TCP) sont deux modèles théoriques complémentaires. Elles sont souvent présentées conjointement dans les recherches comme un même construit (Jack et al., 2010) et dans d'autres, de façon séparée (Noumbissie, 2010 ; Pender et al., 2011 ; Raingruber, 2014). La TAR a été développée par Fishbein et Ajzen (1975) alors que son extension TCP est l'œuvre de Ajzen (1985). Selon la TAR, le comportement de PS est influencé par les intentions individuelles de comportement, lesquelles sont déterminées par les attitudes envers ce comportement et les normes subjectives (Noumbissie, 2010). Proposée dans l'optique d'appréhender une large gamme de comportements, plusieurs chercheurs (Ajzen, 1985 ; Sheppard et al., 1988) ont montré que la TAR a une capacité prédictive limitée lorsqu'il s'agit des comportements qui échappent au contrôle de la volonté de l'individu. Cela en raison du fait que l'exécution ou l'adoption d'un comportement nécessite non seulement des ressources internes mais aussi des ressources externes (Ajzen, 1991). Cette critique a conduit Ajzen (1985) à revoir le cadre théorique de la TAR en y ajoutant le concept de contrôle comportemental perçu au côté de l'attitude et de la

norme subjective. Cette complémentarité justifie pourquoi certains choisissent de travailler avec ces deux modèles comme un construit unique.

Pour Jack et al. (2010), la TCP postule que la motivation des gens à changer est basée sur leurs perceptions des normes, attitudes et leurs contrôles sur les comportements. Chacun de ces facteurs peut augmenter ou diminuer l'intention d'une personne de changer son comportement. L'intention de changer le comportement, alors, est pensée comme étant en rapport direct avec le changement du comportement. Ces deux modèles accordent une place de choix au concept d'intention comportementale dans la mesure où il constitue le déterminant immédiat du comportement. Pour les théoriciens de l'action raisonnée et du comportement planifié, l'individu est un être rationnel dont la décision d'agir est le fruit d'une planification au préalable. Ainsi, l'individu prend en compte les avantages et les coûts du comportement souhaité, les normes sociales et les ressources dont il dispose pour réaliser le comportement avant d'agir. La TAR postule que le comportement dépend de l'intention comportementale qui elle-même est fonction de l'attitude vis-à-vis du comportement et de la norme subjective. L'attitude vis-à-vis du comportement et les normes subjectives sont issues des croyances comportementales (Fishbein & Ajzen, 1975). Vu dans cette perspective, le comportement apparaît comme le résultat d'une chaîne causale qui lie les croyances comportementales, les croyances normatives et les croyances de contrôle aux intentions comportementales et aux comportements à travers les attitudes, les normes subjectives et le contrôle comportemental perçu (Montaño & Kasprzyk, 2008).

D'un point de vue empirique, Ajzen et Fishbein (1991) rapportent que les comportements étudiés par l'entremise de la TCP couvrent des domaines aussi vastes que la perte de poids, le choix de carrière, la planification familiale, le vote aux élections, les programmes de traitement des dépendances, le transport public, l'assistance à l'église, l'abus de drogues et le don de sang. Aussi, la TAR et la TCP ont-elles été appliquées pour tenter de déceler les déterminants de sept grandes catégories de comportements : comportements addictifs (cigarette, alcool, drogue, etc.), comportements routiers (conduite, utilisation de la ceinture de sécurité, etc.), comportements de suivi médical (mammographie, bilan médical, etc.), comportements nutritionnels (consommation de sucre, légumes, caféine, etc.). Mais aussi pour des comportements sportifs (jogging, exercice régulier, vélo, etc.), comportements en rapport avec le VIH (utilisation des préservatifs, abstinence, etc.), et enfin, les comportements d'hygiène buccale (brossage des dents, utilisation du fil dentaire). Cheung et al. (1999) rapportent que l'efficacité de la théorie dans la prédiction de comportements tels que l'utilisation du condom, les rapports sexuels avant

le mariage, l'assistance à un bilan de santé, l'assistance aux cours, les activités de loisir, l'exercice physique régulier, la violation des règles de conduite automobile et les comportements malhonnêtes comme le plagiat, le vol à l'étalage et la consommation d'alcool.

Malgré l'efficacité de ces modèles, des suggestions ont été apportées afin d'inclure plus de variables pour permettre une compréhension globale du comportement (Pender et al., 2011). Pour Noumbissie (2010), le véritable problème de la TCP est l'action. L'action humaine est déclenchée par plusieurs déterminants dont l'intention ne saurait absorber. Selon lui, la problématique de l'action humaine bien qu'ancienne reste encore d'actualité. Les problèmes de prédiction, de contrôle, de production de l'action humaine ne sont pas encore définitivement résolus, parce qu'ils se heurtent au caractère énigmatique de l'action.

3.2.3 L'auto-efficacité et la théorie sociale cognitive

La théorie sociale cognitive (TSC) encore connue sous le nom de théorie de l'apprentissage social provient de la psychologie car, elle tire ses racines du behaviorisme et de la psychologie sociale (Noumbissie, 2010). Développée par Bandura en 1989, la TSC est une évolution de la théorie de l'apprentissage sociale qui a été élaborée par Albert Bandura dans le début des années 1960 (Bandura & Walters, 1963). Elle est basée sur l'apprentissage vicariant qui voudrait que l'apprentissage soit le résultat de l'observation, imitation et du renforcement positif (Raingruber, 2014). Dans ce sens, les rôles de modèles facilitent l'apprentissage chez les individus qui reproduisent les comportements qu'ils ont observé directement ou vu dans les médias. L'individu apprend ainsi en imitant, en observant un modèle faire ou en observant quelqu'un subir les conséquences de ses actions.

La TSC définit le comportement comme le résultat du déterminisme réciproque entre de facteurs personnels, de comportement et d'environnement ; leurs interactions constantes constituent la base pour l'action humaine (Jack et al., 2010 ; McAlister et al., 2008). Ici, ce sont les processus cognitifs qui sont les premiers médiateurs du comportement ; et les conséquences de la réponse seront utilisées pour façonner le traitement des futurs comportements et ceci avant même que le comportement ne soit engagé (Noumbissie, 2010). La TSC est le paradigme fréquemment plus utilisé de la promotion de la santé (Jack et al., 2010). D'après cette théorie, le comportement d'un individu est déterminé uniquement par trois facteurs (Bandura, 1986). Les facteurs personnels tels que les attentes personnelles, les croyances, les perceptions de soi, les buts et les intentions façonnent et dirigent le comportement. Les facteurs de l'environnement tels que les attentes humaines, croyances et compétences cognitives sont développées et

modifiées par les influences sociales et les structures physiques dans l'environnement. Les facteurs comportementaux dont le comportement d'une personne déterminera les aspects de l'environnement de la personne auxquels la personne est exposée, et le comportement est, dans le tour, a modifié par cet environnement.

Plusieurs variables importantes ont été rapportées comme fondamentales dans la TSC. C'est le cas de l'environnement, des situations, des capacités individuelles, des résultats espérés, des attentes, de la maîtrise de soi, de l'apprentissage par observation, de l'auto-efficacité et de la gestion des émotions (Jack et al., 2010). L'auto-efficacité occupe une place fondamentale dans la TSC. Bandura (1995, 1997) la définit comme la confiance qu'une personne a dans sa capacité de poursuivre un comportement. L'auto-efficacité est un comportement spécifique qui joue un rôle central dans le changement personnel, et est le fondement de la motivation et de l'action humaines (Pender et al., 2011). Pour Jack et al. (2010), l'auto-efficacité sert de guide pour et motivateur des comportements de santé, et est enracinée au cœur de la croyance selon laquelle l'on a le pouvoir de produire des effets désirés à travers nos actions. Dès lors, à moins que les gens croient qu'ils peuvent produire les changements désirés par leur propre effort, il y aura toujours une motivation, aussi infirme soit-elle pour mettre dans cet effort (Bandura & Locke, 2003).

3.2.4 Le modèle théorique de la promotion de la santé

Le modèle de la promotion de la santé (MPS) a été développé par Pender en 1982 et révisé successivement en 1987, 1996 et 2002 (Aqtam & Darawwad, 2018). En 1990, la première mise à l'épreuve de la version initiale fut publiée (Pender et al., 1990). Le profil très complet en sciences sociales de madame Pender a joué un rôle fondamental dans l'élaboration de ce modèle. En effet, être à la fois spécialiste de la médecine, de la psychologie expérimentale, de l'éducation et du développement personnel (Sakraida, 2013, cité par Aqtam & Darawwad, 2018) a servi de base à la construction de ce riche modèle pour l'appréhension des comportements de PS. Cette compétence pluridisciplinaire l'a amené à utiliser une perspective holistique des soins infirmiers, de la psychologie sociale et de la théorie sociale cognitive comme fondations pour le MPS. Ce modèle offre un guide pour explorer le processus complexe biopsychosocial (et même Bio-psycho-socio-spirituel, Dupin et al., 2019) qui motive les individus à s'engager dans les comportements de PS (Pender et al., 2011). Précisément, Allgood (2010) souligne que le MPS ne se limite pas à l'explication des comportements

préventifs d'une maladie, elle est plus globale et cherche une prise de conscience, une autonomie et un changement de comportements tout au long de la vie.

Selon Pender et al. (2011), les bases théoriques de son modèle intermédiaire sont la reconnaissance de la nature multidimensionnelle des individus qui interagissent avec leurs environnements interpersonnels et physiques dans leur recherche de la santé. Le MPS prend en compte les construits de la théorie des attentes et de la théorie sociale cognitive, dans une perspective holistique des soins infirmiers. Dans sa version initiale, le MPS décrivait sept potentiels facteurs émotionnels et cognitifs spécifiques aux comportements et cinq facteurs modifiables pour prédire le comportement de PS (Pender et al., 2011). Les facteurs émotionnels et cognitifs spécifiques aux comportements sont importants pour la santé, le contrôle perçu de la santé, la définition de la santé, la santé auto-évaluée, l'auto-efficacité perçue, les bénéfices perçus et les obstacles perçus. Les variables modifiables sont essentiellement les facteurs socio-démographiques et biologiques, les influences interpersonnelles, influences situationnelles et les facteurs comportementaux. Dans la version révisée, trois nouvelles variables ont été ajoutées : l'état émotionnel ; l'engagement à accomplir une action et les demandes immédiates en concurrence et ; les préférences immédiates concurrentes (Pender et al., 2011). La présentation et la description des interactions entre ces facteurs sont données par la figure 3.4. Ces facteurs sont classés à l'intérieur de deux grandes catégories de prédicteurs qui influencent un résultat comportemental : le comportement de promotion de santé. La première catégorie est celle des caractéristiques individuelles et des expériences. La seconde, celle des émotions et des cognitions spécifiques au comportement. Cette dernière est le mécanisme le plus important pour encourager le comportement de PS selon Pender et al. (2011). En complément de ces deux catégories, trois autres concepts (ceux ajoutées dans la version révisée) peuvent également influencer le comportement de promotion de la santé. Le MPS est présenté comme une théorie intermédiaire (Dupin et al., 2019) du fait qu'elle comble l'écart entre les grandes théories de la médecine et la pratique médicale.

Figure 3.4 Le modèle de la promotion de la santé révisé

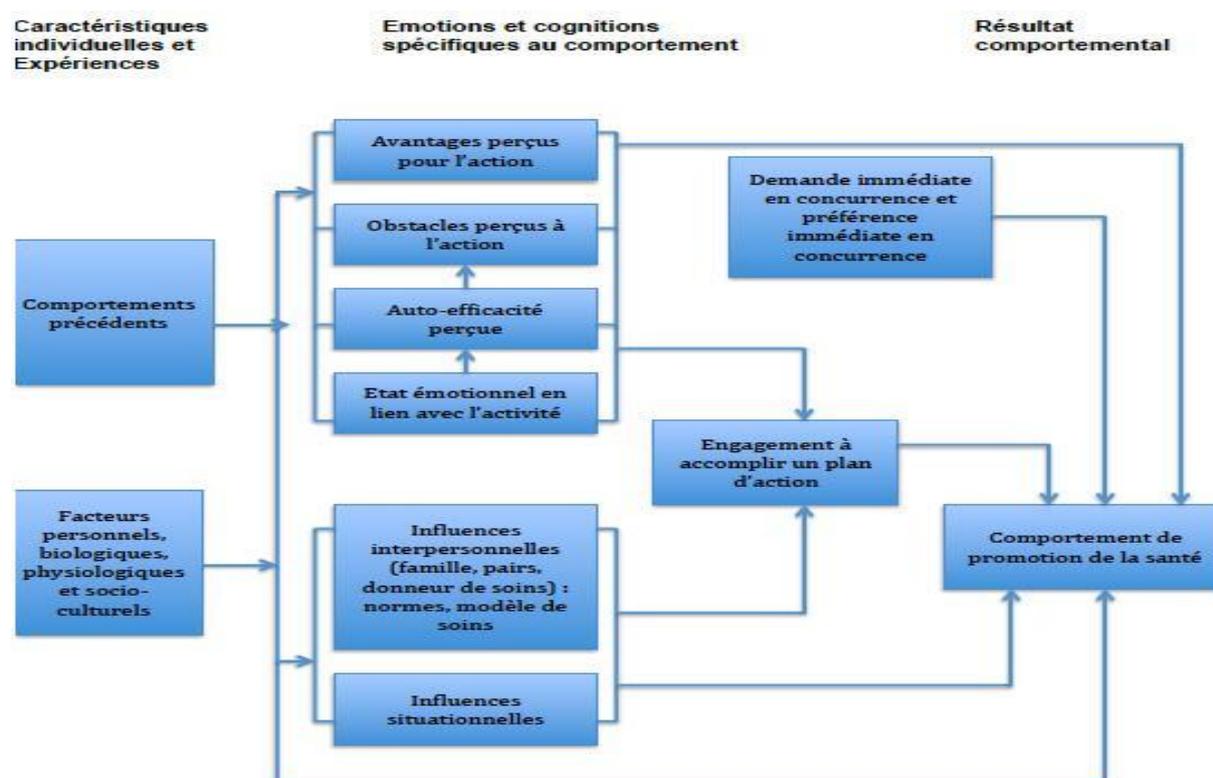


Figure X. Représentation schématique présentant les sept potentiels facteurs cognitivo-perceptuels et cinq facteurs modifiables pour prédire le comportement de promotion de la santé. Adapté de « *Health promotion in nursing practice* » de N. J. Pender, C. L. Murdaugh, & M. A. Parsons, 2011, Pearson, p. 45.

Bien que le MPS gagne du terrain auprès des infirmiers, des éducateurs et chercheurs, il souffre encore de quelques faiblesses. En effet, le fait qu'il soit focalisé sur l'individu ne permet pas qu'il soit utilisé pour les questions de groupes (familles et/ou communauté). Aussi, il ne serait pas adéquat pour adresser les besoins en santé des enfants et des adolescents, car ceux-ci ne prennent pas très souvent les décisions de santé de façon autonome comme les adultes. Enfin, la faible quantité d'études de validité empirique de ce modèle entache encore sa solidité. L'épreuve des faits permettrait que ce modèle soit davantage utilisé par les chercheurs de différents champs.

Les conséquences des comportements à risque sanitaire ont poussé de nombreux chercheurs de différents champs de la science à s'y intéresser. Ceux-ci ont développé des théories à l'effet de comprendre et prédire les comportements à risque. Ces théories ont aussi pour finalité de comprendre le fonctionnement de l'homme et de promouvoir les comportements de PS. Cette

section a permis de présenter succinctement les principales théories qui mettent l'individu (seul ou en interaction) au centre de leurs préoccupations afin de comprendre les facteurs et leur interaction dans la détermination de sa décision d'action en faveur des comportements de PS. La section suivante, permettra de comprendre comment et avec quoi ces comportements de PS sont mesurables.

3.3 Mesure de la promotion de la santé

Une estimation consciencieuse de la santé et des comportements de santé est la fondation pour faire un plan de la PS à un individu ou groupe donné. Pender et al. (2011) indiquent que l'estimation fournit la base de données pour faire des jugements au sujet des comportements qui constituent les forces sanitaires de l'individu, les problèmes de la santé, le diagnostic, et les désirs de santé ou les résultats comportementaux, aussi bien que les interventions possibles afin d'être efficace. Ces informations peuvent aussi renseigner sur la nature de la relation entre la cible et le professionnel. C'est pourquoi pour Jabot et al. (2014), l'évaluation est une activité singulière. En effet, elle peut revêtir plusieurs aspects dans la mesure où elle est façonnée par un ensemble de paramètres : les attentes des demandeurs, les finalités et enjeux (prise de décision, réajustement du projet, reddition des comptes), les types d'acteurs engagés, la nature de leurs implications et leurs représentations de l'évaluation, les approches (cadre de référence théorique, théorie de l'intervention, démarche participative), les méthodes (études expérimentales ou exploratoires, études de cas), la temporalité de l'évaluation (au début, en cours ou fin d'intervention) et les contextes sociopolitiques.

Aborder la question de l'évaluation en PS est une tâche ardue (Jabot et al., 2014) ; car, en premier lieu, tout discours sur l'évaluation exige de clarifier le concept et de s'entendre sur les repères à partager, compte tenu de la large utilisation du terme et de la diversité de ses acceptions. C'est pourquoi une série de questions doit être posées et des esquisses de réponses apportées. Ainsi, l'on doit se demander en effet, de quelle évaluation s'agit-il : des travaux conduits par les acteurs de terrain pour revisiter leurs pratiques ? Des activités de suivi/évaluation de programmes demandées par les partenaires au développement ? Des travaux de recherche destinées à produire de la connaissance sur l'efficacité des actions ? Des comportements de PS ? Ensuite, cela suppose d'avoir cerné l'objet de l'évaluation des interventions de PS dans le contexte en question, ce qui actuellement n'est pas tout à fait acquis pour de nombreuses régions du monde (Jabot et al., 2014). Enfin, l'on doit se poser la question

des moyens d'évaluation : avec quoi mesure-t-on ce qui est mesurable en PS ? Faut-il s'y prendre par une méthodologie qualitative, quantitative ou alors adopter une approche mixte ?

Confrontés à cette triple difficulté que l'on rencontre à chaque fois que l'on s'intéresse à l'évaluation en générale et notamment en PS, nous avons fait le choix de fonder cette réflexion sur deux points majeurs, qui sommes toutes, se posent à toutes activités de PS. Il s'agit pour nous de répondre à une double interrogation à savoir que mesure-t-on en PS ? Et avec quoi (quels outils) ? Spécifiquement, nous ne nous attarderons pas sur l'évaluation des programmes de PS, mais plutôt sur les comportements individuels de PS pour rester en harmonie avec notre orientation académique, qui est celle de la psychologie, science par excellence de l'individu.

3.3.1 Que mesure-t-on en promotion de la santé ?

L'évaluation que l'on accorde à un individu dans le contexte de PS va au-delà de l'évaluation physique pour inclure un examen complet d'autres paramètres de la santé et des comportements de santé. Selon Pender et al. (2011), les composantes de l'évaluation de la santé dans le domaine infirmier par exemple incluent huit éléments « *les modèles théoriques de santé, l'activité physique, la nutrition, le stress de la vie, la santé spirituelle, le système de soutien social, les croyances en santé et le style de vie* » (p. 94). Les comportements individuels dont la pertinence est avérée pour la PS sont selon eux au nombre de six à savoir : l'activité physique, la nutrition, le stress de la vie, la santé spirituelle, le système de soutien social et le style de vie (Pender et al., 2011). À ces six dimensions, d'autres travaux en ajoutent la dimension santé mentale (Bandari et al., 2020 ; OMS, 2005b), la dimension appréciation de la vie (Chen et al., 2003, 2014) et même les relation interpersonnelles et responsabilité en santé (Walker et al., 1987). Ces variables sont alors celles que l'on évalue quand on veut conclure sur la situation d'adoption des comportements de PS par les individus. Nous présentons ci-dessous les principales dimensions qui apparaissent dans un grand nombre d'outils d'évaluation des comportements de promotion de la santé.

L'activité physique

L'activité physique est nécessaire pour une vie saine, énergétique et productive. Le style de vie moderne avec ses automobiles, la télévision, les ordinateurs, les jeux vidéo et la faible pratique de l'exercice physique à l'école et dans les environnements nécessitent un engagement considérable de loisir à l'activité physique pour gagner des avantages pour la santé (Pender et al., 2011). L'activité physique dans ce sens renvoie à l'ensemble des activités que si l'on

performe régulièrement, va améliorer la santé. Cependant, le maintien régulier d'activités physiques dépend de plusieurs facteurs, dont la motivation personnelle et sociale dans l'environnement où l'on vit au jour le jour. C'est pourquoi nous pouvons dire avec Pender et al. (2011) que la famille, les pairs et la communauté jouent un rôle essentiel dans la promotion d'un style de vie actif.

La pratique de l'exercice physique a des bénéfices pour garder une bonne santé à tous les âges de la vie, mais présente aussi quelques risques potentiels. En termes de bénéfices, la pratique régulière de l'activité physique contribue à la stabilité physiologique et son fonctionnement optimum et assiste les individus dans l'actualisation de leur performance physique potentielle (Pender et al., 2011). En termes de risques, une approche agressive de la pratique de l'activité physique peut exagérer les conditions cliniques existantes et mettre les individus, particulièrement les vieillards, à risque aux conséquences fâcheuses. Pour éviter tout ceci, les personnes âgées devraient se soumettre à des examens médico-sanitaires avant de s'engager dans les activités physiques. Après cela, il faut toujours bien s'échauffer avant l'activité et des stratégies de retour au calme appropriées ; ou alors travailler avec l'assistance d'un expert.

La nutrition

Une bonne nutrition est l'un des premiers déterminants de la bonne santé. Une mauvaise nutrition et le manque d'activité sont deux facteurs de risque majeurs dans la progression globale de l'obésité et autres MNT (Pender et al., 2011). Le rôle de la nutrition est aujourd'hui étendu au-delà de se focaliser sur le besoin en nutriments pour nourrir des individus pour son rôle dans la PS et la prévention des maladies. L'intérêt pour la bonne nutrition sanitaire des enfants et des adolescents est fondamental, dans ce sens que l'alimentation et les comportements alimentaires qui se développent durant ces années ont tendance à persister durant la vie. Les comportements nutritionnels concernent l'alimentation équilibrée, le tabagisme, consommation de tabac et tout autre comportement pouvant affecter négativement la qualité de nutrition. La nutrition tout comme la pratique de l'activité physique est influencée par de multiples facteurs, faisant de la promotion d'une bonne alimentation un véritable challenge. Pender et al. (2011) rapportent que les acteurs politiques et les experts en PS soulèvent la nécessité d'un changement multidimensionnel, incluant les programmes qui mettent un accent sur les individus et les communautés, mais aussi sur les politiques dont la visée est le changement de l'environnement et les industries alimentaires.

Le stress de la vie

Le stress est intimement lié aux activités quotidiennes et à la santé. Il est défini par Lazarus et Folkman (1984, p. 19) comme une « *transaction particulière entre un individu et une situation dans laquelle celle-ci est évaluée comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien-être* ». Ainsi, les événements de la vie n'ont pas tous le même impact sur les individus. Par conséquent, ce n'est pas leur intensité, leur fréquence ni leur gravité « objectives » qui sont stressantes en soi, mais leur retentissement émotionnel et leur signification pour un individu particulier (Bruchon-Schweitzer, 2001). Le lien entre le stress et la santé est résumé par Pender et al. (2011) dans l'influence mutuelle entre stress et les systèmes de notre organisme. En effet, le stress et les réponses physiologiques aux stressseurs, impliquent les systèmes nerveux, endocriniens et immunologiques, lesquels à leur tour affectent tous les organes des différents systèmes.

Trois types de stress ayant des répercussions sur les individus sont les suivants : stress aigu (qui découle de l'interaction quotidienne avec le monde et qui est souvent dû à un conflit temporaire) ; stress chronique (qui résulte d'un agent stressant aigu -comme un stress lié au travail- qui revient chaque jour- un conflit avec un supérieur par exemple-, qui épuise l'employé et qui impose à celui-ci un risque de souffrir des répercussions négatives du stress, incluant des maladies liées au stress) et le stress traumatique (qui résulte d'un agent stressant qui dépasse les capacités d'adaptation normales d'une personne, comme un accident, de l'intimidation ou un désastre). Les stressseurs fréquemment observés chez les enfants incluent entre autres le fait de « *se sentir malade, de n'avoir rien à faire, de n'avoir pas assez d'argent à dépenser, être sous pression pour avoir de bonnes notes à l'école et le fait de se sentir laisser à l'écart du groupe* » (Pender et al., 2011, p. 199). Le stress de la vie est évalué dans la PS en termes de capacités de sa gestion. L'on évalue alors dans ce travail, non pas le niveau de stress des individus, mais leurs capacités à faire face au stress de la vie.

La santé spirituelle

Selon Honoré (2011), la spiritualité renvoie à la fois aux aspirations, à la culture mais aussi à l'histoire personnelle et sociale des personnes. Elle ne s'exprime pas nécessairement par une croyance religieuse. La spiritualité s'inscrirait plutôt dans un courant philosophique tel que l'humanisme d'orientation athée ou non, dans la pratique d'une tradition, ou encore dans un travail personnel sur les émotions et le corps (Gaillard Desmedt & Shaha, 2013). Une distinction

claire doit être faite entre le concept de religion et celui de spiritualité. Cette dernière dépasse et englobe toute forme de religions (Jobin, 2012, cité par Gaillard Desmedt & Shaha, 2013).

La spiritualité et la santé sont étroitement liées. Pour Gaillard Desmedt et Shaha (2013), une maladie grave comme le cancer remet en question le projet de vie des personnes souffrantes et de ce fait, les amène à revisiter leurs croyances, le sens de leur vie ainsi que leurs valeurs et attentes.

Le système de soutien social

Comprendre le contexte social dans lequel les individus vivent et travaillent est grandement important pour la PS. Pour Pender et al. (2011), dans les interactions humaines, chacun des individus et groupes donnent et reçoivent le soutien social, un processus réciproque et les ressources interactives qui assurent le confort, l'assistance, l'encouragement et l'information. Le soutien social stimule un coping réussi et promeut la satisfaction personnelle autant qu'une vie efficace. Le coping est entendu ici comme l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, (déployés) pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources (Lazarus & Folkman, 1984). Dans le même sens, le soutien social n'est pas à confondre avec intégration sociale et réseau social bien que ces termes soient souvent utilisés de façon interchangeable. Pour Moren-Cross et Lin (2006), les réseaux sociaux sont définis comme le tissu des relations qui entourent un individu. C'est l'objectif, les composantes structurelles de support alors que l'intégration sociale est le degré d'implication dans le réseau. Ce sont aussi les « *relations sociales et liens entre les individus qui peuvent donner accès à l'information et aux ressources en matière de santé, influencer les normes et les comportements sociaux et mobiliser le soutien social en matière de santé* » (Nutbeam & Muscat, 2021, p. 33). La taille, la densité, la fréquence et la durée des contacts et la réciprocité peuvent varier du réseau social d'une personne. Ces caractéristiques et d'autres influenceront fortement l'impact d'un réseau social sur la santé. Dans le domaine de la promotion de la santé, le concept de réseautage social s'est élargi pour intégrer l'utilisation des médias numériques et sociaux afin de rester en contact avec les réseaux sociaux existants et de se joindre à de nouveaux réseaux. Bien que ces réseaux aient des caractéristiques différentes, ils permettent également d'accéder à des informations et à des ressources en matière de santé, de se protéger contre l'exclusion sociale, d'influencer les normes et les comportements sociaux et de fournir un soutien social.

Enfin, le soutien social est considéré comme l'aspect qualitatif, ou la perception que l'on a du fonctionnement des composantes (Moren-Cross & Lin, 2006). C'est aussi le « *soutien psychologique, physique et financier accessible à une personne par le biais de liens sociaux avec d'autres personnes, des groupes et la communauté en général, qui peut fournir un tampon contre les événements défavorables de la vie, favoriser la résilience et fournir une ressource positive pour la santé* » (Nutbeam & Muscat, 2021, p. 33). Le soutien social peut être structurel ou fonctionnel (Nutbeam & Muscat, 2021). Le soutien structurel comprend la taille du réseau et la fréquence des interactions sociales. Le soutien fonctionnel comprend des composantes émotionnelles (comme recevoir de l'amour et de l'empathie) et instrumentales (de l'aide pratique comme des dons d'argent ou de l'aide pour la garde d'enfants). La qualité des relations (dimension fonctionnelle) est généralement un meilleur prédicteur d'une bonne santé que la quantité de relations (dimension structurelle), bien que les deux soient importantes.

Le support social fait référence aux interactions sociales dans le réseau qui est senti comme étant disponible et interactif (perçu) ou, que fournit réellement le support (reçu). Le système de support social pour toute personne ou famille donnée est habituellement beaucoup plus petit que le réseau social ou le nombre de contacts (Moren-Cross & Lin, 2006). Quatre catégories générales de soutien social ont été élaborées : émotionnelle, instrumentale, informationnelle et affirmative ou estimative (Berkman et al., 2000). Le soutien social émotionnel renvoi à la capacité d'être empathique, de se soucier, d'amour et de confiance. Le soutien social instrumental inclut des supports ou actions tangibles, incluant dons et services. Dans le soutien social informationnel, l'information est donnée comme les informations personnelles ou les suggestions. Le dernier, le soutien social estimatif, fait référence à la réaction constructive de feedbacks qui soient utiles pour une auto-évaluation.

Le style de vie

Le style de vie ou mode de vie ou *lifestyle* a été introduit par le psychologue allemand Alfred Adler pour désigner ce qui « *se manifeste uniformément dans toutes les situations de la vie* » (Adler, 1950/1933, p. 69). Il joue un rôle essentiel dans la santé physique et mentale et influence fortement le sentiment de bien-être et la qualité de vie (Lopez-Fontana et al., 2020 ; Pender et al., 2011). Pour l'OMS (2009b), les facteurs du style de vie ont été établis comme un modérateur important de la santé, du bien-être et/ou de la qualité de vie durant toute la vie. Le style de vie est un concept large dont l'évaluation prend en compte un nombre important de variables. Lopez-Fontana et al. (2020) ont développé un outil de mesure du style vie pour population

générale qui évalue simultanément les activités cognitives, physiques, sociales et les autres activités de loisirs ainsi que le sommeil, l'alimentation, la consommation de tabac et d'alcool. Le développement du *General Lifestyle Questionnaire* (GLQ) a permis ainsi de donner une vision assez exhaustive des différents facteurs de style de vie.

3.3.2 Outils de mesure des comportements de promotion de la santé

Le comportement de promotion de la santé est l'un des aspects mesurés en PS. Les problèmes de l'évaluation des comportements de PS se traduisent en trois défis auxquels l'évaluateur doit confronter sa pratique : 1) définir les comportements à évaluer de façon à élaborer des questions d'évaluation pertinentes ; 2) mettre en œuvre des méthodologies de recherche adéquates et rigoureuses ; et 3) produire des connaissances pertinentes pour l'action (Potvin et al., 2008). La résolution de ces défis passe par le choix d'outils de mesure psychométriques appropriés. Selon Pender et al. (2011), chez l'individu, l'évaluation des comportements de PS est faite sur la base de l'objectif de l'évaluation, en mettant un accent sur l'importance de la santé, la culture et l'âge.

Plusieurs outils ont été développés pour évaluer les comportements individuels de PS (Bandari et al., 2020 ; Chen et al., 2015 ; Wang et al., 2015). Ils mesurent pour la plupart, à la fois les changements survenus au niveau de la connaissance et les attitudes sur la santé (Kim et al., 2001). Ces outils concernent toutes les catégories sociales dont les enfants (Chen et al., 2015), les adolescents (Chen et al., 2003, 2006, 2014 ; Taymoori et al., 2021) et les adultes (Bandari et al., 2020 ; Wang et al., 2015). Ils sont consacrés pour d'aucuns à l'évaluation d'un comportement de PS comme la pratique de l'exercice physique et la sédentarité (Bauman et al., 2006 ; Regaieg et al., 2015), le style de vie (Lopez-Fontana et al., 2020 ; Santos-Beneit et al., 2015), la nutrition (Bradette-Laplante et al., 2016) ou la santé spirituelle (Michaelson et al., 2021 ; Ajamzibad et al., 2019). Et de plusieurs comportements pour d'autres (Bandari et al., 2020 ; Chen et al., 2015 ; Payo et al., 2018 ; Wang et al., 2015). Ainsi, selon l'objectif du chercheur, son outil peut mesurer deux, trois, quatre, cinq ou six comportements de promotion de la santé. Dans la littérature, la plupart des outils psychométriques d'évaluation des comportements de promotion de la santé ont entre six et huit dimensions. Pour une présentation exhaustive de ces outils, nous y reviendrons au chapitre cinq.

Cette section a permis de faire le point sur l'évaluation en PS. Nous avons mis l'accent sur l'individu en indiquant que ce sont ses comportements de promotion de la santé qui sont les objets d'évaluation du psychologue. Autrement dit, on évalue à la fois les changements

survenus au niveau de la connaissance après les activités d'éducation à la santé et ses attitudes quotidiennes de santé. Si le praticien dans son évaluation est confronté à trois défis majeurs, il existe malgré tout, des outils qui permettent de faire des évaluations objectives que ce soit au niveau des enfants, des adolescents et des adultes. Cependant, très peu d'outils permettent de mesurer l'ensemble des dimensions de comportements de promotion de la santé. Cette thèse offre une alternative à cette limite en développant un questionnaire qui mesure huit dimensions contrairement à la majorité des outils qui mesurent soit une dimension soit six.

3.4 Conclusion du chapitre

Ce chapitre consacré à la PS nous a permis de faire le tour de la question sans être exhaustif à partir de trois points. Ces points répondaient chacun à une question essentielle que suscite l'évocation de l'expression PS. De quoi parle-t-on lorsqu'on fait allusion à la PS ? Comment est-elle conçue théoriquement ? Peut-on la mesurer ? Les réflexions autour de ces questions ont permis de comprendre que la PS et toute la santé qui est sa finalité sont des concepts complexes à définitions multiples. Si la santé peut être à la fois définie comme stabilité, actualisation ou comme les deux, la promotion de la santé est définie comme une théorie et une pratique. Par ailleurs, si la santé peut être définie sous le prisme de l'individu, de la famille et de la communauté, la promotion de la santé peut (et doit) se fonder sur six dimensions : l'individu, la famille, la communauté, le statut socioéconomique, la culture et l'environnement.

Les modèles théoriques de la PS sont variés. On peut les classer en théories du problème, théories du changement ; en théories mettant l'accent sur le niveau intrapersonnel (individuel), le niveau interpersonnel et le niveau communautaire (population) ou tout simplement en théories fondées sur l'individu et celles fondées sur la communauté. Ces classifications ne sont pas mutuellement exclusives, elles regroupent les mêmes théories et modèles et permettent de comprendre le fonctionnement du comportement de promotion de la santé. Le dernier point a donné les indications sur ce qui est mesuré en PS et avec quoi cela peut être évalué. Cette dernière section a mis un point d'honneur sur les outils d'évaluation quantitative de la promotion de la santé.

Conclusion de la première partie

Cette première partie de cette thèse a permis de répondre à une question fondamentale que Chevrier (2009) pose à toute personne qui s'engage dans une activité de recherche scientifique. Cette question est celle de savoir pourquoi est-il nécessaire de réaliser une recherche et qu'elle est l'importance de connaître les résultats qu'elle propose ? L'objectif principal de cette partie était donc de répondre à cette question. Rendu au terme de cette section, l'on pourrait répondre à cette question de façon péremptoire en arguant que la croissance rapide de la population camerounaise met le système de santé face à de nombreux défis, notamment celui des MCV. Spécifiquement, si le système de santé permet une assez nette maîtrise de l'évolution des maladies transmissibles, il peine encore à faire face à la situation des maladies non transmission, notamment les MCV dont la prévalence est sans cesse croissante. Pour répondre à cette question centrale, cette première partie a été organisée en trois chapitres.

Le premier chapitre a laissé transparaître que le système de santé camerounais est confronté à la faiblesse de ses six piliers (leadership et gouvernance, ressources humaines, offre de services et de soins, infrastructures, médicaments et technologies sanitaires, financement et système d'information sanitaire obstacles d'ordre structurels, financier, organisationnel) et par conséquent peine à répondre aux besoins sociaux sanitaires des populations mais également à contribuer au développement d'un capital humain sain et productif. Par conséquent, la santé des individus repose dans leurs mains et dans leur capacité à financer leur propre santé et celle de leur famille. Dans un tel contexte, il paraît fondamental d'agir sur les compétences individuelles des citoyens afin de leur permettre de tomber le moins possible malade et de vivre le plus longtemps possible tout en vieillissant en bonne santé. Cet objectif peut être atteint en agissant sur la littératie en santé, objet du chapitre deux. Ce dernier laisse comprendre que la LES est un concept au cœur des déterminants de la santé dont le développement est influencé par plusieurs facteurs comme les caractéristiques individuelles, le niveau de littératie générale, le style de vie, les facteurs sociaux, économiques et les différentes circonstances de l'environnement qui entourent les individus et les populations. Ce chapitre laisse aussi comprendre que l'acquisition des compétences en LES est un atout pour la santé individuelle, organisationnelle et pour naviguer dans le système de santé actuel dont la complexité est grandissante.

Le troisième et dernier chapitre de cette partie avait pour objectif de rendre compte de façon assez exhaustive du concept très répandu et peu maîtrisé qu'est la PS dans ses différentes dimensions : histoire, définition, typologie, approche théorique et mesure. Il ressort que la PS peut (et doit) se fonder sur six dimensions : l'individu, la famille, la communauté, le statut socioéconomique, la culture et l'environnement.

**Deuxième partie : Validation des outils de mesure, profil de la
littératie en santé et lien avec la promotion de la santé**

Introduction de la deuxième partie

L'hypothèse sous-tendant cette thèse présupposait une difficulté à se prononcer sur la situation de la LES au Cameroun, tant sur le plan de l'existence des qualités psychométriques d'outils d'évaluation de la LES que de la PS. Elle présupposait également, l'idée de l'existence d'une relation entre le niveau de littératie en santé et l'adoption des comportements de promotion de la santé dans la suite de nombreuses autres études qui vont dans ce sens de la littérature (Bouffard, 2010 ; Vandebosch et al., 2016). L'objectif de ce travail paraissait alors double dans la mesure où il visait à répondre d'une part, à une question méthodologique et d'autre part, à une question empirique. Chaque objectif se déclinait en deux sous objectifs donnant lieu chacun à une étude ou à un chapitre. Quatre études distinctes sont alors présentées par la suite ; mais, toutes interreliées par une même problématique : celle de la LES, dont l'analyse et l'étude sont importantes dans le contexte camerounais, en raison du fait que le concept y est peu habituel tant pour la population générale que pour les professionnels de la santé, les politiques, et les chercheurs en éducation.

Pour se faire, cette thèse a reposé sur une méthodologie multi-phase (Bargh, 1996) associant, dans un premier moment, une opération de validation psychométrique du questionnaire de mesure de la LES pour la population générale (HLS-EU-Q16 et HLS-EU-Q6) et son implémentation auprès de la population camerounaise. Dans un deuxième moment, une enquête quantitative, transversale et descriptive visant à établir le profil de LES de la population camerounaise ainsi que ses principaux déterminants a ainsi été conduite. Dans un troisième temps, une approche de traduction et validation d'un questionnaire composite d'évaluation des comportements de promotion de la santé a été menée. Et enfin, une étude quantitative corrélationnelle visant à établir le statut de la LES dans son rapport avec l'adoption des comportements de promotion de la santé. Ainsi, les quatre aspects analysés dans cette thèse s'inscrivaient dans des études dont les problématiques se chevauchent/croisent dans leur réalisation, et ce, afin de mieux éprouver les hypothèses théoriques émises.

Dans l'ensemble, nos études sont réalisées selon un même paradigme positiviste. Elles suivent toutes un même principe : celui du paradigme des études indépendantes au sens de Higgins et al. (1977) et se divisent en deux phases expérimentales successives. La deuxième partie de cette thèse est consacrée à la présentation des résultats empiriques issus de ces phases successives de

collecte et de traitement des données. Mais avant, les grandes lignes de ces différentes études sont exposées ci-dessous. Par ailleurs, des schémas et objectifs des différentes études sont résumés dans le tableau 4.1.

Chapitre 4 (Étude 1). L'étude numéro un que nous avons menée avait un objectif unique. Il s'agissait de vérifier si deux outils (HLS-EU-Q16 & HLS-EU-Q6) de mesures de la LES universellement utilisés, présentent des bonnes qualités psychométriques pour des évaluations du niveau de LES de la population en contexte camerounais. Autrement dit, il s'agit de déterminer les qualités psychométriques de ces deux outils et au besoin établir une norme camerounaise en ce qui les concerne.

Chapitre 5 (Étude 2). L'étude numéro deux de cette partie empirique avait pour but de mettre à disposition de tous, un outil aussi complet que possible, fiable et culturellement valide, pouvant permettre d'évaluer efficacement les comportements de promotion de la santé. Pour ce faire, une adaptation transculturelle d'un questionnaire composite d'évaluation des comportements de promotion de la santé valide pour les adolescents et jeunes adultes a été faite.

Chapitre 6 (Étude 3). L'étude numéro trois que nous avons conduit avait pour objectif de donner une première évaluation globale du niveau de littératie en santé pour la population camerounaise. Celle-ci avait pour objectif de produire les premières bases factuelles pour les études futures sur la LES au Cameroun. Afin de produire des résultats fiables, valides et pérennes, la réalisation de l'étude numéro un était un préalable.

Chapitre 7 (Étude 4). La dernière étude, celle numéro quatre avait pour objectif de déterminer la nature de la relation entre les compétences en LES et l'adoption des comportements de promotion de la santé. Comme pour l'étude 3, la réalisation de l'étude numéro un et de celle numéro 3 se posait comme des impératifs catégoriques à remplir sur le plan méthodologique. Bien plus, la réalisation de l'étude trois permettait par ailleurs de justifier le choix de porter cette étude sur les adolescents et jeunes adultes plutôt que sur une autre cible qui pouvait être soit les adultes ou les enfants.

Les études 1 et 3 ont été les premières à être menées alors que les études 2 et 4 ont été les dernières. Cependant, pour des besoins d'organisation, nous présentons ces quatre études en commençant par les deux qui apportent prioritairement une réponse méthodologique (études 1 et 2) suivies des deux autres qui apportent davantage des réponses épistémologiques (études 3 et 4).

Tableau 4.1*Schémas d'étude et objectifs des différentes études du projet de recherche*

Études	Schéma de réalisation	Objectifs des études
Étude 1	Étude quantitative descriptive en ligne et en présentiel	Vérifier les qualités psychométriques de deux outils : HLS-Cam-Q16 & HLS-Cam-Q6 d'évaluation du niveau de littératie en santé pour la population camerounaise
Étude 2	Étude quantitative descriptive	Faire une adaptation transculturelle d'un questionnaire composite d'évaluation des comportements de promotion de la santé pour les adolescents et jeunes adultes camerounais. Déterminer le profil comportemental des adolescents et des jeunes adultes en matière d'adoption des comportements de promotion de la santé.
Étude 3	Étude quantitative transversale et descriptive en ligne et en présentiel	Déterminer le niveau de littératie en santé de la population camerounaise ainsi que ses principaux déterminants
Étude 4	Étude quantitative descriptive et corrélacionnelle	Déterminer le lien entre le niveau de littératie en santé et l'adoption des comportements de promotion de la santé.

Chapter 4: Psychometric validation of European Health Literacy Survey Questionnaire short forms in Cameroon: Cameroonian Health Literacy Survey Questionnaire short forms (HLS-Cam-Q16 & HLS-Cam-Q6)

4.1 Introduction

The World Health Organization (WHO) describes health as “a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.” (WHO, 1946, p. 100). This first definition has been criticised over the past 73 years principally because of the absoluteness of the word “complete” in relation to well-being (Machteld et al., 2011). Since then, other definitions have been proposed for an accurate understanding of health. The best known definition is the Ottawa Charter (WHO, 1986), which emphasises the social and personal resources as well as the physical capacity. More recently, inspired of the recent reflections on the definition of the concept and WHO conferences, an inclusive definition reflecting the vision of autochthonous groups in Australia, Canada, and New Zealand was elaborated (Lapierre et al., 2012). This definition insists on the collective aspect of health as a fundamental principle to the personal balance. Health reflects a personal, social, spiritual, emotional, and collective dynamic process of adaptability, of capacity to resist the tests, vitality and blossoming. Health is a fundamental right and a resource to accomplish daily activities with pleasure and energy. Health is especially associated with key factors such as the social and environmental determinants of health (Baum & Laris, 2010; Machteld et al., 2011). Considering these diverse factors, the definition of health is complex and remains vital for individuals and communities.

Health is present as a human right because its importance can be observed in different domains. A healthy population is a guarantee for a good economic development of individuals and countries. For a developing country such as Cameroon (United Nations, 2020), health is amongst the key sector for a sustainable development, and strategic programs have been designed by the Ministry of public health (Minsanté, 2016a). Therefore, promoting health literacy of the population of Cameroon helps to fight against social inequalities while reducing the expenses for health of families, which represented 70.42 % (474.5 FCFA billions) of the public expenses of health for this country in 2012 (Minsanté, 2016b). Despite significant medical progress and country's policies, poor populations has less access to health and social services in Cameroon (WHO, 2013). The situation is still preoccupying to Cameroon where the

life expectancy is 57.3 years and the hospital morbidity bound to the malaria remained elevated at 30.1 % in 2014 (Minsanté, 2016b). Moreover, the country faces the double burden of the communicable and non-communicable illnesses, and notably the cancer, which represent about 14 % of the national illnesses and 23.3 % of the global mortality (Minsanté, 2020). These illnesses are a major concern for public health in Cameroon (WHO, 2020, p. 60). Furthermore, about 90 % of patients arrive in the treatment centres at an advanced stage of illness. Consequently, the rate of treatment abandonment is estimated at 20 % and 30 % for the patients dying after the beginning of treatment (Minsanté, 2020).

Health inequities are unnecessary and unjust: tackling them should be a high priority at all levels of governance in all regions. Necessary action is needed across the life-course and in wider social and economic sectors to protect present and future generations. This explains the scientific interest of many authors towards research on health determinants for a better life. Determinants of health comprise a range of personal, social, economic and environmental factors that influence the health status of individual or population (Nutbeam, 1998). At every stage of life, health is determined by complex interactions between social and economic factors, physical environment and individual biologic, and behaviors. The Public Health Agency of Canada has identified 12 determinants of health as follows: Income and social status, Social support networks, Education and literacy, Employment/working conditions, Social environments, Physical environments, Personal health practices and coping skills, Healthy child development, Biology and genetic endowment, Health services, and Gender and Culture (Government of Canada, 2018). The WHO European region capture some of these social determinants of health and when over to identify some such as Cultural and societal norms and values, Ethnicity/race and Health care system (*Commission on social determinants of Health [CSDH]*, 2008; WHO, 2013). The health literacy is among the numerous determinants of health identified through the time although it has been a long time unknown, is today at the heart of all preoccupations. It is health literacy. Health literacy is increasingly recognized as a public health goal and a determinant of health (Sørensen et al., 2012).

Health literacy has been increasingly recognized as a concept of critical importance for public health and as an important determinant of individual health (Vandenbosch et al., 2016). Low Health Literacy is associated with mortality for individuals with cardiovascular disease, chronic obstructive pulmonary disease, diabetes, and mental illness, as well as it has been identified among a general population (Friis et al., 2020). In fact, individuals with low health literacy do not use healthcare systems effectively; moreover, they experience poorer communication with

healthcare professionals and have worse self-care behaviour (Aaby et al., 2017; Friis et al., 2016; Paasche-Orlow & Wolf, 2007). Therefore, many countries among whom Australia, Austria, Germany, China, New Zealand, Scotland, and the United States, and international organizations such as WHO have current national health literacy policies or have incorporated health literacy as a priority issue within broader health strategies. They have also presented health literacy as a universal challenge, with some identifying groups of higher priority (Trezona et al., 2018b). These countries and WHO finally recognize the importance of professional education in improving the quality of communication, and they are aware that the health literacy responsiveness of the health system needs to be improved (Trezona et al., 2018b). This recognition is due to the complexity of modern healthcare and the complexity of many health messages for patients (Nutbeam, 2000; Sørensen et al., 2012). Furthermore, it is also because of the need for people to manage their health themselves, including using various health technologies that requires an individual to have a wide range of health literacy competencies (Maindal et al., 2016).

Historically, health literacy has been seen in many perspectives and has been defined in various ways (Malloy-Weir et al., 2016; Vozikis et al., 2014). However, the most comprehensive definition of health literacy refers to “*the degree to which individuals have the capacity to obtain, process and understand basic health information and services needed to make basic health decisions*” (Ratzan et al., 2000, p. vi). Twelve years after, a broader and more inclusive definition has been given by the European Health Literacy Project (HLS-EU) in 2012. According to this definition, health literacy is linked to literacy and entails people’s knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise and apply health information in order to make judgements and take decisions in everyday life concerning health care, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course (Sørensen et al., 2012). According to Pelikan and Ganahl (2017), this definition adequately reflects the evolution of the wide understanding of health literacy in research, practice and policy within the last two decades. Recently, health literacy has been presented as the ability of an individual to obtain and translate knowledge and information in order to maintain and improve health in a way that is appropriate to individuals and system contexts (Liu et al., 2020). Progressively, since the term Health literacy emerged in the 1970s (Simonds, 1974), the definition and conceptual model of this term have evolved from basic reading and writing skills in the health care context to a more complex and multidimensional concept (Bas-Sarmiento et al., 2020; Sørensen, 2019).

Researchers, clinicians, public health practitioners, and policymakers agree on the importance of promoting health literacy (Trezona et al., 2018a). Firstly, the reason beyond this promotion is the benefits of health literacy for individual and community (Nutbeam, 2000). In terms of individual benefits, functional health literacy leads to an improved knowledge of risks and health services, and compliance with prescribed actions; interactive health literacy to an improved capacity to act independently, an improved motivation and more self-confidence; and critical health literacy to improve individual resilience against social and economic adversity (Sørensen et al., 2012). In terms of community and social benefits, functional health literacy increases the participation of population in health programs; interactive health literacy enhances the capacity to influence social norms and interact with social groups; and critical health literacy improves community empowerment and enhances the capacity to act on social and economic determinants of health (Sørensen et al., 2012). This explains that health literate people live longer and have stronger incentives to invest in developing their own and their children's knowledge and skills (Ratzan, 2001). Healthier populations also tend to have higher labour market productivity contributing to, rather than withdrawing from, pension schemes (Sørensen et al., 2012).

Secondly, it is important to promote health literacy because low health literacy is demonstrated to be a public health challenge worldwide, and can be modified through effective educational intervention and health system improvement (Trezona et al., 2018a). However, no measurement of health literacy capacity began in the early 1990s, with the development of the Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine ([REALM], Davis et al., 1991). Nowadays, educational action among population could not take place if one does not assess accurately the difficulties, strengths, and weaknesses of that population in terms of knowledge such as health literacy. Moreover, measurement of health literacy is needed to identify those categories that do not understand health information or the range of services offered in the health care system (Abel, 2008). Otherwise, in 2001, Kickbusch recognized that measuring health literacy could be the first major step in constructing a new type of health index for societies (Kickbusch, 2001). This supposes a previous condition: the evaluation of their level of health literacy through valid tools. In this sense, various tools, instruments, and questionnaires measuring health literacy level among different populations has been elaborated in Australia (Osborne et al., 2013), Europe (Sørensen et al., 2013), and South Africa (Marimwe & Dowse, 2019). There are actually more

than a hundred²⁰ tools to access different aspect of health literacy among different social categories (Nguyen et al., 2015). These tools and measures help researchers to better understand context-specific variation including over the life course (Baker, 2006; Berkman et al., 2011; Sørensen et al., 2012). Before 2012, the REALM and the Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) were the most frequently used tools to measure health literacy, and the Newest Vital Sign was added to the list of instruments (Kanj & Mitic, 2009). Unfortunately, none of these tools completely capture the evolution of the wide understanding of health literacy in research, practice and policy within the last two decades (Pelikan & Ganahl, 2017).

The European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q) is one of the most tools used to access health literacy of the general population in the literature. This is illustrated by a recent literature review investigating the studies using the European Health Literacy Questionnaire short form (HLS-EU-Q16) in 2010-2018 (Niedorys et al., 2020). This questionnaire is built on a conceptual model of health literacy initially developed by a European consortium based on a review of 170 publications (Rouquette et al., 2018; Sørensen et al., 2012). The HLS-EU project was supported by the Executive Agency for Health and Consumers (EAHC) of the European Union (EU) to elaborate a valid instrument. The first questionnaire had 47 items (Sørensen et al., 2013). Besides the 47 items for measuring general health literacy, the original HLS-EU-Q (HLS-EU-Q86) contained 39 variables, operationalising factors of the HLS-EU conceptual model into measurable indicators (Pelikan et al., 2019). Unfortunately, the length of this questionnaire is one of the main obstacles for its use in epidemiological studies. The addition of more than 40 questions to measure HL is rarely possible in studies that already involve several other questionnaires (Rouquette et al., 2018). Due to this limitation, short versions of the HLS-EU-Q, containing 16 (HLS-EU-Q16) and 6 (HLS-EU-Q6) items were elaborated (Pelikan, 2016). The HLS-EU-Q16 is more easy to complete and to analyse compared to the HLS-EU-Q47, and has a high correlation with the original version ($r = .82$) (Pelikan et al., 2014; Storms et al., 2017).

The scope and nature of research on health literacy using the HLS-EU-Q16 around the world are large. In at least all the studies, the HLS-EU-Q16 is used as a diagnostic survey to determine the health literacy level of different populations (Niedorys et al., 2020). Otherwise, it was used to access health literacy among the population of selected societies (Almaleh et al., 2017; Amoah et al., 2017; Levin-Zamir et al., 2016), the elderly (Eronen et al., 2018; Tiller et al.,

²⁰The tool Shed of health literacy indicates that the number of available tools to assess an individual's health literacy has increased during the past decade. There are more than 100 tools available on this website.

2015), people with different levels of education (Storms et al., 2017), the refugees and prisoners (Gele et al., 2016; Wångdahl et al., 2018), and people with a selected disease unit (Diederichs et al., 2018). The HLS-EU-Q16 thus offers a large set of possibilities, which provides some improvements on the deficiencies of existing measurement tools. In May 2013, a group of health literacy experts, clinicians, and policymakers convened at an expert roundtable to review the current state of health literacy research and practice, and make recommendations about refining its definition, expanding its measurement and integrating best practices into chronic disease management. One of the reports of this roundtable was that “*since most assessment tools focused on health literacy among individuals, there was very little information on providers, systems and high-risk groups such as elderly, people with lower levels of education, and various cultural groups*” (Poureslami et al., 2017, p. 745). Due to this advantage, some studies focus on the assessment of psychometric properties of HLS-EU-Q16 in the way to make it more largely used in many countries such as India (Dsouza et al., 2021), Spain (Bas-Sarmiento et al., 2020; Nolasco et al., 2018), France (Rouquette et al., 2018), and Ghana (Amoah et al., 2017).

Original version of the HLS-EU-Q of 47 items has been validated as a questionnaire with no clean factor simple structure. However, the short version of 16 items was validated like a unidimensional scale. In the other hand, the version of 6 items had been validated as a tool having a main dimension and three sub-dimensions (Pelikan et al., 2014). But no scale for sub-dimensions was elaborated, due to high correlations with main index (Pelikan et al., 2014). The following adaptations of the HLS-EU-Q made it while considering different modes. Some studies have not indicated the factorial structural of the questionnaire in their validation process (Lorini et al., 2017), principally because they used qualitative approach (Storms et al., 2017). Other studies used the tool as a unidimensional (Finbråten et al., 2021; Rouquette et al., 2018) or multidimensional construct (Bas-Sarmiento et al., 2020). Between this last groups, one study performing principal component analysis with Oblimin rotation presented four latent constructs for this scale (Gustafsdottir et al., 2020). The four latent factors are: “*Processing and Using Information from the Doctor*”, “*Processing and Using Information from the Family and Media*”, “*Processing Information in Connection to Healthy Lifestyle*”, and “*Finding Information about Health Problems/Illnesses*”. For the rest, majority of validation were founded essentially on the three measurements of the health context known as health care, disease prevention, and health promotion (Bas-Sarmiento et al., 2020; Dsouza et al., 2021; Duong et al., 2017, 2019a, 2019b). These studies indicate that the dimensions of health

information processing (accessing, understanding, appraising, and applying) were not often considered at the time of the validation of study.

Based on the HLS-EU-Q, the definition of health literacy proposed by Sørensen et al. (2012) combines four key processes that refer to health information processing (competences to access, understand, assess, and apply health information) and three health domains (health care, disease prevention, and health promotion). This definition puts in a linear relation between two variables: an independent variable (health information processing) and a dependant variable (health context). For simplification, we used “*departure variable*” and “*arrival variable*” respectively. But, in most cross-cultural validation studies of HLS-EU-Q as a multidimensional tool, only one possibility is considered: arrival variable (Bas-Sarmiento et al., 2020; Dsouza et al., 2021; Duong et al., 2017, 2019a, 2019b). It is easy to understand why many adaptation and cross-cultural validation as a multidimensional tool have not focused on the departure variable. Firstly, most of the researchers in health literacy are public health specialists or health workers. In this sense, the most important issue for these workers is to perform well their job, while their best knowledge about health context are: health care, disease prevention and health promotion. This arrival variable is therefore well aligning to their training background than the departure variable that is anchored in education sector. This is what came out in this position of Okan (2019):

Approaches in school health and adult education have conceptually and practically focused more on improving the ‘literacy’ aspect of health literacy by teaching skills, knowledge and further cognitive and social abilities, while public health and healthcare prioritised the ‘health’ aspect as well, by keeping the focus on improving health outcomes. (p. 32)

Therefore, developing competences about access, understand, appraise, and apply health information is no longer a matter of concern for public health professionals and teachers. But, in light of this work, we are going to verify the psychometric property of these two constructs in order to allow both specialists interested on health literacy to possess adapted tools that answer to their preoccupations of practice and research.

The French HLS-EU-Q16 and HLS-EU-Q6 have acceptable psychometric properties. Therefore, their use is recommended for measuring health literacy of populations with sufficient reading skills to distinguish between people with low and medium literacy (Rouquette et al., 2018). Also, in the case of people with low literacy, the HLS-EU-Q16 has been demonstrated

to be an appropriate instrument for determining health literacy, but some questions should be simplified or clarified to facilitate the application and interpretation of this tool (Niedorys et al., 2020; Storms et al., 2017). The interest according to the HLS-EU-Q16 in the literature and its acceptable properties make it a good tool to evaluate the general health literacy among large category of population. However, for any measurement device, measurement invariance is a required property to guarantee accurate group comparisons (Beaton et al., 2000; Vallerand, 1989). Thus, it is more essential for a health literacy questionnaire to be validated as a through modern method (Nguyen et al., 2015). This explains the analyses of the psychometric properties of this tool for our sample to make result comparable.

The HLS-EU-Q6 has been used in a limited number of clinical studies in Europe (Lorini et al., 2019; Pelikan et al., 2014; Vandenbosch et al., 2018; Schinckus et al., 2018), Latino-America (Mialhe et al., 2021), and Africa (Amoah et al., 2017). While the HLS-EU-Q16 is increasingly used for population studies in numerous countries worldwide, it has been translated in at least 16 languages such as Dutch, Swedish, German, Norwegian, Spanish, Catalan, Italian, Greek, Czech, Hebrew, and Arabic (Bas-Sarmiento et al., 2020; Rouquette et al., 2018). The French version of this questionnaire has been used for few studies in Belgium without published information regarding its psychometric properties (Vandenbosch et al., 2016; Van den Broucke & Discart, 2016; Van den Broucke & Renwart, 2014). However, Rouquette and colleagues (2018) have recently provided the psychometric properties of the French version of the HLS-EU-Q16. This was done to answer for some urgent necessity. First, since the short version of HLS-EU-Q was increasingly used to measure and compare health literacy of populations in Europe and worldwide, it was imperative to ascertain the validity of the French version. Second, the short version of this questionnaire was necessary to access health literacy of populations around 30 countries worldwide having French as an official language. The populations are located in four European countries (France, Belgium, Switzerland, and Luxembourg) and 25 countries outside Europe among which, Cameroon. Finally, it provides an adequate answer to the lack of standardization in testing health literacy skills across measurement tools as raised by the experts during the roundtable in Canada for the review of the current state of health literacy research and practice (Poureslami et al., 2017).

All the three questionnaires (HLS-EU-Q47, HLS-EU-Q16 and HLS-EU-Q6) are coherent with the operational definition and conceptual model of a matrix that was constructed focusing on the three overall domains of health and four cognitive information processing competencies. This model integrates four health information processing skills (accessing, understanding,

appraising, and applying health information) applied in three health contexts (healthcare, disease prevention, and health promotion) for a total of 12 sub-domains. Each sub-domain combines one of the three domains of healthcare, disease prevention, and health promotion with one of the four stages of information management, which are finding, understanding, appraising, and using information (Pelikan et al., 2019). These instruments address self-report difficulties in tasks concerning decision-making in health care, disease prevention, and health promotion. The HLS-EU-Q16 questionnaire is a suitable tool for assessing the level of health literacy among different populations (Niedorys et al., 2020). Although no statements regarding sub-dimensions of health literacy are allowed, the HLS-EU-Q16 is a good approximation of the 47-item version, with a high correlation ($r = .82$) with the general health literacy score of the HLS-EU-Q47 (Storms et al., 2017). Therefore, this tool is used in and outside Europe since 2012. However, for the investigations out of the Europe, translation and socio-cultural validation was carried (Nguyen et al., 2015). In Africa, the first use of HLS-EU-Q16 dates of 2017 in Egypt (Almaleh et al., 2017) and Ghana (Amoah et al., 2017). Among these two studies, only one presents information regarding its psychometric properties (Amoah et al., 2017). Moreover, they used the English version of HLS-EU-Q16. Until 2018, no tool measuring health literacy has been elaborated in a sub-Saharan Africa country (Bragard et al., 2018). Furthermore, no French adaptation of this tool is available for nearly 21 African countries having French as the official language.

Although the growing interest in health literacy for many African countries, including Egypt (Almaleh et al., 2017), Ghana (Amoah et al., 2017; Koduah et al., 2021), Nigeria (Ekoko, 2020; Kuyinu et al., 2020), and South Africa (Marimwe & Dowse, 2019), and despite its key importance for public health and health care, few studies have paid attention on health literacy in francophone Africa countries (McClintock et al., 2017; Schrauben & Wiebe, 2017). These studies were based on the definition of health literacy from the United State Institute of Medicine ([IOM], 2004). McClintock et al. (2017) access data from a survey carry in 14 sub-Saharan African countries including Cameroon. To the best of our knowledge, no study has been in francophone Africa countries that measure health literacy of population level using this comprehensive tool. Moreover, no study has yet evaluated the socio-cultural validity and reliability of the HLS-EU-Q16 Questionnaire in these countries. As far as for any measurement device, measurement invariance is a required property to guarantee accurate group comparisons and is thus essential for a questionnaire validation. The current study intends to fill the gap of knowledge in order to endow the researchers, the educators, the practitioners and the decision-

makers of francophone sub-Saharan Africa countries with a tool adapted to their local realities. Specifically, this study aims to evaluate if:

1. The HLS-EU-Q6 is adapted to the sample of Cameroon;
2. The HLS-EU-Q16 is adapted to the sample of Cameroon by focusing on the three domains of health contexts including HL health care, HL disease prevention, and HL health promotion;
3. The HLS-EU-Q16 is adapted to the sample of Cameroon by focusing on the four domains of Health-Information-Processing Competencies including HL accessing information, HL understanding information, HL appraising information and HL applying information.

4.2 Method

4.2.1 Design and participants

This study follows a survey design of previous researches (Kate, 2006; Kothari, 2004; Setia, 2016). Cross-sectional design research designs are procedures in quantitative research and therefore may be used for population-based surveys that provide the opportunity to administer a survey to a sample or to an entire population of people to describe the attitudes, opinions, behaviours or characteristics of the population. An investigation by questionnaire has been driven by the Cameroonian population between August and December 2020. It was reserved to all local citizens, of two genders, all professions, all level of education without exception, living in the urban area or farming and aged of 15 years and more. A sample of 1226 participants was chosen for 16 items of the short-form of HLS-EU-Q16. Their ages range between 15 and 96, with 620 males; Mean age = 27.99, Standard Deviation age = 9.73.

4.2.2 Instruments

The final questionnaire consisted of 24 items divided into the following categories: health literacy based on the short form of European health literacy questionnaire ([HLS-EU-Q16], Rouquette et al., 2018) having 16 items, Subjective well-being ([SWB], Diener et al., 1985) with five items, and three socio-demographic variables. The latter variables are gender, age, and education, and were measured by number of years of formal education (highest diploma).

4.2.2.1 Subjective well-being (SWB)

The SWB was measured using the Diener subjective well-being scale (Diener et al., 1985). The SWB was developed to assess satisfaction with the respondent's life. The scale does not assess satisfaction with life domains such as health or finances but allows subjects to integrate and weight these domains in whatever way they choose (Pavot & Diener, 1993). Participants were giving five statements that they may agree or disagree with using the 1-7 Likert scale. The Cronbach's alpha coefficient of SWB was acceptable .711.

4.2.2.2 HLS-EU-Q16 and HLS-EU-Q6

The HLS-EU-Q16 and HLS-EU-Q6 are respectively short form and short-short form of the 47-item European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q47). Based on the extended version, the two short versions were developed by selecting 16 items for the HLS-EU-Q16 and 6 items for the HLS-EU-Q6. They have been validated originally using the Rasch model of reduction of item (Rouquette et al., 2018). The HLS-EU-Q16 and HLS-EU-Q6 assess the difficulty experiences of population to access, understand, appraise, and apply health related information to make decisions in healthcare context, disease prevention, and health promotion (Sørensen et al., 2012). Items are rated on four-point Likert scale (1 = *very difficult*, 2 = *difficult*, 3 = *easy*, and 4 = *very easy*).

The HLS-EU-Q16 score is a sum score (range: 0-16) and according to the final score, three levels of HL have been defined as follows: inadequate HL (0-8), problematic HL (9-12), and sufficient HL (13-16). Alternatively, a standardized HL index score can be calculated by using the formula $HL = (\text{Average} - 1) \times (50/3)$ (Sørensen et al., 2015). This index is the specific index calculated, where the average corresponds to the mean of all participating items for each individual, 1 is the minimal possible value of the mean (leading to a minimum value of the index of 0), 3 is the range of the mean, and 50 is the chosen maximum value of the metric (Sørensen et al., 2015). As the score on the scale increases, the HL level increases. Four levels of HL were originally constructed: Inadequate HL (0-25), problematic HL (>25-33), sufficient HL (>33-42), and excellent HL (>42-50). To detect vulnerable groups, the Inadequate and Problematic levels were combined to a single level, known as limited HL (0-33) in previous studies (Rouquette et al., 2018; Sørensen et al., 2015). Scores for the HLS-EU-Q6 were calculated similarly (from 1 = *very difficult* to 4 = *very easy*). The final score is the mean score calculated if at least five of the six items are completed and range from 1 to 4. According to the final score, three possible levels of HL have been defined as follows: inadequate HL (1-2),

problematic HL (2-3), and sufficient HL (3-4). For this study, the analysed indices were defined as general HL (GHL), and indices of three domains of health contexts include health care HL (HC-HL), disease prevention HL (DP-HL), and health promotion HL (HP-HL), while indices of four domains of Health-Information-Processing Competencies comprise HL accessing information, HL understanding information, HL appraising information, and HL applying information.

4.2.3 Data collection

The data collection process has three stages: formalisation of the questionnaire (1), formation of the investigators (2), and administration of questionnaire to the sample (3). The investigators ($n = 12$) were chosen with the aim of representing the different social layers and all 10 regions of the country. The participants were selected randomly and they made a choice of filling between a hard copy or an online version of the questionnaire. They were met to explain the two objectives of the investigation: 1) completion of a questionnaire; and 2) acceptance to manage the same questionnaire via a private Smartphone with the family's members of the participant. For the participants who solicited to fill lately, a brief presentation of the technique of completion was given to them. In this case otherwise, only the online version was sent them by different channels among which the electronic mail and the different social networks such as WhatsApp, Telegram, Signal, and Facebook. The length of the replenishment varied between three and five minutes.

The participants were invited to handle the questionnaire via their private Smartphone with a formal interdiction to share the Google Forms link of the questionnaire to anyone and into social media groups (WhatsApp, Facebook, etc.). This interdiction was motivated by the past experiences of previous studies, where the completion of questionnaires via these platforms produced weak rates of participation (Ngah Essomba et al., 2022; Soh et al., 2022a, 2022b). This interdiction of sharing the link was consigned in the informed consent form signed by the participant. This recruitment technique of participants defined here as inter-individual sampling is similar to the one known in the literature as sampling snowball, because it keeps some specificities. Our technique permitted to reach a large number of participants from the different regions of the country and allowed a certain rigor, which guarantee the quality of the answers.

Ethical considerations

In addition to the informed consent form signed physically by the participant, all participants were informed in the preamble of our questionnaire that their information and answers will be kept confidential and shall only be used for the purpose of the study. They were informed that their participation is voluntary and free of charge. Furthermore, the participants were informed that they can withdraw their participation at any desired moment.

4.2.4 Data analysis

The IBM SPSS AMOS Statistics® V23 software package was used for data analysis. Mean and standard deviation were used to describe the quantitative variables. Firstly, the Student's t-test was used to study the relationship between gender and HL. One-way ANOVA test was used to compare HL of the sample and quantitative variables (age and higher diploma). The level of statistical significance was considered to be $p < .05$. All missing values in the data were replaced by the mean for three variables: age, SWB, and HLS-EU-Q16. Specifically, for HSL-EU-Q16, all participants having more than two missing values were removed from the sample to have a reliable and valid data base (Rouquette et al., 2018). This process has been used in previous studies (Amoah, 2018; Amoah & Phillips, 2018; Ehmann et al., 2020).

Secondly, the confirmatory factor analysis (CFA) permitted to verify the good adaptation of the HLS-EU-Q16 and HLS-EU-Q6 to the data of Cameroon's population with a maximum likelihood algorithm estimation (Koyuncu & Kılıç, 2019; Plucker, 2003). On the one hand, the analysis using the HLS-EU-Q16 focused on the three domains of health including health care, disease prevention, and health promotion. This is the main and only dimension mostly verified by many authors (Bas-Sarmiento et al., 2020; Dsouza et al., 2021; Duong et al., 2017, 2019a, 2019b). On the other hand, analysis focused on Health-Information-Processing Competencies including HL accessing information, HL understanding information, HL appraising information, and HL applying information. This domain has not yet been investigated. The goodness-of-fit indices were reported, including: (i) Absolute model fit, root mean square error of approximation (RMSEA), and goodness-of-fit index (GFI); (ii) Incremental fit, adjusted goodness-of-fit index (AGFI), comparative fit index (CFI), incremental fit index (IFI), and normal fit index (NFI); and (iii) Parsimonious fit, or the chi-square goodness-of-fit test, and the chi-square/degrees of freedom ratio (χ^2 / df ratio) (Hooper et al., 2008). This method was applied in previous validation studies of this tool for other countries (Dsouza et al., 2021; Duong et al., 2017, 2021). The values of these indications reveal a satisfactory adequacy to the data, if a GFI is superior to .90. In other words, more the value of GFI comes closer of 1, more it will

be considered like very good. For what concerns the χ^2/ddl report, its value is considered like acceptable if it is lower than 3 and possibly included between 1.5 and 2. Finally, the value of the RMSEA must be lower than .08 and so possible, to .05 (Xia & Yang, 2019) while good Root Mean Square of Residuals is lower than .08 (Goretzko et al., 2019).

In addition, the Pearson correlation coefficient was used to assess the item-scale convergent validity (Hays & Hayashi, 1990). Finally, the reliability of the HLS-EU-Q16 and HLS-EU-Q6 was assessed using the internal consistency test, the Cronbach's alpha (Carricano & Poujol, 2009; Cronbach & Shavelson, 2004; Laveault, 2012) and McDonald's Omega indicators (Mialhe et al., 2021). This was done to verify if the statements share common notions, and if there is consistency between them. There are different reports about the acceptable values of alpha, ranging from .70 to .95 (Tavakol & Reg, 2011). These indices allow concluding if the questionnaire has or not very good construct validity (Sørensen et al., 2013).

4.3 Results

4.3.1 Factor structure

Confirmatory factor analysis confirmed the initial factor structures of HLS-EU-Q16 and HLS-EU-Q6 (Table 4.1). First, for the Health contexts HLS-EU-Q16, the indices used showed an identical result for the multidimensional (first-order model) and unidimensional (second-order model) models: $\chi^2 / ddl = 6.102$, RMSEA = .065, SRMR = .047, AGFI = .913, CFI = .887. Then the Health-Information-Processing Competencies HLS-EU-Q16 also showed satisfactory indices both at the multidimensional ($\chi^2 / ddl = 8.1544$, RMSEA = .078, SRMR = .056, AGFI = .873, CFI = .837) and unidimensional levels ($\chi^2 / ddf = 8.743$, RMSEA = .080, SRMR = .057, AGFI = .870, CFI = .830). Generally, fundamental indices do quite well while the incremental indices are acceptable. Finally, the HLS-EU-Q6 showed well-fitting fundamental and incremental indices: $\chi^2 / ddf = 8.462$, RMSEA = .078, SRMR = .042, AGFI = .950, CFI = .925.

4.3.2 Internal consistency and construct validity

Both scales showed good internal consistency (Table 2). For the one-dimensional model of the HLS-EU-Q16, the internal consistency was excellent $\alpha = .847$ and $\omega = .851$. For multidimensional models, it oscillates between acceptable and very good, even if we can notice that the appraising dimension has a poor internal consistency $\alpha = .453$ and $\omega = .465$. With regard to the HLS-EU-Q6, its internal consistency is fair $\alpha = .676$ and $\omega = .667$.

Table 4.1*Results of HLS-EU-Q16' and HLS-EU-Q6' Confirmatory factor analysis*

		$\chi^2(ddl)$	χ^2/ddl	RMSEA	SRMR	AGFI	GFI	NFI	TLI	CFI	AIC
H.C	M1 & M2	616.284(101)**	6.102	.065	.047	.913	.935	.868	.865	.887	686.284
H-I-P C	M2	837.271(98)**	8.544	.078	.056	.873	.908	.820	.801	.837	913.271
	M1	874.338(100)**	8.743	.080	.057	.870	.904	.813	.796	.830	946.338
HLS-EU-Q6	M1	76.158(9)**	8.462	.078	.042	.950	.978	.916	.874	.925	100.158

Note. M1 = first-order model; M2 = second-order model; H.C = Health Contexts; H-I-P C = Health-Information-Processing Competencies.

** P < 0.01.

Table 4.2
Reliability, descriptive statistics and correlations between variables

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
<i>α</i>	.847	.762	.664	.632	.644	.687	.453	.564	.667	.711
<i>ω</i>	.851	.777	.670	.636	.656	.691	.465	.589	.676	.721
<i>M</i>	2.82	2.81	2.77	2.88	2.69	2.97	2.66	2.85	2.69	3.81
<i>SD</i>	0.443	0.509	0.548	0.549	0.565	0.487	0.623	0.553	0.513	1.019
1. HLS-EU-Q16										
2. HC	.868**									
3. DP	.838**	.548**								
4. HP	.787**	.510**	.583**							
5. Accessing	.819**	.750**	.649**	.631**						
6. Understanding	.870**	.705**	.774**	.716**	.573**					
7. Appraising	.751**	.631**	.633**	.621**	.548**	.487**				
8. Applying	.794**	.753**	.638**	.560**	.527**	.647**	.492**			
9. HLS-EU-Q6	.883**	.728**	.765**	.729**	.763**	.660**	.805**	.683**		
10. SWB	.291**	.256**	.211**	.264**	.297**	.219**	.221**	.210**	.260**	

Note. HC = Health Care; DP = Disease Prevention; HP = Health Promotion; SWB = Subjective Well-Being.

** $p < .001$

Subjective well-being was used as an additional variable to explore construct validity. The results (Table 4.2) show that the short and long form Health Literacy and its dimensions correlate significantly with subjective well-being. This confirms the construct validity of the HLS-EU-Q16 and HLS-EU-Q6.

4.3.3 Socio-demographic variables and Health Literacy

The results of this study indicate that the HLS-EU-Q16 and HLS-EU-Q6 are not sensitive to the sex Wilk's $\Delta = .989$, $F(8.1217) = 1.766$, $p = .080$, $\eta^2 = .011$, but are vis-a-vis of education Wilk's $\Delta = .824$, $F(64.6985) = 3.718$, $p < .001$, $\eta^2 = .024$. In other words, females and males have the same level of health literacy. Moreover, people between the ages of 25 and 44 have a higher level of health literacy than those who are younger or older. The same result is noticeable for people who have a university degree and those without a university degree. Indeed, people with a university degree have a higher level of health literacy than those without a university degree.

4.4 Discussion

Health literacy is an essential health component, which has been recognized widely by a series of international declarations as well as by national and regional policies and strategies (Bröder et al., 2018; Nutbeam et al., 2018; Trezona et al., 2018a). In addition, to playing an important role in therapeutic adherence, disease self-management, disease prevention and health promotion, the use of health services (Bennett et al., 1998; Vandenbosch et al., 2016), health literacy is considered as a mediator factor in the fighting against health inequalities (Charafeddine et al., 2019). In order to determine the level of health literacy of populations, the HLS-EU-Q was developed by a European consortium and validated by eight European countries (HLS-Consortium, 2012). Since then, the HLS-EU-Q has been translated and validated in several European and non-European countries, and it is one of the most widely used health literacy measurement tools in the literature (Niedorys et al., 2020). However, the HLS-EU-Q has not yet been validated for populations of French-speaking countries in Africa. So, the objective of this work was: testing the psychometric validity of the HLS-EU-Q6 and the Health context HLS-EU-Q16 in the Cameroonian context (1), and testing for the first time the factor structure of the Health-Processing- Information competencies HLS-EU-Q16 (2). The results confirm the initial structure of the HLS-EU-Q6 and Health context HLS-EU-Q16 in the Cameroonian context. They also confirm the four-dimensional factor structure of the Health-Processing-Information competencies HLS-EU-Q16 proposed by the European consortium

(Pelikan, 2014). These results reveal that the HLS-EU-Q16 and HLS-EU-Q6 are useful tools for measuring health literacy with accuracy. They were adapted to the Cameroonian context.

The confirmatory factor analysis showed that the initial factor structures of different HLS-EU-Q models are well applicable to the Cameroonian context. For all these models, fundamental indices such as the RMSEA and SRMR provided values (RMSEA = .065, SRMR = .047 and RMSEA = .078, SRMR = .042, respectively for HLS-EU-Q16 and HLS-EU-Q6), which are consistent with the boundaries of a good fit (Nyock Ilouga & Moussa Mouloungui, 2019; Xia & Yang, 2019). These values are better than those obtained in the original version of the HLS-EU-Q6 (Pelikan, 2014), as well as those obtained in the study devoted to transcultural adaptation in the French language (Rouquette et al., 2018). However, these values are similar or even close to those obtained in the Latin American context for HLS-EU-Q6 (Mialhe et al., 2021); in Indian context (Dsouza et al., 2021), and with the Arabic/French-Speaking Migrants in Southern Europe for the HLS-EU-Q16 (Bas-Sarmiento et al., 2020). These fundamental indicators for the latter are rather less good, compared to what had been obtained for the Pakistani adolescents (Toor & Bibi, 2021). Regarding the incremental indices of the HLS-EU-Q16, either as a uni/multidimensional model or Health Context/Health-Information-Processing Competencies, some values obtained (NFI, TLI, CFI) were within acceptable limits for some studies (Dsouza et al., 2021; Rouquette et al., 2018), and revealed a good fit for others (Bas-Sarmiento et al., 2020; Toor & Bibi, 2021). In any case, these values differ from those obtained in other cultural contexts (Pelikan, 2014). Finally, factor structure of the Health Context HLS-EU-Q16 fit in the Cameroonian context.

With regard to the Health-Information-Processing Competencies HLS-EU-Q16, the factor structure proposed by Pelikan (2014) is relevant for the Cameroonian context. It should be noted that this study is the first to empirically test this structure. Further studies are certainly required to further assess this structure, but this study already provides some arguments in favour of a double structure of the HLS-EU-Q16. The second structure, which is newly validated, has four dimensions corresponding to four skills: Access, Understand, Appraise, and Apply.

Access refers to the ability to seek, find, and obtain health information, while *Understand* refers to the ability to comprehend the health information that is accessed. *Appraise* describes the ability to interpret, filter, judge, and evaluate the health information that has been accessed, while *Apply* refers to the ability to communicate and

use the information to make a decision, to maintain and improve health (Sørensen et al., 2012, p. 9).

The incremental indices values of the HLS-EU-Q6 unlike those of the HLS-EU-Q16 do not give rise to any debate. They are very satisfactory and superior to those of the HLS-EU-Q16 in the Cameroonian context. Also, it is not true for those obtained in a French context where confirmatory factor analysis revealed that the HLS-UE-Q6 indices were rather poor compared to the HLS-EU-Q16 (Rouquette et al., 2018). In Ghana, the studies by Amaoh and colleagues (Amoah, 2018; Amoah et al., 2017) have shown that these two constructs are well applicable for the population. On the whole, the HLS-EU-Q6 shows the best factor structure among the three models tested in this study. This indicates that Health Literacy refers more to a general behavioural tendency and less to a set of skills in the Cameroonian culture. However, further research is required in this direction because an examination of the internal consistency makes it possible to express reservations about this assumption.

The reliability analysis showed that one-dimensional HLS-EU-Q16 model has a very good internal consistency. The multidimensional HLS-EU-Q16 models and the HLS-EU-Q6 model have an internal consistency varying between acceptable and average. The analysis of the correlation between Health Literacy and subjective well-being was significant, which indicates a good validity of the construct. These constructs have also been shown to be insensitive to sex, which is common for some studies in other contexts such as Germany and Israel (Ehmann et al., 2020; Levin-Zamir et al., 2016). However, in the literature, some studies have demonstrated that men have better levels of health literacy than women. In a review on the use of HLS-EU-Q16, Niedorys et al. (2020) argued that a low level of health literacy was common in African women due to poor economic situation of State, limited educational opportunities and a patriarchal social structure (Amoah et al., 2017). On the other hand, these constructs have shown a significant sensitivity with age and education as found by Bas-Sarmiento et al. (2020). The proportion of participants with sufficient HL increased as participants obtained more education (Levin-Zamir et al., 2016; Sørensen et al., 2015; Vandenbosch et al., 2016). Hence, these studies confirm the need to assess the health literacy level of population based on four dimensions Health-Information-Processing Competencies.

The various HLS-EU-Q models in the Cameroonian context certainly have good psychometric qualities, but the study has some limitations. We can first note the fact that the incremental indices NFI, TLI, and CFI gave limited values. Although these indices provide information on

the comparison of the models tested to reference models, they do not call into question values indicating a good fit obtained on the fundamental indices. It has also been observed that some internal consistency values are low, notably those of Appraising and Applying dimensions. This conflict is similar to that obtained by Pelikan et al. (2014). Our result can be explained by the fact that this study is the first to empirically assess this operationalization of Health Literacy. Further studies will have to re-examine the organization of this structure. Despite these limitations, the study has multiple interests. First, it opens up a new perspective for analysing health literacy of population based on educational dimensions: accessing, understanding, processing, and application information. Then, this study proposes a tool adapted to the local realities for researchers, educators, practitioners, and decision-makers of francophone Sub-Saharan Africa countries. Finally, this study contributes to better understand the context-specific variation including over the life course (Sørensen et al., 2012).

The results of this work have multiple theoretical and practical implications in various fields such as education, health, and planning. With respect to a theoretical aspect, this work contributes to test the robustness of the HLS-EU-Q and its application to the Cameroonian culture. Given that the competence of health literacy varies according to the context, the culture and the environment in which someone finds itself (Kickbusch et al., 2013), it was necessary to test the reliability of this tool in an African cultural environment like other researchers did in Asia and Latin America (Duong et al., 2019b; Mialhe et al., 2021). This study confirms that the HLS-EU-Q can be applied to an African country such as Cameroon. By adding the Cameroonian culture, this research contributes to enrich the theoretical framework of health literacy. It also confirms the robustness and the psychometric validity of the HLS-EU-Q and its ability to assess the health literacy of individuals from different cultures.

With regard to a practical and health education aspects, this study provides a useful tool to practitioners in order to assess the ability of individuals for seeking and accessing health information, to understand it, to criticize and apply it in relation with the educational priorities. Moreover, the health policy should use this tool and take into account the health literacy with the aims of improving its policy for the care of patients and specially to adjust the prevention of diseases and health promotion campaigns. Therefore, having an adapted Cameroonian version of the HLS-EU-Q will help to support research on health literacy for a general or clinical population and associated factors. Unlike the study by Rouquette et al. (2018) which did not make it possible to conclude on the psychometric validity of the HLS-EU-Q6, this study was able to establish its validity. Therefore, the HLS-Cam-Q6 can be used as a complementary tool

to assess the health literacy of Cameroonian citizens in studies where health literacy appears as a secondary factor as suggested by Pelikan (2014). The HLS-Cam-Q6 should therefore be associated with the various demographic and health surveys of the country (DHS) such as those that the National Institute of Statistics (INS) and ICF often conduct (INS & ICF, 2020). This is the case for the Cameroon Demographic and Health Survey (CDHS or EDSC-V), the HIV Impact Assessment Survey for the Populations of Cameroon (CAMPHIA) or the Demographic and Health Survey and with Multiple Indicators (EDS-MICS).

4.5 Conclusion

Health literacy has become the priority for health in the 21st century. Since 2013, the WHO consider it as the most important predictive tool for a person's health (Kickbusch et al., 2013). The short version of the HLS-EU-Q is one of the most widely used tools around the world to assess the health literacy of a population (Pelikan, 2014). However, this tool has not been validated for the populations of French-speaking African countries yet. Therefore, the objective of this work was: testing the psychometric validity of the HLS-EU-Q6 and the Health context HLS-EU-Q16 in the Cameroonian context (1), and testing for the first time the factor structure of the Health-Processing-Information competencies HLS-EU-Q16 (2). The HLS-Cam-Q16 and HLS-Cam-Q6 adapted as the Cameroonian short and short-short versions of the Health literacy survey questionnaire of the EU Consortium have been demonstrated to be valid tools for assessing the health literacy of the local population. They showed acceptable psychometric qualities, with a reasonable, clear, and comparable factor structure to the original model. These findings may be useful for health education interventions, in public health and in health promotion effective for enhancing health literacy skills of population and reducing social and health inequalities in different regions of this country. They can also and above all help politicians for designing education curricula that emphasize the different sub-areas of health literacy in order to improve the health conditions of the population and improve the prevention campaigns of disease and health promotion.

Chapitre 5 : Traduction et adaptation française d'un questionnaire composite d'évaluation des comportements de promotion de la santé pour adolescents et jeunes adultes (AHPB-27)

5.1 Introduction

Un style de vie sain inclut les comportements de protection de la santé et des comportements de promotion de la santé (Pender et al., 2011 ; Ping et al., 2018). Dans les décennies passées, les spécialistes de la santé publique ont accordé un intérêt particulier à ce concept de style de vie sain en arguant son importance pour la santé des individus et de la population (Nutbeam, 2000 ; Smith et al., 2014). L'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2004) affirme que près de 60 % du fardeau dû aux maladies dans le monde est lié au style de vie. Aujourd'hui encore, avec le contexte sanitaire mondial empreint de la pandémie de Covid-19, des maladies chroniques, notamment les maladies cardiovasculaires (MCV) et leurs comorbidités la planète vit une de ses pires crises sanitaires. La complexité de cette crise sanitaire mondiale a amené Horton (2020) à penser que nous ne sommes pas dans un contexte de pandémie, mais de syndémie. Dans un tel environnement, l'intérêt pour l'étude du style de vie et des comportements de santé devrait être au centre des préoccupations des politiques, des spécialistes en santé publique et en éducation à la santé (Adriouch, 2017 ; Minsanté, 2016a). Le comportement de santé est défini comme toute activité entreprise par une personne qui croit-il soi-même être sain, qu'il adopte dans le but de prévenir la maladie ou les détecter dans une étape asymptomatique (Kasl & Cobb, 1966). Ainsi défini, le comportement de santé invoque davantage les comportements de protection de la santé.

Pender et al. (2011, 2014) rapportent que les comportements de promotion de la santé associés aux comportements de protection de la santé, sont les deux composantes du style de vie. Les comportements de protection de la santé sont « *tout comportement adopté par une personne, au regard de sa perception ou de son statut sanitaire actuel, dans le but de protéger, promouvoir ou maintenir sa santé, que ce comportement soit oui ou non objectivement efficace pour cette fin* » (Harris & Guten, 1979, p. 18). Ainsi, l'adoption d'une alimentation équilibrée, la réduction de l'ingestion d'alcool ou l'arrêt de la consommation de tabac seraient des comportements de santé préventifs (Shankland & Lamboy, 2011). Les comportements de protection de la santé renseignent sur les facteurs de risques chez les individus (Chen et al., 2014). Pour Pender et al. (2011), le comportement de protection de la santé devrait être regardé

comme une expression des tendances stabilisatrices humaines et qui sont dirigées vers la diminution de la probabilité d'apparition d'une maladie chez les individus.

Très peu d'outils ont été élaborés pour évaluer les comportements de protection de la santé. Parmi eux, l'on peut citer, *The multidimensionality of health protective behaviors* (Questionnaire multidimensionnel de protection de la santé) (Westra, 1989), et plus récemment le *Health Protective behaviors Scale* ([HPBS], Ping et al., 2018). Dans leur article, Ping et ses collaborateurs rapportent que la plupart des instruments de mesure existants, qui ont tenté de d'évaluer les comportements de protection de la santé, l'ont soit fait en les intégrant dans l'évaluation du style de vie, soit, ils se sont tous accentués sur un aspect spécifique. Les outils ont ainsi été conçus pour évaluer « *la santé physique, psychologique, et bien d'autres aspects particuliers de santé ; mais aucun ne s'était centré sur les comportements protecteurs de la santé* » (Ping et al., 2018, p. 2). Or, les comportements de protection de la santé ne se limitent pas à un facteur. Selon l'OMS, ils se recrutent dans quatre domaines que sont : l'environnement, le comportement et style de vie, les facteurs génétiques et les soins médico-sanitaires (OMS, 2007). Alors que pour Irvine et al. (2006), les comportements de protection de la santé se regroupent en huit domaines clés, à savoir : la sécurité, la sécurité sociale, l'éducation, la sécurité alimentaire, le revenu, l'environnement écologique, les ressources durables et la justice sociale. Si l'intérêt pour l'évaluation des comportements de protection de la santé n'est encore qu'à ses débuts, ce n'est pas le cas de la promotion de la santé.

Depuis la charte d'Ottawa (OMS, 1986), et même un peu plus tôt avec le rapport Lalonde (1974) au Canada, la PS a toujours eu un intérêt pour le politique. La PS est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé afin de l'améliorer (Chen et al., 2014 ; OMS, 1986). C'est au vu de l'intérêt de la PS pour le développement de *l'empowerment* des individus qu'elle a été progressivement étendue pour inclure désormais, en plus des individus, les familles et les communautés (Walker et al., 1987). Dès lors, les actions de PS concernent dorénavant, les individus qui doivent décider de s'engager pour leur santé, mais aussi celles de leurs familles qui doivent adopter définitivement les pratiques familiales essentielles afin de réduire la morbi-mortalité des populations (Minsanté, 2016a).

La PS « *prévient les maladies, améliore le bien-être, et crée les comportements sains à tous les stades de la vie* » (Teng et al., 2010, p. 1865). Par conséquent, ils sont devenus l'un des plus grands défis du 21^e siècle (OMS, 2009a) et en particulier parmi les adolescents dans l'optique

d'augmenter leur bien-être et atteindre leur actualisation de soi et leur accomplissement (Chang, 2010). L'adolescence est présentée comme une notion complexe à circonscrire. Elle est très souvent considérée comme une période de grandes modifications physiologiques et psychologiques ; tantôt abordée en fonction de l'âge, comme un moment de transition d'un état à un autre, tantôt abordée comme une période de construction de l'autonomie (Boyer & Guénard, 2014). L'adolescence est une période caractérisée par de nombreux ajustements à différentes tâches et changements développementaux majeurs qui sollicitent une adaptation importante de l'individu et des personnes de son entourage (Jiménez et al., 2007). Elle est aussi une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte caractérisée par la construction de l'identité personnelle. Selon Paré Kaboré et Nabaloum Bakyono (2014, p. 58), l'adolescence est un « *stade de développement se situant entre l'enfance et l'âge adulte (entre 10/11 ans aux environs de 18-20 ans) caractérisé par des changements physiques, psychologiques et sociaux importants* ». Cependant, nous reconnaissons avec Le Bigot et al. (2004) que « *l'adolescence aujourd'hui prend du temps – beaucoup – et dure longtemps : elle commence plus tôt et se termine plus tard : elle naît à onze ans pour prendre fin à 23/25 ans* » (p. 12).

Plusieurs raisons justifient que les comportements de promotion de la santé soient étudiés chez les adolescents. D'abord, les travaux ont montré que les expériences vécues lors de l'enfance et à l'adolescence ont des répercussions sur l'état de santé à l'âge adulte (Menahem, 2004 ; Pender et al., 2011). L'enfance tout comme l'adolescence seraient alors toutes deux, des étapes préparatoires et renseigneraient sur la façon dont les personnes vivront à l'âge adulte. À ce titre, Hendricks et al. (2006) rapportent que l'adoption des bons comportements de promotion de la santé à l'âge adulte, dépend du style de vie adopté très tôt pendant les premières phases de développement. Ainsi, les enfants et les adolescents obèses par exemple, ont plus de risque de le rester pendant l'âge adulte. Ensuite, le fait que l'adolescence soit une période de la transition dynamique qui lie l'enfance à l'âge adulte (Chen et al., 2014). Selon Pender et al. (2011), en raison du fait que dans toutes les nations du monde, la majorité des enfants et des adolescents sont enrôlés dans les cycles élémentaires et secondaires ; ces structures doivent jouer un rôle primordial auprès de ceux-ci avant que l'acquisition de certaines habitudes ne devient définitive. Leurs actions passeraient par le développement des « Cinq Cs » - compétence, confiance, caractère, connexion, et compassion – qui sont des attributs clés de développement d'une jeunesse positive. Ainsi, les programmes qui se concentrent pour développer ces attributs aident les enfants et les adolescents à devenir des adultes sains et productifs (Pender et al., 2011). Enfin, la fragilité de l'adolescence. L'idée partagée selon laquelle l'adolescence serait

une période de bonne santé pour les individus est certes vraie, mais a des limites. Car, les modèles comportementaux des adolescents peuvent rapidement changer et les problèmes de santé associés peuvent inclure des prises irrégulières de repas et de sommeil, l'inactivité, des mauvaises habitudes alimentaires et l'usage du tabac, d'alcool ; les problèmes de la santé reproductive, la consommation illicite de la drogue, les accidents de la route, les homicides et les agressions violentes, les grossesses indésirées, les maladies chroniques et le suicide (OMS, 2014d). Bref, bien qu'on ait démontré que l'adolescence est une période de vivacité, de vigourocité, il ne faut pas pour autant tenir leur résilience pour acquise et des efforts doivent être déployés pour continuer d'assurer leur croissance et leur développement postérieur (Saboga-Nunes et al., 2020) pour assurer à la personne de vivre le plus longtemps possible et vieillir en bonne santé. C'est pour atteindre cette fin que des chercheurs s'attèlent à étudier les déterminants de la santé.

La majorité des facteurs de risque des principales maladies transmissibles et non transmissibles est évitable à travers l'adoption des comportements et attitudes favorables à la santé. Parmi ces facteurs, on distingue la consommation abusive d'alcool, le tabagisme, le manque d'activité physique et la sédentarité, les risques alimentaires, la malnutrition (sous-nutrition et surnutrition notamment l'obésité), le déficit en micronutriment notamment le fer, les risques professionnels (Greenman et al., 2009 ; Li & Siegrist, 2012 ; Minsanté, 2016a). La consommation de l'alcool et du tabac représente un grand challenge de santé publique, et surtout parmi les adolescents (Rojas-Barahona et al., 2017).

La sédentarité ou le manque d'exercice physique est le quatrième facteur de risque de décès dans le monde. Dans la région africaine, la prévalence de la sédentarité chez les adolescents a atteint un niveau plutôt alarmant. Si chez les adultes ce taux est de 22,1 %, il est de 85,4 % chez les adolescents (OMS, 2020). Cette situation est en partie liée aux activités que pratiquent ces adolescents comme passer du temps à visionner ou à jouer aux jeux vidéo. Pour Bissa (1995), les adolescents camerounais, tous milieux confondus, sont de gros consommateurs de la radio et de la télévision. Ils ne seraient pas alors bien informés du danger lié à la sédentarité. Ils ignoreraient peut-être qu'une heure passée à regarder la télévision ou à lire augmenterait les risques de développer un syndrome métabolique (Menai et al., 2016). L'alimentation est un autre déterminant des maladies non-transmissibles dont le contrôle dépend largement des individus. Les bienfaits d'une alimentation saine sont avérés pour la santé en général et la santé cardiovasculaire en particulier (OMS, 2013a). Sur le plan mondial, si l'on se réfère aux tendances récentes de la faim et de l'insécurité alimentaire, on relèverait qu'après des décennies

de baisse constante, la tendance de la faim dans le monde a repris en 2015 et est restée pratiquement inchangée durant les trois années suivantes, à un niveau légèrement inférieur à 11 %. Dans le même temps, le nombre de personnes souffrant de la faim s'est lentement accru.

L'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), le Fonds international de développement agricole (FIDA), l'OMS, le Programme alimentaire mondial (PAM) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) ont conjointement produit un rapport sur l'état de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans le monde en 2019. Selon ce rapport, plus de 820 millions de personnes dans le monde souffrent toujours de la faim aujourd'hui. Ceci souligne l'immensité du défi à relever si l'on veut atteindre les cibles Faim zéro d'ici à 2030 (FAO et al., 2019). Au Cameroun, 10 à 20 % des adolescentes présentent des problèmes de malnutrition avec des tendances similaires mais moindre que chez les adultes (Minsanté & UNICEF, 2008). La mauvaise alimentation, associée à la sédentarité est liée à l'obésité en général et notamment chez les adolescents qui sont à 85 % sédentaires. L'OMS rapporte que quelle que soit la région, la prévalence de l'excès pondéral augmente dans toutes les tranches d'âge, à un rythme particulièrement soutenu chez les adultes et les enfants d'âge scolaire, y compris les adolescents (FAO et al., 2019).

La promotion de l'activité physique, d'une alimentation saine et d'un mode de vie sain et actif est au premier plan des stratégies de prévention du surpoids, de l'obésité et des maladies métaboliques associées dès le plus jeune âge (Andersen et al., 2006 ; Lambourne & Donnelly, 2011) ; favorisant l'épanouissement familial et psychologique (Donnelly et al., 2016), améliorant les aptitudes et capacités motrices et cognitives (Burgi et al., 2011), tout en promouvant la réussite scolaire et l'intégration sociale (Donnelly et al., 2016 ; Lambourne & Donnelly, 2011). C'est pourquoi il est nécessaire d'évaluer les comportements de promotion de la santé au sein de la population en général et spécialement au sein de la tranche des adolescents et jeunes qui constituent le fer de lance de la nation camerounaise et son avenir (Minsanté, 2014). Ceci bénéficierait de l'élaboration et de l'évaluation des outils de mesure des comportements de la santé qui soient valides sur le plan psychométrique.

Durant les deux dernières décennies, un nombre important d'outils d'évaluation des comportements de santé ont été élaborés. Ils ont été, pour un grand nombre, développés dans le but d'évaluer les comportements de santé dans leur globalité ou le style de vie (Bandari et al., 2020 ; Hampson et al., 2019 ; Taymoori et al., 2012 ; Teng et al., 2010 ; Walker et al., 1987). D'autres, un petit nombre, ont été développés pour l'évaluation des comportements de

protection de la santé (Harris & Guten, 1979 ; Ping et al., 2018 ; Westra, 1989), une bonne franche évalue les comportements de promotion de la santé (Chen et al., 2003, 2006, 2014 ; Chen, M.-L. et al., 2017 ; Hendricks et al., 2006 ; Gaete et al., 2019 ; Wang et al., 2015). Les questionnaires d'évaluation des comportements de promotion de la santé ont été élaborés pour toutes les catégories sociales dont les enfants (Chen et al., 2015), les adultes (Wang et al., 2015) et les adolescents (Chen et al., 2003, 2006, 2014). Chen et ses collaborateurs passent ainsi pour être les auteurs qui se sont le plus consacrés pour le développement des outils d'évaluation des comportements de promotion de la santé chez les adolescents. Au début des années 2000, ils ont développé et validé un questionnaire de 40 items pour l'évaluation des comportements de Promotion de la Santé pour Adolescente (AHP-40) en Taiwan (Chen et al., 2003, 2006). L'AHP-40 évaluait six domaines de santé à savoir : les comportements alimentaires, le soutien social, l'appréciation de la vie, la responsabilité en santé, la gestion du stress, et la pratique de l'exercice physique. Quinze ans environ après, cet outil était utilisé dans près de 15 pays et traduit dans cinq langues (Chen et al., 2014). Aussi, ce questionnaire avait-il été utilisé par plus de 212 chercheurs dans les champs professionnels de la nutrition, de la santé scolaire, de la pédiatrie clinique, de la santé dentaire et de la santé mentale. Le questionnaire élaboré par Chen et al. (2003) souffre cependant de certaines limites quant à son application en contexte africain (Borsa et al., 2012 ; Caron, 1999 ; Gana et al., 2021). Chen et al. (2014) ont relevé deux limites majeures (durée d'administration et de la redondance de certains items à l'issue des analyses factorielles exploratoires) de l'AHP-40 dans l'évaluation des comportements de promotion de la santé et sur la base de ces limites, la version abrégée de l'AHP-40, l'AHP-SF a été développée. Malgré cette évolution, l'AHP-40 tout comme l'AHP-SF, souffrent de certaines limites, quant à son application en contexte francophone africain (Borsa et al., 2012 ; Caron, 1999 ; Gana et al., 2021). La première réside dans la langue des deux questionnaires et la deuxième dans les dimensions évaluées. En effet, les versions françaises de ces outils ne sont pas toujours disponibles, vingt ans après ; tout comme ils ne permettent toujours pas d'évaluer deux dimensions importantes des comportements de promotion de la santé à savoir : la santé spirituelle et la santé mentale.

Alors que l'OMS a reconnu depuis 2005 dans la charte de Bangkok que la promotion de la santé recouvre aussi bien le bien-être mental que spirituel (OMS, 2005), très peu d'outils prennent en compte toutes ces dimensions. Bien plus, selon le modèle de la promotion de la santé (Pender et al., 1982, 2011) qui a servi de base à la construction de plusieurs échelles de mesure des comportements de promotion de la santé, l'évaluation que l'on accorde à un individu dans le

contexte de promotion de la santé va au-delà de l'évaluation physique pour inclure au moins huit éléments dont : « *les modèles théoriques de santé, l'activité physique, la nutrition, le stress de la vie, la santé spirituelle, le système de soutien social, les croyances en santé et le style de vie* » (Pender et al., 2011, p. 94). La prise en compte de la dimension santé spirituelle dans les questionnaires de promotion de la santé se trouve ainsi justifiée.

La spiritualité répond au besoin de donner sens aux événements de la vie et se caractérise par la relation à soi, aux autres, à l'univers (Desmedt & Shaha, 2013). La spiritualité est cet espace de soi secret où chacun construit le sens de sa vie, en s'interrogeant sur la présence au monde et une transcendance possible. Elle n'est donc pas liée à un ordre religieux et constitue le ciment de l'identité de l'individu. Car, la transmission des valeurs spirituelles est l'idéal de toute éducation (Bwalwel, 1998 ; Kamara, 2007). L'éducation spirituelle a un avantage certain pour la santé en général et pour toutes les tranches d'âge. Elle peut contribuer à la santé mentale adolescente dans les cadres scolaires (Estrada et al., 2019 ; Michaelson et al., 2016, 2021). La santé spirituelle évalue alors si l'adolescent a des croyances religieuses, ou alors s'il pratique de la méditation (Gaete et al., 2020). Cette dimension est prise en compte par de nombreux questionnaires destinés à mesurer les comportements de santé en général (Gaete et al., 2020). L'évaluation des comportements de promotion de la santé spirituelle des adolescents est davantage importante d'autant plus qu'il a été montré dans le contexte africain qu'il existe une corrélation entre ces comportements et le style de vie des adolescents (Jacobs et al., 2012). Bien plus, selon Paré Kaboré et Nabaloum Bakyono (2014, p. 114), « *le contexte africain se caractérise par l'importance du spirituel dans la vie du quotidien des peuples* ».

Bien qu'aucun modèle théorique ne prenne en compte l'ensemble des dimensions de la promotion de la santé, plusieurs auteurs soulignent la nécessité de prendre en compte la dimension santé mentale dans l'évaluation des comportements de promotion de la santé (Bandari et al., 2020 ; OMS, 2005). La santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de la communauté (OMS, 2018c). Vue sous cet angle positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement de la communauté. Toutefois, l'AHP-40 et l'AHP-SF ne permettent pas d'évaluer la santé mentale des adolescents. Ils paraissent alors incomplets pour le contexte africain où il est reconnu que la santé mentale de jeunes représente un lourd fardeau²¹ pour le système de santé (Brits, 2021).

²¹ Le lourd fardeau de la santé mentale des jeunes en Afrique. Blog santé (Elsabe Brits, 2021)

Une étude récente a révélé une forte incidence des troubles mentaux et des symptômes de santé mentale chez les adolescents de 16 pays de l'Afrique subsaharienne, avec une charge plus importante que dans les pays à revenu élevé (Jörns-Presentati et al., 2021). Jörns-Presentati et ses collègues estiment que 10 à 20 % des enfants et adolescents dans le monde connaissent des problèmes de santé mentale. Cependant, en se focalisant sur le cas de l'Afrique subsaharienne, ils indiquent qu'un adolescent sur sept est confronté à des difficultés psychologiques et près de 10 % d'entre eux répondent aux critères psychiatriques (Jörns-Presentati et al., 2021). Il semble alors nécessaire que l'évaluation des comportements de promotion de la santé chez les jeunes et les adolescents tienne compte de la santé mentale et que les interventions soient menées dans des écoles, les cliniques et les communautés. Ceci paraît davantage fondamental que nous savons qu'environ 50 % des troubles mentaux se manifestent avant l'âge de 14 ans et 75 % avant l'âge de 25 ans (Brits, 2021).

Sur la base de ces manquements, en plus du fait qu'il manque une version française adaptée de ces outils pour la population africaine et camerounaise, nous avons entrepris l'élaboration d'un questionnaire composite d'évaluation des comportements de promotion de la santé pour les adolescents et jeunes adultes camerounais. Ce questionnaire est fondé sur les six dimensions de l'AHP-40 que sont la nutrition, le soutien social, la responsabilité en santé, la pratique de l'activité physique, l'appréciation de la vie et la gestion du stress (Chen et al., 2000, 2006, 2014) et la dimension santé spirituelle de Gaete et al. (2019), mais aussi de la dimension santé mentale de Bandari et al. (2020). Cette étude s'inscrit ainsi en droite ligne avec la pensée de Teng et al. (2010) qui pensent qu'il faut des outils psychométriques valides à toutes les cultures pour évaluer des interventions innovatrices qui encouragent l'adoption des comportements sains.

L'objectif général de cette étude est de faire une adaptation d'une échelle composite d'évaluation des comportements de promotion de la santé pour adolescents et jeunes adultes en langue française. Compte tenu des dimensions initiales retenues et des contingences contextuelles, nous formulons hypothèse qu'une structure factorielle à huit dimensions va s'ajuster de façon harmonieuse à nos données (Hypothèse 1). Par ailleurs, nous nous attendons que le nouvel outil développé présente une validité de construit ainsi qu'une consistance interne acceptable (Hypothèse 2). Enfin, nous attendons qu'une nouvelle répartition des items à l'intérieur des dimensions, différente de celle des outils initiaux se dégage des données du fait des influences contextuelles (Hypothèse 3).

5.2 Méthodologie

Dans la présente étude, la section méthodologie rend compte de l'ensemble des opérations des terrain et d'analyse de données. Elle est constituée de cinq articulations : le type d'étude et les participants, les instruments de collecte de données, la procédure de traduction et de validation du nouvel outil, la collecte de données proprement dite et les considérations éthiques et les techniques d'analyse statistique des données.

5.2.1 Type d'étude et participants

Cette étude a adopté une approche méthodologique quantitative et descriptive. Les participants ont été sélectionnés selon un double processus d'échantillonnage probabiliste. En effet, un échantillonnage aléatoire stratifié et un échantillon en grappes, toutes deux fondées sur la méthode d'échantillonnage dite « aléatoire simple » ont été appliquées successivement pour le choix l'échantillon (Ajar et al., 1983). Dans un premier temps, un échantillonnage aléatoire stratifié a été opéré pour choisir les établissements d'enseignement secondaire dans lesquels, les données devaient être collectées, selon quatre catégories ou strates : établissements secondaires d'enseignement général public ; établissements secondaires d'enseignement général privé laïc ; établissements secondaires d'enseignement général privé confessionnel et établissements d'enseignement secondaire technique. Dans un deuxième temps, un échantillonnage par grappe a permis de choisir l'échantillon (Ajar et al., 1983). Il s'agit d'une technique dont l'unité échantillonnale est un ensemble comprenant plus d'un élément de la population au lieu d'un seul, comme dans les autres méthodes. Cette technique est en fait un échantillonnage aléatoire simple où l'unité d'échantillonnage est définie par un groupe d'éléments (Ajar et al., 1983). En effet, dans chaque établissement retenu lors premier processus, trois classes ou grappes (seconde, première et terminale) étaient ciblées pour leur fort potentiel à avoir les apprenants âgés de 15 ans et plus. Dans chacune de ces classes, tous les apprenants étaient invités à participer à l'étude, à conditions de remplir les critères d'inclusion. Les critères d'inclusion étaient les suivantes : 1) être âgé entre 15 et 25 ans ; 2) être capable de lire et d'écrire en français ; 3) être de nationalité camerounaise ; et 4) accepter de signer le formulaire de consentement éclairé (pour les participants de 18 ans et plus) ou de faire signer par les parents ou tuteurs (pour les moins de 18 ans). Les critères d'exclusion étaient : 1) la présence d'une maladie chronique confirmée par un médecin assermenté et pour laquelle on suit un protocole thérapeutique et ; 2) l'incapacité de compléter les questionnaires pour des

raisons personnelles ou pour cause de langue (ne pas être apte à lire et comprendre la langue française).

Ce processus a permis de recruter 343 participants, dont 231(67.3 %) filles et 112(32.7 %) garçons. La limitation de la taille de l'échantillon à 343 a été faite sur la base des exigences pour réaliser une analyse factorielle (Ferguson & Cox, 1993 ; Gana et al., 2021 ; Worthington & Whittaker, 2006). Selon Dancey et Reidy (2004/2007), il serait judicieux d'avoir tout au moins cinq fois plus de participants que de variables. Suivant cette norme, il serait approprié pour nos analyses de recruter au moins 255 sujets (5×51 items). L'âge des participants variait entre 15 et 23 ans avec un intervalle de confiance à 95 % de [17.40 – 17.77], une moyenne de 17.59 et un écart-type de 1.75. Au total, 193(56,3 %) participants fréquentaient les lycées d'enseignement général public, 106(30.9 %) les établissements d'enseignement public technique et 44(12.8 %) les établissements secondaires d'enseignements général privé laïc. L'absence des données statistiques sur les participants des établissements d'enseignement secondaire privé confessionnel est due au refus des responsables de ces établissements à nous ouvrir leurs portes. Malgré nos multiples tentatives, nos efforts sont restés sans suite. Dans l'ensemble, 21(6.1 %) fréquentaient la classe de seconde, 183(53.4 %) la classe de première et 139(40.5 %) la classe de terminale.

La taille de l'échantillon a été déterminée sur la base des exigences pour réaliser une analyse factorielle. Quelques auteurs (Ferguson & Cox, 1993) suggèrent que 100 participants sont le nombre absolu minimum pour entreprendre l'analyse factorielle. D'autres suggéreraient que la taille d'échantillon adéquate pour une Analyse factorielle confirmatoire (CFA) à considérer devrait être supérieure à 200 (Shah & Goldstein, 2006). Bien que certains auteurs considèrent qu'à partir de 300 répondants, l'échantillon est suffisant pour ces analyses (Gana et al., 2021 ; Worthington & Whittaker, 2006), il convient de souligner que plus l'échantillon est large plus les résultats en seront robustes et stables (Gana et al., 2021). Enfin, une méthode empirique qui recommande d'avoir tout au moins cinq fois plus de participants que de Variable (Dancey & Reidy, 2004/2007). Par conséquent, il était nécessaire pour les analyses de recruter au moins 255 adolescents et jeunes adultes (5×51 items). Ainsi, 343 participants ont pris part à l'étude. Ils étaient âgés entre 15 et 23 ans, avec comme âge moyen et écart-type respectifs de 17,6 et 1,76.

5.2.2 Instruments

Trois questionnaires préexistants sont à la base du nouvel outil que nous proposons dans cet article. Il s'agit de l'AHP-40 (Chen et al., 2003), comme instrument principal, de la dimension santé spirituelle de l'*Adolescent Lifestyle Profile-Revised 2* ([ALP-R2], Gaete et al., 2019) et de la dimension santé mentale du *Healthy lifestyle questionnaire for elderly* ([HEAL], Bandari et al., 2020). Ceux-ci sont présentés dans cette section. En plus, un autre outil, utilisé pour évaluer la validité de construit de type convergente du nouvel outil est présenté. Il s'agit du *Health behavior checklist* ([HBC], Hampson et al., 2019) et du *Health Protective Behavior Scale* ([HPBS], Ping et al., 2018). Leur choix est sous-tendu par l'importance des comportements de promotion de la santé pour la qualité de vie en général mais aussi du fait de son lien avec les comportements de protection de la santé.

5.2.2.1 L'Adolescent Health Promotion (AHP-40)

La version originale de l'AHP-40 est un questionnaire auto-administré de 40 items que l'on répond en se positionnant sur une échelle de type Likert à 5 points allant de 1 (jamais) à 5 (toujours) (Chen et al., 2003). Ce questionnaire qui fait office de pionnier dans le domaine, a le mérite d'être construit sur la base d'un modèle théorique : le modèle conceptuel de la promotion de la santé de Pender (Pender & Barkauskas, 1992). Ce modèle décrit la promotion de la santé comme une tendance actualisée dirigée vers le maintien ou l'accroissement du bien-être, l'accomplissement personnel et l'actualisation de soi (Pender et al., 2011). Laquelle perspective a récemment été étendue pour inclure les facteurs contextuels ou socio-écologiques qui influent sur la promotion de la santé (Bandari et al., 2020 ; Pender et al., 2011).

Depuis la construction de l'AHP-40, il n'a pas été traduit en français, même si sa version courte à 27 items a été élaborée (*Adolescents Health Promotion Scale Short-Form version* [AHP-SF], Chen et al., 2014). Les résultats initiaux du AHP-40 ont révélé une valeur l'indice KMO de .942, avec une significativité de l'indice de sphéricité de Bartlett de $p = .000$ (Chen et al., 2003). Ceci indiquait que les échantillons remplissaient les conditions pour réaliser une analyse factorielle (Hair et al., 1998). L'analyse en composante principale, effectuée en utilisant la rotation Varimax avec Normalisation Kaiser avait permis de retenir six facteurs : nutrition, soutien social, appréciation de la vie, responsabilité en santé, gestion du stress et exercice physique. L'alpha Cronbach a été calculé comme une mesure de consistance interne pour cet instrument de 40 items. Le résultat pour l'ensemble du questionnaire était .932 alors que la valeur de l'alpha de Cronbach pour les six dimensions variait entre .748 et .878. Soit .755 pour

les comportements alimentaires, .836 pour le soutien social, .878 pour l'appréciation de la vie, .789 pour la responsabilité en santé, .770 pour la gestion du stress et .748 pour la pratique de l'exercice physique (Chen et al., 2003).

5.2.2.2 Des dimensions supplémentaires : santé spirituelle et santé mentale

❖ La santé spirituelle

Aux six dimensions de l'AHP de Chen et al. (2003, 2014), la dimension santé spirituelle a été ajoutée. Cette dimension est issue de l'*Adolescent Lifestyle Profile-Revised 2* ([ALP-R2], Gaete et al., 2019) ; une validation de l'*Adolescent Lifestyle Profile* de Hendricks et al. (2006), auprès de 572 adolescents chiliens. La validité de l'ALP-R2 a été testée à l'aide d'une analyse factorielle de confirmation (CFA), avec des moindres carrés non pondérés à l'aide d'une matrice de corrélation polychorique. L'ALP-R2 avait des indicateurs d'ajustement adéquats dans AFC. La cohérence interne pour l'échelle totale était de .87 ; et parmi les sous-échelles, l'activité physique et la santé spirituelle avaient les plus grandes fiabilités, soit respectivement .85 et .78. Quatre des sept sous-dimensions avaient des valeurs d'alpha de Cronbach inférieures à .65 : gestion du stress .49, nutrition .55, relations interpersonnelles .61 et perspective de vie positive .64. La dimension santé spirituelle retenue pour cette étude, elle était constituée de six items (Hendricks et al., 2006 ; Gaete et al., 2019). La dimension santé spirituelle a été ajoutée en lien avec les travaux de Pender et al. (2011) qui divisaient les comportements de promotion de la santé en six dimensions incluant la santé spirituelle.

❖ La santé mentale

La santé mentale, l'autre dimension retenue dans cette étude est issue du *Healthy lifestyle questionnaire for elderly* ([HEAL], Bandari et al., 2019), un instrument de mesure du style de vie. Dans cet outil permettant de déterminer les comportements d'un style de vie sain, cette variable est dénommée santé mentale, sommeil et repos. Les items du HEAL permettent alors de mesurer les attitudes qui permettent de rester productifs dans la vie, la qualité du sommeil et la gestion du temps libre. Les résultats initiaux du HEAL ont révélé une valeur de l'indice KMO de .85, avec une significativité de l'indice de sphéricité de Bartlett de $p < .0001$. Les facteurs latents ont été extraits à l'aide de l'estimation du maximum de vraisemblance et de la rotation varimax. Sur la base des résultats obtenus à partir de l'analyse factorielle, le questionnaire final est constitué de 35 items regroupés en huit facteurs et expliquant 57,1 % de la variance observée. Les coefficients alpha de Cronbach variaient de .70 à .97 ; bien au-dessus du seuil acceptable pour les différentes dimensions et de .89 pour l'ensemble de l'échelle. La dimension santé mentale, retenue dans cette réflexion a une consistance interne de .73 et est constituée de cinq items. La dimension santé mentale a été retenue dans cette réflexion du fait des travaux de

Jörns-Presentati et al. (2021) qui ont montré que la santé mentale représente un véritable problème de santé publique pour les adolescents africains.

Les réponses aux items des deux questionnaires se donnaient sur la base d'une échelle de type Likert à cinq points, identique à celle de l'AHP-40.

5.2.2.3 Questionnaire final

L'outil final avant validation avait 51 items. Chaque déclaration représente un comportement sain, et les adolescents sont invités à renseigner à quelle fréquence ils exécutent chaque comportement, en utilisant une échelle de type Likert à 5-points avec 1 = *Jamais*, 2 = *Rarement*, 3 = *Parfois*, 4 = *Habituellement* et 5 = *Toujours*. Il est par ailleurs réparti dans 8 sous-échelles qui évaluent les domaines suivants : la nutrition (évalue les habitudes nutritionnelles) ; le soutien social (évalue la sensation subjective d'attachement, acceptation, être aimé, et s'ils reçoivent l'aide quand le besoin se fait sentir) ; la responsabilité en santé (évalue si les adolescents prennent soin de leur santé) ; l'appréciation de la vie (évalue si l'adolescent a une perspective positive sur le présent et le futur en termes de buts et d'attentes) ; l'exercice ou activité physique (évalue si les adolescents pratiquent les activités physiques ou s'ils participent du sport) ; la gestion du stress (évalue les attitudes et les comportements personnels qui aident à réduire l'inquiétude) ; la santé spirituelle (évalue si l'adolescent a des croyances religieuses, et/ou s'il pratique de la méditation) ; et la santé mentale (évalue si l'adolescent a des attitudes qui aident à se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de la communauté).

5.2.2.4 Health behavior checklist ([HBC], Hampson et al., 2019)

La liste de contrôle multidimensionnelle du comportement de santé est un questionnaire à 40 items initialement développé par Vickers et al. (1990) pour évaluer les comportements de maintien du bien-être. La nouvelle version dite de bonnes pratiques de santé à 16 items (Hampson et al., 2019). Contrairement à celui de Vickers et al. (1990) qui mesure quatre facteurs (Comportement de bien-être, Contrôle des accidents, Prise de risque routier et Consommation des substances psychoactives), le HBC de Hampson et al. (2019) mesure trois dimensions à savoir : Bonnes pratiques de santé, évitement des risques et autres problèmes de santé. Comme dans la version originale, tous les items sont à la première personne, et les participants répondent en évaluant à quel point chaque item est typique pour eux sur une échelle de 5 points allant de 1 = *pas du tout moi* à 5 = *tout à fait moi*. Ce construit multidimensionnel

est très souvent utilisée lorsque des mesures plus objectives ou plus longues ne sont pas réalisables. Ce fut le cas pour notre étude dont l'outil final était constitué de 51 items auxquels il faut ajouter les informations sociodémographiques. Le HBC sera employé à l'étape 8 de la démarche d'adaptation de Gana et al. (2021) que nous avons retenu dans ce travail, pour vérifier la validité de construit de type convergente du nouvel outil.

5.2.2.5 Health Protective Behavior Scale ([HPBS], Ping et al., 2018)

Le questionnaire d'évaluation des comportements de protection de la santé (HPBS) a été développé par Ping et al. (2018) pour faire face à l'absence d'outils de mesure de cette dimension de du style de vie. La conception du HPBS s'est via un double processus. D'abord, un premier ensemble d'items portant sur les comportements de protection de la santé été généré sur la base de la littérature et et sur la base d'une enquête via une question ouverte administrée en ligne. Ensuite, un groupe d'experts a examiné ce groupe d'éléments initial à l'aide d'un indice de validité du contenu au niveau de chaque élément (Ping et al., 2018). À l'issue de ce processus, des essais pilotes ont été effectués avec ce premier ensemble d'items. Le degré de variation, le taux de réponse, le coefficient de corrélation item-total et la charge factorielle dans l'analyse factorielle et l'analyse descriptive des items ont été utilisés pour filtrer les items à l'aide des données des essais pilotes. 454 sujets ont été recrutés pour évaluer les propriétés psychométriques du HPBS. Les analyses comprenaient la cohérence interne, la fiabilité test-retest, l'analyse factorielle, l'analyse parallèle, l'analyse des corrélations et l'analyse de la validité des critères (Ping et al., 2018).

Le HPBS est un questionnaire de 32 items et cinq dimensions : soutien interpersonnel, comportement general; connaissance de soi, comportement alimentaire et prise en charge (Ping et al., 2018). Les valeurs du coefficient alpha de Cronbach et de la validité test-retest étaient respectivement de .89 et .89. Les valeurs du coefficient alpha cronbach des cinq dimensions variaient de .64 à .88 alors que les coefficients de corrélation des cinq dimensions variaient entre .28 et .55 (Ping et al., 2018). Bien l'analyse facotielle confirmatoire n'a pas été faite dans le processus de développement du HPBS, ce questionnaire a montré de bien meilleures qualités psychométriques plaidant en sa faveur pour l'évaluation des comportements de protection de la santé et de l'évaluation des changements de comportements en mati-ère de santé chez les adultes (Ping et al., 2018).

5.2.3 Procédure de traduction et de validation

Depuis de nombreuses années, plusieurs chercheurs dans le domaine proposent différentes procédures de traduction et de validation de questionnaires (American Educational Research Association [AERA], American Psychological Association [APA], & National Council on Measurement in Education [NCME], 2014 ; Beaton et al., 2000 ; Borsa et al., 2012 ; Caron, 1999 ; Gana & Boudouda, 2021 ; International Test Commission [AERA], 2005, 2017). Pour une liste plus large, voir la synthèse qu'en fait Sabourin dans son travail (Sabourin, 2018). En 1970, Brislin introduit les premières stratégies de traduction utilisées par de nombreux chercheurs actuellement, soit la traduction inversée, l'évaluation de bilinguisme des individus impliqués dans les traductions, l'approche de type comité ainsi que les procédures du prétest (Sabourin, 2018). Par ailleurs, la variété de procédures et les nombreuses étapes que proposent différents auteurs, révèlent que, la traduction et la validation de questionnaires requièrent beaucoup de temps et s'avèrent requérir des tâches minutieuses (Gana et al., 2021 ; Vallerand, 1989). C'est aussi un processus impliquant de nombreuses personnes autres que les auteurs de l'étude. Par conséquent, traduire et valider des instruments de mesure demande une rigueur méthodologique ainsi qu'une éthique de travail hors pair (Sabourin, 2018). C'est pour ces raisons qu'il est essentiel de suivre une approche systématique composée d'une série d'étapes spécifiques afin de diminuer les biais méthodologiques. Selon Vallerand (1989), ces étapes se présentent comme suit : (1) la préparation de versions préliminaires, (2) l'évaluation des versions préliminaires et la préparation d'une version expérimentale, (3) le prétest de la version expérimentale, (4) l'évaluation de la validité concomitante et de contenu, (5) l'analyse de la fidélité, (6) l'évaluation de la validité de construit et (7) l'établissement des normes. Pour lui, à chacune de ces étapes, les chercheurs effectuant les traductions doivent évaluer la qualité du questionnaire et s'assurer que celui-ci est prêt à passer à la phase suivante. Si ce n'est pas le cas, il est recommandé de réévaluer le questionnaire en question (Vallerand, 1989). Quelques années plus tard, Beaton et al. (2000), vont proposer un schéma plus allégé et tout aussi efficace que celles de Vallerand (1989).

De 2002 à nos jours, la revue *Pratiques Psychologiques*, une revue de la Société française de psychologie (SFP) a publié quatre numéros « spéciaux » destinés à la diffusion des recommandations, normes et autres lignes directrices internationales fixant les « bonnes pratiques » en psychologie (Gana & Boudouda, 2021). Soit exactement en 2002, 2009, 2019 et 2021. Dans ce dernier Numéro Spécial, la part belle est dédiée aux versions françaises de deux

documents conçus par la Commission Internationale des Tests (International Test Commission [ITC]) :

- ✚ L'ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests (Second Edition, 2017) : « *Recommandations de l'ITC pour la traduction et l'adaptation de tests* » ;
- ✚ L'ITC Statement on the Use of Tests and other Assessment Instruments for Research Purposes (2014) : « *Déclaration de l'ITC sur l'utilisation des tests et autres instruments de mesure à des fins de recherche scientifique* ».

Dans ce Numéro également, on trouve deux traductions et deux contributions originales. La première des deux contributions, intitulée *Deux cadres méthodo-épistémologiques du testing structurant la construction et l'adaptation de tests, références incontournables mais, hélas, largement ignorées. Illustration à partir de cinq revues françaises de psychologie*, présente deux cadres méthodo-épistémologiques de la psychométrie actuelle. Il s'agit de la seconde édition des Recommandations de l'ITC pour la traduction et l'adaptation de tests (International Test Commission, 2017) et des *Standards for Educational and Psychological Testing* qui sont des normes de pratique du testing en éducation et en psychologie. Elles ont été élaborées et publiées conjointement par l'*American Educational Research Association* (AERA), l'*American Psychological Association* (APA) et le *National Council on Measurement in Education* (NCME) dont la dernière édition est parue en 2014. La seconde contribution, intitulée *Adaptation transculturelle de tests : Guide pratique basé sur les Recommandations de la Commission Internationale des Tests et les Standards de pratique du testing de l'APA*, se propose de mettre à jour la procédure proposée par Vallerand (1989) en se fondant sur les dernières Recommandations de l'ITC (International Test Commission, 2017) et les Standards (AERA, APA & NCME, 2014). Sans prétendre les remplacer, cet article propose une procédure d'adaptation de tests et échelles de mesure psychologiques – développés à l'origine pour d'autres cultures et/ou langues – en 10 étapes, sorte de canevas qui guide pas-à-pas l'adaptation d'un test et la validation de ses scores (Gana et al., 2021). Ce schéma est celui utilisé dans le cadre de travail, certes avec quelques ajustements comme le recommandent Gana et al. (2021).

Étape 1 : Autorisation de la traduction du questionnaire original

Selon Gana et al. (2021), la première étape du processus d'adaptation transculturelle d'un questionnaire consiste à demander l'autorisation auprès du titulaire du droit d'auteur (copyright) des tests/échelles de mesure en question ; que ces tests/échelles soient protégés ou qu'ils tombent dans le domaine public. Le vocable outil renvoie ici à tout instrument de mesure

psychologique qu'il soit étalonné ou non, destiné à la pratique ou à la recherche. Il est synonyme à test, échelle et questionnaire. Lorsqu'un outil a été construit dans un autre contexte culturel, dans une autre langue et dans un autre pays ; et que nous souhaitons l'utiliser dans un contexte spécifique (Beaton et al., 2000) il est conseillé de contacter son auteur. Le faire si possible, pourrait se révéler utile à plus d'un titre. D'abord, ces auteurs pourraient être au courant d'une éventuelle adaptation, soit en cours soit déjà aboutie, de leur test. Ensuite, ils pourraient être sollicités au cours de la procédure d'adaptation afin d'apporter des précisions utiles relatives au sens de certains items. Enfin, leur avis pourrait importer en cas de décision d'abrégier le test/échelle de mesure (Gana et al., 2021). Pour ces raisons, nous avons au préalable obtenu un accord écrit des auteurs de l'outil principal de collecte de données qui est *l'Adolescent Health Promotion (AHP-40) scale*. Cet accord écrit est annexé à cette thèse (Annexe B5).

Pour les deux autres dimensions, nous n'avons pas eu recours aux autorisations des titulaires des copyrights parce que ces outils ont été publiés sous licence *Creative Commons*. L'article de Gaete et al. (2019), a été publié sous licence Creative Commons de type CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), ainsi que celui de Bandari et al. (2020), autorisant ainsi l'utilisateur à partager, copier, distribuer et communiquer le matériel récupéré par tous les moyens et sous tous les formats, à condition de mentionner le nom de l'auteur. Toutefois, cette licence interdit de faire un usage commercial de l'œuvre, en tout ou une partie du matériel tout comme elle interdit de restreindre les conditions d'utilisation à autrui en dehors des conditions définies dans la licence de l'œuvre originale.

Étape 2 : Traduction initiale

Plusieurs chercheurs ayant proposé des guides pour l'adaptation transculturelle d'un outil ont trouvé en cette étape, la première (Beaton et al., 2000 ; Borsa et al., 2012). Aussi, différents procédés de traduction initiale sont-ils proposés. Des recherches issues de différentes régions du globe, se dégagent un consensus suggérant que les traducteurs indépendants, bilingues devraient être appelés pour adapter les items dans la nouvelle langue (Beaton et al., 2000 ; Hambleton, 2005 ; Gana et al., 2021 ; ITC, 2017). Dans cette étude, la traduction traditionnelle des 51 items issus des trois questionnaires à la base du nouvel outil proposé dans ce travail s'est faite séparément et parallèlement par trois chercheurs bilingues en sciences sociales. Un psychologue, une épidémiologiste et un linguiste. Le choix de ce dernier qui ne soit pas directement intéressé par le domaine de la santé est dû au fait qu'il est linguiste d'éducation. En effet, il s'intéresse à l'efficacité de la communication entre les professionnels d'éducation

et les apprenants au cycle secondaire. Son expérience dans l'analyse des facteurs déterminants de la bonne communication en éducation était ici visée. Nos trois traducteurs n'étaient pas alors des professionnels de la traduction. D'ailleurs, cette condition n'est pas nécessairement obligatoire selon certains auteurs (Gana et al., 2021). Par ailleurs, un parmi eux (l'épidémiologiste) n'était pas informé des objectifs de la traduction conformément aux recommandations de Beaton et al. (2000) pour assurer la qualité de la traduction.

Étape 3 : Approuver la version traduite/adaptée du test

Après l'étape de la traduction, une synthèse issue des trois traductions séparées est établie par l'équipe de recherche. Selon Gana et al. (2021), cette phase incombe à l'équipe de chercheurs/praticiens engagée dans l'adaptation du test à laquelle doivent se joindre les traducteurs. Cependant, dans le cas de cette étude, tous les traducteurs n'ont pas été associés. Seule l'assistance du linguiste a été sollicitée pour une tâche bien précise : il était chargé de s'assurer de la rédaction des items dans une forme linguistique correcte. Cette validation pouvait se faire en l'absence des traducteurs du test ; mais, avec une ou plusieurs personnes possédant de solides compétences bilingues qui pourraient participer au processus d'examen et évaluation des traductions (Gana et al., 2021). Cette étape nous a permis de mettre sur pied une première version du questionnaire en langue française.

Étape 4 : Retro-traduction

La rétro-traduction ou *Back-translation* fait référence à la traduction des versions synthétisées et révisées de l'instrument dans la langue source. Son but est d'évaluer l'ampleur à laquelle la version traduite reflète le contenu des items de la version originale. Une traduction à rebours se déploie en trois étapes : (a) transposer un texte d'une langue source à une langue cible, (b) transposer ensuite cette version traduite à sa langue source (ex. retraduction inversée par un autre traducteur dans la langue source la version traduite), (c) comparer les versions source et inverser. La traduction est jugée satisfaisante lorsque la traduction inversée correspond à la version source (Epstein et al., 2015). Le but de la retro-traduction est alors d'évaluer l'ampleur à laquelle la version traduite reflète le contenu de l'article de la version originale (Borsa et al., 2012). Cette étape est suggérée par certains (Deborah et al., 2018 ; Sireci et al., 2006) alors qu'elle est peu recommandée par d'autres (Gana et al., 2021). Pour ces derniers, la retro-traduction sous-tend la recherche d'une équivalence plutôt linguistique et littérale que sémantique et pragmatique. Nous voulions dans ce travail, relier le mieux que possible, une équivalence linguistique et littérale à une équivalence sémantique et pragmatique.

La retro-traduction a été faite par un professionnel de la traduction bilingue. Celui-ci avait à la base, l'anglais comme langue officielle première²² (Beaton et al., 2000). La sollicitation d'un deuxième professionnel de la traduction comme recommandé par certains auteurs (Beaton et al., 2000) s'est avérée peu nécessaire car, comme le rapporte Caron (1999), plusieurs chercheurs ayant utilisé cette procédure constatent qu'il est bien difficile d'obtenir une équivalence parfaite entre la version retraduite et la version originelle. Dès-lors, la tâche du rétro-traducteur a été complétée par l'assistance des auteurs de ce travail, qui, somme toute, ont une assez bonne maîtrise des deux langues. La version préliminaire du questionnaire traduite en français obtenue à la suite de ce processus a été soumise à une première évaluation (Vallerand, 1989).

Étape 5 : Pré-testage de la version approuvée par l'équipe

Avant de réclamer qu'un nouvel instrument est prêt pour application, on doit procéder à une étude pilote ou pré-test (Borsa et al., 2012). L'étude pilote fait référence à une application antérieure de l'instrument dans un petit échantillon qui reflète les caractéristiques de la population cible (Gudmundsson, 2009). Le pré-test est essentiel pour améliorer la version traduite/adaptée d'un test. Il permet de s'assurer non seulement de la clarté et la compréhensibilité de la consigne et des items mais aussi de leur équivalence sémantique d'avec la version source (Gana et al., 2021). Plusieurs techniques peuvent être engagées dans le cadre du pré-test. Pour cette étude, un échantillon d'adolescents et de jeunes adultes ($n = 07$) a été sollicité pour remplir la version préliminaire afin de vérifier la compréhension des items et de vérifier si les items de la version originelle sont adaptés à la culture camerounaise. Ils étaient invités à remplir en lisant à haute voix et à signaler toute difficulté liée à la compréhension de la consigne, de certains mots, items ou les modalités de réponses (Borsa et al., 2012). Ainsi, à chaque item, ces participants devaient évaluer la clarté de la consigne et de chaque item sur une échelle Likert à 5 points allant de « *pas du tout clair* » à « *tout à fait clair* ». Ils étaient, dans le même temps, invités à faire des suggestions sur les formulations appropriées des items qui à leur sens posaient problème. Autrement dit, ils proposaient un concept synonyme, une nouvelle reformulation pour les items qu'ils trouvaient « *pas du tout clair* » (Borsa et al., 2012). Aussi, devaient-ils donner leur avis sur la compréhension globale de l'échelle dans son ensemble. Sur la base de ces évaluations et des suggestions associées, l'équipe de recherche a réévalué ces

²² Le Cameroun est un pays bilingue ayant l'anglais et le français comme les deux langues officielles d'égale valeur. Cependant, dans le système éducatif, ces langues ne sont pas simultanément utilisées pour l'enseignement et l'évaluation des apprenants, mais plutôt de façon complémentaire. Selon, le sous-système d'éducation, la langue française est utilisée comme langue première et la langue anglaise comme langue secondaire et vice versa.

items au nombre de 4 en les reformulant et en y ajoutant des exemples entre parenthèses. Au bout, une deuxième version du questionnaire a été établie.

Étape 6 : Vérification empirique de la validité de la version traduite

Pour qu'un instrument soit valide, il doit rencontrer des critères de validité de contenu, de validité concomitante, de validité de construit. Il doit également présenter des aspects qui assurent sa fidélité. C'est le sens de la vérification empirique de la deuxième version (Caron, 1999). Il devrait être noté que, bien que cette étape fournisse quelque perspicacité utile comme sur la façon dont la personne interprète les items du questionnaire, elle n'adresse pas la question de la validité de construit, de la fidélité, ou sur le modèle de réponse aux items qui sont aussi importantes à décrire pour une adaptation des outils dans plusieurs cultures (Beaton et al., 2000). Cependant, cette étape reste très importante, car elle permet d'examiner les caractéristiques essentielles des items : moyenne, médiane, variance, normalité de leur distribution, leur degré de difficulté et leur potentiel de discrimination. Mais aussi, elle renseigne sur la façon de répondre aux questions. Elle aide à savoir si les items sont-ils potentiellement entachés de désirabilité sociale ? ou de savoir si les items sont-ils potentiellement biaisés (ex., sensibles au sexe du participant, à son statut social. . .) ? (Gana et al., 2021). La normalité univariée et multivariée des items déterminera le choix de certaines analyses et méthodes statistiques à utiliser ultérieurement (Gana & Broc, 2018). Pour notre étude, la vérification des qualités métrologiques de la version pré-finale s'est faite à partir de l'analyse des indices de cohérence interne à savoir le coefficient alpha de Cronbach et le coefficient oméga (Gana et al., 2021). Pour se faire, un échantillon plus large ($n = 33$) a été constitué au sein de la population cible pour le remplissage de la nouvelle formalisation du questionnaire à 51 items. Ce nombre est conforme à la suggestion de Beaton et al. (2000) qui recommandent que cette vérification empirique soit faite auprès d'un échantillon compris entre 30 et 40 personnes. Cette seconde évaluation n'a pas donné lieu à des ajustements. Autrement dit, elle a confirmé l'intelligibilité de l'outil. C'est pourquoi nous l'avons soumis à un échantillon plus grand pour tester ses caractéristiques finales.

Les étapes suivantes concernant l'apport/fourniture des preuves de validité basées sur la structure interne du test ; à l'apport/fourniture des preuves basées sur la fiabilité/précision des scores ; des preuves de validité basées sur les relations avec d'autres construits du réseau nomologique et l'établissement des normes ou des scores cliniquement significatifs relèvent du processus de traitement des données (Gana et al., 2021) ; et seront développées dans la section

consacrée aux résultats. Ces étapes permettront de vérifier la structure du construit grâce à des analyses factorielles. En effet, si un instrument propose de mesurer un phénomène qui théoriquement possède trois dimensions, l'analyse factorielle devrait permettre de retrouver trois facteurs, et les items destinés à mesurer chacune des dimensions devraient, en principe, se grouper sur les facteurs correspondants (Dancey & Reidy, 2004/2007). Il s'agit donc dans ce type d'analyse factorielle exploratoire de vérifier si la structure factorielle correspond à celle de l'instrument original. Ensuite, une technique plus sophistiquée consiste à produire une analyse factorielle confirmative. Cette analyse permet de vérifier statistiquement si la forme traduite correspond à la version originelle. Elle présuppose toutefois que la validité de construit a déjà été vérifiée dans la version d'origine et que le chercheur puisse avoir accès aux analyses factorielles de l'instrument original (Caron, 1999).

5.2.4 Collecte de données et considérations éthiques

Avant la collecte des données, nous avons adressé des demandes d'autorisation aux différents chefs d'établissements tirés au sort avec en pièces jointes : le protocole d'enquête, le questionnaire et le formulaire de consentement. Dès que l'accord du chef d'établissement était obtenu, nous prenions alors un rendez-vous pour la descente dans les salles de classes. Nous avons reçu des avis défavorables dans deux établissements qui ont estimé que leurs apprenants étaient en plein dans la préparation des examens. Pour les autres établissements, nous avons été mis à la disposition de différents responsables qui devaient nous conduire dans les salles de classes pour rencontrer les apprenants. Les participants ont été informés de l'enquête par les responsables de la discipline dans trois établissements ; par les responsables des activités post et périscolaires dans deux autres. Dans un établissement enfin, les apprenants avaient été informés par un responsable des services d'orientation scolaire et professionnelle. Ces présentations se faisaient en notre présence et à l'occasion, nous remettions à tous les apprenants le formulaire de consentement à signer par un parent ou tuteur et un exemplaire de questionnaire à remplir. Aussi, expliquions-nous par la même occasion, l'objet de l'enquête, le processus de collecte de données, le mode de remplissage, le contenu et l'importance de la signature du formulaire de consentement. Par la même opportunité, nous remettions à tous les apprenants de la classe, le formulaire de consentement à signer par un parent ou tuteur et un exemplaire de questionnaire à remplir.

Sur la base de la liste de la classe, le lendemain les apprenants rapportaient les formulaires de consentement signés par les parents et l'exemplaire du questionnaire rempli ou non. Sur place

ce deuxième jour, les questionnaires remplis à domicile furent récupérés et les apprenants n'ayant pas complété étaient alors invités à le faire sur place. Toutefois, ils étaient informés que l'accord donné par les parents ne les astreignait pas au remplissage obligatoire ou effectif du questionnaire. Ils avaient alors ainsi le choix de remplir ou pas. À l'issue de ce processus, le taux de retour de consentement signé était de 72 %. Ce taux est à retrouver dans deux raisons majeures : le refus de certains parents de voir les enfants participer et le fait que certains apprenants ont indiqué que les parents étaient en voyage et ne pouvaient par conséquent pas être disponibles dans le temps imparti. Le taux de remplissage du questionnaire, quant à lui était de 71 %. Globalement, tous les apprenants ont accepté volontiers de participer à l'enquête.

5.2.5 Analyse des données

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel statistique Jamovi version 1.8.2 (<https://www.jamovi.org>). Après la collecte de données, les questionnaires ont été vérifiés sur le plan de la forme (tous les items ont-ils été remplis) et numérotés afin de faciliter la saisie et les vérifications ultérieures. Ceux qui n'étaient pas entièrement remplis étaient retirés du lot. Ensuite les données ont été saisies et la base de données de nouveau apurée. Ceci a permis d'apporter une réponse adéquate à la question des valeurs manquantes. En effet, si deux ou plus de deux items dans une dimension manquaient, le score du sujet sur cette dimension était exclu de l'analyse statistique ; si par contre juste un item manquait, la valeur moyenne de cette dimension pour ce sujet était utilisée pour le remplacer. Cette technique de gestion des valeurs manquante est utilisée par plusieurs chercheurs dans la littérature (Amoah, 2018 ; Amoah & Phillips, 2018 ; Ehmann et al., 2020 ; Ping et al., 2018). Ces étapes sont préliminaires aux analyses plus approfondies.

Quatre analyses ont été conduites afin d'évaluer les qualités métrologiques de l'outil de collecte de données : l'analyse descriptive des items, l'analyse factorielle exploratoire, l'analyse factorielle confirmatoire et la consistance interne de l'échelle globale ainsi que de ses dimensions. D'abord, la performance des items a été évalué à partir de quelques indicateurs de tendance centrale et de dispersion : moyenne, médiane, variance, normalité de leur distribution, leur degré de difficulté et leur potentiel de discrimination (Gana et al., 2021). L'analyse descriptive a ainsi permis de déterminer les caractéristiques de chaque item ainsi que celles de l'ensemble de l'échelle en termes de normalité de la distribution. L'analyse descriptive permet aussi d'évaluer la contribution de chaque item à la fiabilité générale. Elle dépend toutefois du coefficient de fiabilité choisi : alpha de Cronbach (donc « *alpha if item deleted* ») ou oméga

(donc « *oméga if item deleted* »). Après, nous avons vérifié la structure interne du test selon le protocole de Gana et al. (2021).

La multidimensionnalité de l'échelle ainsi que la consistance interne de ses mesures ont été vérifiées par l'analyse factorielle exploratoire (AFE). Ces analyses permettent de vérifier si nos données sont factorisables (Xia & Yang, 2019). Elles sont basées sur la mesure de l'adéquation de l'échantillonnage de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) qui est un indice indiquant dans quelle proportion les variables retenues forment un ensemble cohérent et mesurent de manière adéquate un concept, et le test de sphéricité de Bartlett qui vérifie l'hypothèse nulle selon laquelle toutes les corrélations sont égales à zéro, c'est-à-dire qu'il existe des relations entre certains items inclus dans l'analyse. De façon théorique, nous nous attendions à avoir une échelle ayant huit dimensions ou facteurs. Confronté à la réalité des faits du terrain, il est possible d'obtenir moins de facteurs, ou le nombre prévu par la théorie ou encore plus de facteurs que prévu. C'est la raison pour laquelle, cette étape de l'AFE est la première à être soumise à l'épreuve des faits dans une procédure de validation. Aussi parce que, interroger la structure interne d'un test c'est questionner en partie sa validité de contenu (Gana et al., 2021). Pour ce faire, la méthode d'extraction ici employée est l'analyse en composantes principales (ACP). En effet, l'ACP est, comme son nom le souligne, la méthode la plus utilisée pour synthétiser l'information et découvrir la structure sous-jacente d'un concept puisqu'il s'agit d'une méthode d'analyse des données multivariées qui permet d'explorer simultanément les relations qui existent entre plusieurs variables (Dancey & Reidy, 2004/2007). Gana et al. (2021), soulignent qu'elle doit être utilisée uniquement au cas où la structure initiale (ou théorique) de l'outil est vérifiée dans la version culturellement adaptée. Ainsi, dans le cas d'inadéquation, il convient de réaliser une analyse factorielle exploratoire ou une *Exploratory Structural Equation Modeling* ([ESEM], Asparouhov & Muthén, 2009). On notera ici que c'est la méthode des axes principaux (ou du maximum de vraisemblance) qu'il faut choisir. Enfin, dans cette étape de l'AFE, nous avons considéré comme coefficient de validité, que la valeur seuil d'acceptabilité d'une saturation factorielle est capitale. Selon Guadagnoli et Velicer (1988), une saturation de .40 pour un item représente une limite inférieure typique, une saturation de .60 est une saturation modérée alors qu'une saturation de .80 est une excellente saturation. Pour Dancey et Reidy (2004/2007), il n'existe pas de norme en la matière pour le choix d'un item. Ils pensent alors que seule la proportion de variance totale (qui doit être supérieure à 50 %) devrait permettre de se fixer sur l'acceptation d'un item ou non.

Une fois les étapes antérieures franchies, il restait de fournir des preuves basées sur la fiabilité/précision des scores. Ceci se fait en réalisant une analyse factorielle confirmatoire ([AFC], Dancey & Reidy, 2004/2007 ; Gana et al., 2021). C'est ce que nous avons fait en vue d'obtenir des facteurs représentant un construit théoriquement connu et répertorié comme étant indépendants. Aussi, du fait que nos données étaient normalement distribuées, une rotation orthogonale a été choisie comme méthode d'extraction des facteurs. Compte tenu de la répartition des différents poids factoriels des items sur les axes factoriels, nous avons décidé de : 1) ne retenir que les items dont le poids factoriel est supérieur à .50 ; 2) éliminer ceux qui sont corrélés à plusieurs facteurs et ; 3) éliminer les facteurs qui ne sont composés que d'un seul item ou deux. Sous ces conditions, 24 items ont été retirés à la suite de cinq factorisations.

L'AFC fournit une batterie d'indices pour juger la qualité d'ajustement du modèle postulé aux données observées. Il s'agit notamment des indices absolus, des indices incrémentaux et des indices de parcimonie. Comme le soulignent Hanana et Houfaïdi (2016), les indices d'ajustement absolus permettent d'évaluer dans quelle mesure le modèle théorique reproduit correctement les données collectées. Ils permettent de vérifier la similarité entre le modèle théorique proposé et les données observées (Gana & Broc, 2018 ; Xia & Yang, 2019). Il s'agit par exemple du Root-mean-square residual (SRMR) dont la valeur doit être inférieure à .05 et du Root-Mean-Square Error of Approximation (RMSEA) dont la valeur doit être inférieure à .08 (Awang, 2012) ou à .06 (Hu & Bentler, 1999) et même si possible, inférieure à .05 (Byrne, 1994 ; Hu & Bentler, 1999). Pour ces indices, les valeurs plus proches de 0 représentent un bon ajustement. On peut également avoir le *Goodness of Fit Index* (GFI) et l'*Adjusted Goodness of Fit Index* (AGFI) dont les valeurs seuils devraient être .95 et .90, respectivement (Byrne, 1994).

Les indices incrémentaux, quant à eux, sont utilisés pour évaluer l'amélioration de l'ajustement du modèle qui est testé par comparaison à un modèle de référence plus restrictif (Xia & Yang, 2019). En effet, ces indices effectuent une comparaison entre le modèle estimé et le modèle de référence ayant une corrélation nulle entre les données observées. Les principaux indices incrémentaux sont : *Normal Fit Index* (NFI), *Relative Fit Index* (RFI) et *Comparative Fit Index* (CFI) et leurs valeurs seuils oscillent entre .90 (Byrne, 1994 ; Nyock Ilouga & Moussa-Mouloungui, 2019) et .95 (Hu & Bentler, 1999 ; Schumacker & Lomax, 2004).

Enfin, les indices de parcimonie indiquent dans quelle mesure le modèle présente un bon ajustement pour chaque coefficient estimé (Xia & Yang, 2019). Ces indices contrôlent la surestimation du modèle en déterminant le nombre nécessaire de paramètres à estimer

permettant d'atteindre le niveau d'ajustement spécifique (Hooper et al., 2008 ; Swami & Barron, 2019). L'objectif étant d'aboutir à un meilleur dosage entre la maximisation de l'ajustement et la minimisation du nombre des coefficients estimés. Le modèle du Khi-carré permet d'évaluer l'ajustement global et l'écart entre l'échantillon et les matrices de covariance ajustées. Sa *p-value* doit être supérieure à .05 (c'est-à-dire que l'hypothèse d'un ajustement parfait ne peut être rejetée). Cependant, l'ajustement global du modèle est très souvent apprécié à partir du Khi-deux normé (Khi-deux/ddl) dont la valeur doit être inférieure à 5, si possible à 3 (Hooper et al., 2008 ; Nyock Ilouga & Moussa Mouloungui, 2019).

La consistance interne de l'échelle globale ainsi de ses dimensions a été testée grâce à deux indicateurs : le coefficient alpha de Cronbach (Cronbach, 1951) et le coefficient oméga de McDonald (McDonald, 1999 cité par Béland & Michelot, 2020). Le coefficient oméga sera noté ω dans suite de ce travail. Chacun des coefficients sera assorti de son intervalle de confiance comme le recommandent certains auteurs (Dunn et al., 2013). Selon Gana et al. (2021), le choix de l'utilisation de l'un ou l'autre de ces coefficients de fiabilité est basé sur les modèles, et par conséquent, nécessite de tester au préalable le modèle de mesure via une AFC. Ainsi, connaître la structure interne du test (unidimensionnelle, multidimensionnelle, hiérarchique, bifactorielle) et la confirmer sont deux prérequis pour le calcul de certains coefficients de fiabilité (Green & Yang, 2015). Le choix de l'indice de fiabilité dépend du modèle de mesure en présence (Gana et al., 2021). Ainsi, en présence des tests multidimensionnels, le coefficient oméga est plus approprié (Béland & Michelot, 2020 ; Cho, 2016 ; Dunn et al., 2013) contrairement à ce qu'on relève dans de nombreux travaux scientifiques. Le recours simultané à ces deux critères permet : (1) d'arrimer nos résultats avec les nouvelles recommandations méthodologiques qui voudraient que le coefficient oméga soit utilisé lorsqu'il s'agit d'outils multidimensionnels comme le nôtre (Béland & Michelot, 2020 ; Cho, 2016 ; Dunn et al., 2013 ; Gana et al., 2021) ; et (2) la comparabilité avec les données issues des études antérieures qui n'utilisaient que le coefficient alpha de Cronbach.

En conformité avec l'étape 8 de la démarche proposée par Gana et al. (2021) qui consiste à apporter/fournir des preuves de validité basées sur les relations entre le nouvel outil et d'autres construits du réseau nomologique, deux analyses complémentaires ont été effectuées. D'abord, la validité de construit de type convergente du nouvel outil a été testée. Elle s'est faite en analysant les corrélations entre le nouveau questionnaire et le HBC (Gana et al., 2021). Ensuite, la relation avec certaines variables démographiques telles que le sexe, l'âge et le parcours

scolaire a été testée afin de statuer sur comment ces variables diffèrent au regard du nouvel outil ou alors, pour conclure sur la capacité de celui-ci à distinguer les individus entre eux.

5.3 Résultats

Dans la section de la présente étude, nous rapportons les résultats des analyses descriptives des items, des analyses factorielles exploratoire et confirmatoire, de cohérence interne et de prédictivité du nouvel outil.

5.3.1 Statistiques descriptives

Cette étape nécessite l'administration de la version adoptée, adaptée et approuvée à l'issue du prétest à un échantillon représentatif de la population cible et ce, afin d'analyser les items (Gana et al., 2021). Cette analyse vise à examiner les caractéristiques essentielles des items : moyenne, médiane, variance, normalité de leur distribution, leur degré de difficulté et leur potentiel de discrimination (Gana et al., 2021). Ces analyses descriptives ont été faites sur les 51 items initiaux comme le recommandent Gana et al. (2021). Les résultats ont montré l'ensemble des items de la distribution, les dimensions ainsi que l'instrument dans son ensemble sont distribués normalement. Les résultats des analyses descriptives des items retenus pour le nouvel outil sont consignés dans le tableau 5.1.

Tableau 5.1

Statistiques descriptives pour tous les items du questionnaire AHPB-27.

N°	Items	Médiane	Moy.	ET	IC 95%		Asymétrie	Kurtosis	Shapiro- Wilk
					Inf.	Sup.			
1	Je parle et partage mes sentiments avec les autres.	3.00	3.13	.06	3.00	3.26	.093	-.989	.901***
2	Je parle de mes inquiétudes avec les autres.	3.00	3.12	.06	2.98	3.25	.108	-.957	.895***
3	Fais un effort de sourire ou rire chaque jour.	5.00	4.39	.05	4.29	4.50	-1.667	2.105	.661***
4	Aime rester en contact avec les proches.	4.00	3.96	.06	3.83	4.10	-.934	-.327	.786***
5	Fais un effort d'avoir les bonnes amitiés.	5.00	4.07	.06	3.94	4.19	-1.071	.081	.772***
6	Parle de mes problèmes aux autres.	3.00	2.76	.06	2.62	2.89	.404	-.764	.891***
7	Lis les étiquettes des produits alimentaires quand je fais les courses.	3.00	3.27	.07	3.12	3.42	-.060	-1.386	.859***
8	Brosse mes dents et utilise une pâte dentifrice après le repas.	4.00	3.59	.07	3.45	3.73	-.490	-1.016	.851***
9	Lave les mains avant les repas.	5.00	3.97	.06	3.83	4.10	-.816	-.626	.778***
10	Habituellement, je pense positif.	4.00	3.74	.06	3.62	3.87	-.467	-.827	.860***

N°	Items	Médiane	Moy.	ET	IC 95%		Asymétrie	Kurtosis	Shapiro- Wilk
					Inf.	Sup.			
11	Fais un effort pour savoir ce qui est important pour moi.	5.00	4.32	.05	4.22	4.43	-1.536	1.815	.703***
12	Fait un effort pour se sentir intéressant et affronter chaque journée.	4.00	4.02	.06	3.90	4.14	-.883	-.307	.798***
13	Fais l'effort pour croire que ma vie a un but.	5.00	4.41	.05	4.31	4.52	-1.760	2.394	.644***
14	Effectue des exercices d'étirement chaque jour.	3.00	2.74	.06	2.60	2.87	.432	-.805	.887***
15	Fais 30 minutes d'exercices rigoureux au moins 3 fois par semaine.	2.00	2.53	.07	2.39	2.67	.635	-.701	.860***
16	Participe chaque semaine aux activités physiques de mise en forme à l'école ou quartier.	4.00	3.58	.08	3.42	3.73	-.465	-1.274	.815***
17	Fais un effort de consacrer quotidiennement le temps pour la relaxation.	3.00	3.12	.07	2.97	3.27	-.045	-1.266	.889***
18	Fais un effort pour déterminer la source de mon stress.	3.00	3.11	.07	2.96	3.26	-.088	-1.174	.892***
19	Fais un effort de regarder mes changements d'humeur.	3.00	3.29	.07	3.14	3.43	-.221	-1.040	.894***
20	Dors 6 à 8 heures chaque nuit.	3.00	3.37	.07	3.23	3.52	-.202	-1.164	.880***

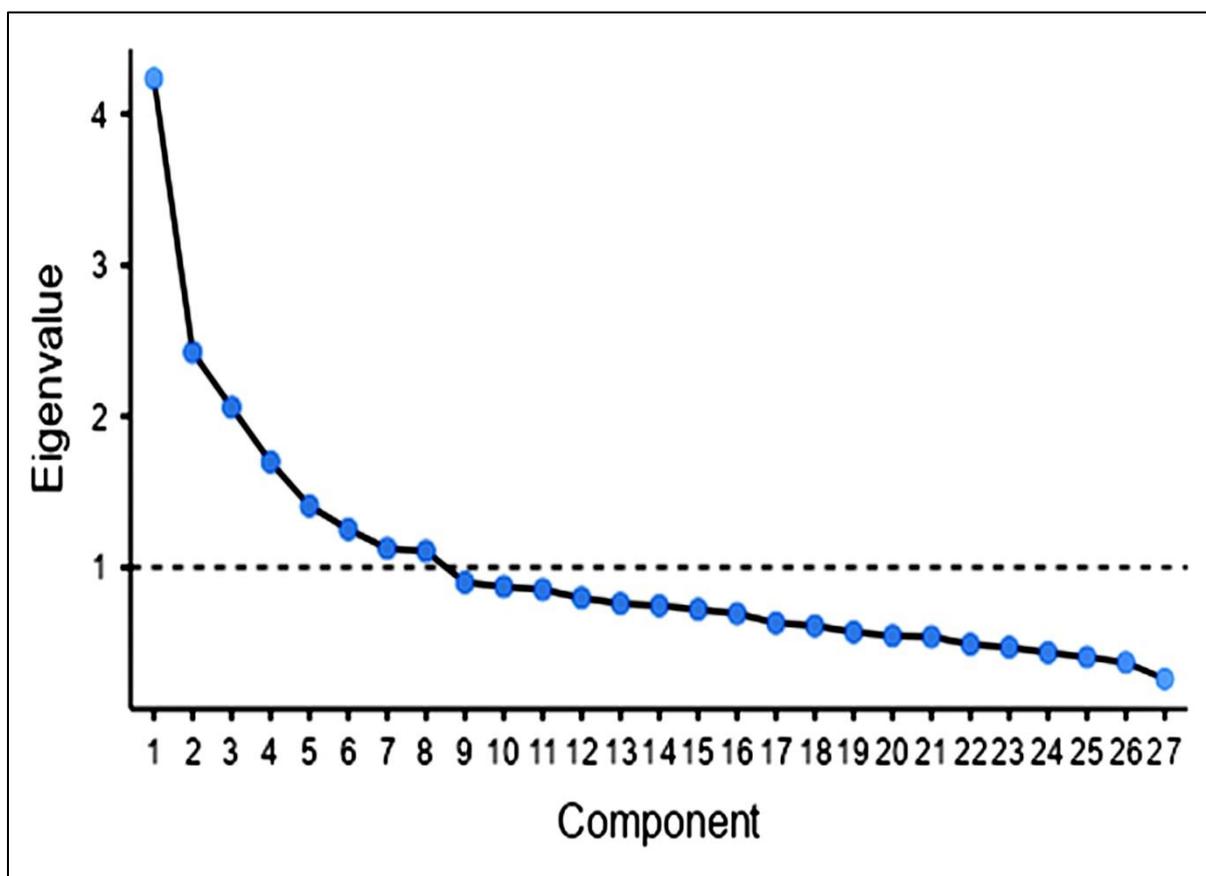
N°	Items	Médiane	Moy.	ET	IC 95%		Asymétrie	Kurtosis	Shapiro-Wilk
					Inf.	Sup.			
21	Parler avec d'autres de mes croyances spirituelles.	2.00	2.39	.07	2.24	2.54	.602	-.988	.830***
22	Ressens qu'il y a un pouvoir supérieur qui guide ma vie.	4.00	3.30	.09	3.12	3.47	-.282	-1.583	.793***
23	Assiste à un groupe qui partage mes croyances spirituelles.	2.00	2.31	.08	2.15	2.47	.717	-1.017	.779***
24	Participe à des activités pour m'aider à grandir spirituellement.	2.00	2.63	.08	2.47	2.79	.397	-1.285	.843***
25	Utilise mes croyances spirituelles comme guide pour ce que je fais.	4.00	3.41	.07	3.25	3.56	-.421	-1.163	.857***
26	Satisfait de mes nuits de sommeil.	3.00	3.46	.06	3.34	3.58	-.191	-.818	.894***
27	Me couche le soir à l'heure.	3.00	2.91	.06	2.78	3.05	.242	-.941	.899***

Note. *** $P < .001$.

Étape 7 : Apporter/fournir des preuves de validité basées sur la structure interne du test : Analyse factorielle exploratoire

La valeur KMO était .75, et il y avait une significativité statistique pour le test de sphéricité de Bartlett ($\chi^2 = 1896$, $df = 351$, $p < .001$) ; indiquant que notre échantillon remplit les critères pour procéder à une AFE. L'analyse en composante principale a été utilisée avec une rotation du Varimax et une Normalisation de Kaiser. L'AFE a révélé une solution à huit facteurs ayant une valeur propre (*eigenvalues*) supérieure à 1 comme on peut voir sur la figure 5.1 (Dancey & Reidy, 2004/2007). Ces huit facteurs expliquent un total de 56.69 % des variances ; dans les proportions variant de 9.42 à 5.99 (voir tableau 5.2). Aussi, les scores totaux possibles pour l'échelle varient entre 27 et 135. Le score moyen total était 3.35 (ET = .50).

Figure 5.1 Nombre de facteurs ayant une valeur propre > 1



Note. Graphique présentant le nombre de facteurs ayant une valeur propre supérieure 1, et par conséquent devant être retenus comme une dimension du questionnaire.

S'appuyant sur les résultats des analyses statistiques, du nombre d'items retenu, du comportement mesuré, de la cible et des instruments de mesure à la base du nouvel outil, nous

l'avons appelé : échelle composite d'évaluation des comportements de promotion de la santé pour adolescents et jeunes adultes, ci-dessous abrégée AHPB-27. L'AHPB-27, est un instrument de mesure des comportements de promotion de la santé chez les adolescents et jeunes adultes, constitué de 27 items. Chaque déclaration représente un comportement sain, et les adolescents et jeunes adultes sont invités à renseigner à quelle fréquence ils exécutent chaque comportement, en utilisant une échelle de type Likert à 5-points avec 1 = *Jamais*, 2 = *Rarement*, 3 = *Parfois*, 4 = *Habituellement* et 5 = *Toujours*. Il évalue les domaines de santé suivants : santé spirituelle ; relation interpersonnelle ; exercice physique ; gestion du stress ; appréciation de la vie ; hygiène du sommeil ; responsabilité en santé et soutien social.

Tableau 5.2

Statistiques descriptives pour les facteurs de l'AHPB-27

N°	Facteurs	Items	Moy.	ET	Min.	Max.	Asymétrie	Kurtosis	%Variance expliquées
1	Santé spirituelle	05	2.80	1.064	5	25	.240	-.679	9.42
2	Relation interpersonnelle	03	3.00	1.011	3	15	.139	-.454	7.56
3	Exercice physique	03	2.83	1.06	3	15	.115	-.760	7.17
4	Gestion du stress	03	3.17	1.04	3	15	-.183	-.705	7.13
5	Appréciation de la vie	04	4.13	.72	4	20	-.932	.631	6.73
6	Hygiène du sommeil	03	3.25	.91	3	15	-.086	-.460	6.41
7	Responsabilité en santé	03	3.60	.96	3	15	-.310	-.685	6.28
8	Soutien social	03	4.14	.82	3	15	-.934	.340	5.99
	AHPB-27	27	3.35	.50	27	135	-.085	.389	56.69

Vingt-quatre items ont été retirés sur les 51 items initiaux pour deux raisons majeures. D'abord le faible poids factoriel : 13 items ont été exclus parce qu'ils avaient un poids factoriel inférieur .50 (Gana et al., 2021 ; Guadagnoli & Velicer, 1988). Il s'agit des items : 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 16, 17, 26, 34, 39 et 45. Ensuite, neuf items n'ont pas été retenus parce qu'ils contribuaient à des proportions acceptables dans plus d'un facteur. Il s'agit des items : 15, 20, 21, 22, 23, 25, 32, 40 et 51. Enfin, deux items ont été délaissés parce qu'ils contribuaient à la formation d'un facteur. Il s'agit des items 49 et 50. La structure finale à huit facteurs (ayant chacun une valeur propre supérieure à un) et 27 items (ayant chacun un coefficient de corrélation supérieur à .50) a été obtenue après 15 itérations. Le tableau 5.3 donne un aperçu des différents facteurs et des items leur constituant. Alors que les corrélations entre les différents facteurs sont présentées dans le tableau 5.4.

Tableau 5.3*Structure factorielle et distribution des items de l'AHPB-27*

Items	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	Originalité
43. Assiste à un groupe qui partage mes croyances spirituelles.	.820								.301
44. Participe à des activités pour m'aider à grandir spirituellement.	.777								.370
46. Utilise mes croyances spirituelles comme guide pour ce que je fais.	.671								.465
41. Parler avec d'autres de mes croyances spirituelles.	.635								.479
42. Ressens qu'il y a un pouvoir supérieur qui guide ma vie.	.576								.505
7. Je parle et partage mes sentiments avec les autres.		.797							.311
9. Je parle de mes inquiétudes avec les autres.		.781							.324
13. Parle de mes problèmes aux autres.		.750							.340
30. Effectue des exercices d'étirement chaque jour.			.811						.299
31. Fais 30 minutes d'exercices rigoureux au moins 3 fois par semaine.			.793						.311
33. M'échauffe avant un exercice physique intense.			.590						.547

Items	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	Originalité
36. Fais un effort pour déterminer la source de mon stress.				.783					.326
37. Fais un effort de regarder mes changements d'humeur.				.695					.429
35. Fais un effort de consacrer quotidiennement le temps pour la relaxation.				.673					.485
29. Fais l'effort pour croire que ma vie a un but.					.719				.446
28. Fait un effort pour se sentir intéressant et affronter chaque journée.					.699				.459
27. Fais un effort pour savoir ce qui est important pour moi.					.514				.513
24. Habituellement, je pense positif.					.500				.578
38. Dors 6 à 8 heures chaque nuit.						.706			.470
48. Me couche le soir à l'heure.						.670			.443
47. Satisfait de mes nuits de sommeil.						.629			.491
14. Lis les étiquettes des produits alimentaires quand je fais les courses.							.693		.447
18. Brosse mes dents et utilise une pâte dentifrice après le repas.							.688		.431
19. Lave les mains avant les repas.							.606		.546

Items	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	Originalité
12. Fais un effort d'avoir les bonnes amitiés.								.734	.406
10. Fais un effort de sourire ou rire chaque jour.								.711	.436
11. Aime rester en contact avec les proches.								.591	.532

Note. F1 = santé spirituelle ; F2 = Relation Interpersonnelle ; F3 = Exercice physique ; F4 = Gestion du stress ; F5 = Appréciation de la vie ; F6 = Hygiène du sommeil ; F7 = Responsabilité en santé ; F8 = Soutien social.

Étape 8 : Apporter/fournir des preuves basées sur la fiabilité/précision des scores : Analyse factorielle confirmatoire

Lorsque l'étape 7 précédente a été franchie avec succès, c'est-à-dire la structure factorielle est confirmée et les saturations factorielles satisfaisantes, les mêmes données peuvent alors servir à l'analyse de fiabilité/fidélité pour apporter les preuves plaidant en faveur du degré de précision des scores au test (Gana et al., 2021). Dans cette étude, l'AFE a effectivement révélé que le questionnaire était multidimensionnel (huit facteurs), et que la meilleure structure de la version camerounaise du questionnaire d'évaluation des comportements de promotion de la santé pour adolescents inclut 27 items avec la valeur .50 comme le poids factoriel minimal. C'est pourquoi par la suite, nous avons effectué une AFC avec les mêmes données pour estimer l'adéquation du modèle (Ferguson & Cox, 1993 ; Gana et al., 2021). Les indices absolus, incrémentaux et de parcimonie confirment effectivement la structure factorielle théorique escomptée (tableau 5.4). Ce résultat confirme ainsi notre première hypothèse. D'abord, les indices absolus montrent que le modèle multidimensionnel est très bien ajusté. En effet, une valeur de RMSEA ou SRMR inférieure à .050 est très bonne (Byrne, 1994 ; Hu & Bentler, 1999). Or, ces valeurs sont respectivement de .033 et .048 pour notre nouvel outil. Ensuite, les indices incrémentaux confirment également que ce questionnaire présente aussi, de bien meilleures qualités. Les valeurs de TLI et CFI sont considérées comme bonne lorsqu'elles sont supérieures à .90. Les caractéristiques de notre outil indiquent des valeurs respectives de .918 et de .931. Ce qui consolide davantage l'idée que l'AHPB-27 a des propriétés psychométriques valides. Les indices de parcimonie ne sont pas en reste. Ils consolident l'idée que l'AHPB-27 est bien ajusté aux données. Selon les critères de la table 5.4, une valeur du χ^2/dl compris entre 1 et 3 est très bonne (Hooper et al., 2008). Cette valeur pour ce nouveau questionnaire est de 1.38. Dans l'ensemble, si les indices incrémentaux sont bons, les indices absolus et de parcimonie sont plutôt très bons. Autrement dit, le nouvel outil est bien ajusté. Les indices rapportés dans le tableau 5.4 sont conformes avec les recommandations de Kline (2015), qui suggère qu'à la suite d'une AFC, qu'au moins les indices suivants soient déclarés : le modèle du khi-carré, le RMSEA, le CFI et le SRMR.

Tableau 5.4*Résultat de l'analyse factorielle confirmatoire du AHPB27*

Indices	Critères	AHPB-27
χ^2 (ddf)		407(296) ***
χ^2 / ddl	1-3 Très bon ; 3-5 Bon	1.38
RMSEA	< .05 Très bon ; < .08 Bon	.033
IC 90% RMSEA	Inférieure	.024
	Supérieure	.040
SRMR	< .05 Très bon ; < .08 Bon	.048
TLI	> .95 Très bon ; > .90 Bon	.918
CFI	> .95 Très bon ; > .90 Bon	.931

Note. *** $P < .001$ **Étape 9 : Cohérence interne de l'AHPB-27**

La septième étape dans la démarche de validation d'instruments de mesure psychologique que proposent Gana et al. (2021), consiste à apporter/fournir des preuves basées sur la fiabilité/précisions des scores. Autrement dit, il s'agit d'évaluer la consistance interne du nouvel outil. En effet, lorsque l'étape précédente a été franchie avec succès, c'est-à-dire la structure factorielle confirmée et les saturations factorielles satisfaisantes, les mêmes données peuvent alors servir à l'analyse de fiabilité/fidélité pour apporter des preuves plaidant en faveur du degré de précision des scores au nouveau test (Gana et al., 2021).

La consistance interne de l'AHPB-27 a été évaluée à l'aide de deux coefficients. Les résultats montrent que pour ce modèle multidimensionnel à 27 items, la consistance interne était très bonne $\alpha = .878$ et $\omega = .885$. L'intervalle de confiance de l'alpha de Cronbach à 95 % est de [.842 - .911]. Les valeurs de l'alpha de Cronbach et du coefficient Oméga des huit dimensions varient respectivement entre .616 et .844, et entre .622 et .854 (Table 5.5).

Tableau 5.5*Consistance interne de l'AHPB-27 et ses facteurs*

N°	Facteurs	Items	α	ω	IC à 95% de α
1	Santé spirituelle	05	.844	.854	.798-.885
2	Relation interpersonnelle	03	.828	.831	.774-.874
3	Exercice physique	03	.702	.743	.623-.770
4	Gestion du stress	03	.749	.799	.679-.809
5	Appréciation de la vie	04	.687	.696	.611-.654
6	Hygiène du sommeil	03	.643	.662	.611-.754
7	Responsabilité en santé	03	.616	.622	.519-.699
8	Soutien social	03	.639	.645	.548-.718
	Total	27	.878	.885	.842-.911

Étape 10 : Validité de construit

Apporter/fournir des preuves de validité basées sur les relations avec d'autres construits du réseau nomologique est une étape fondamentale dans l'adaptation transculturelle d'un questionnaire selon la démarche que proposent Gana et al. (2021). Car, pour qu'un score à un test soit valide, il doit également être fiable. À contrario, l'inverse n'est pas vrai. C'est pourquoi après les preuves étayant la fiabilité des scores, il faut s'atteler à en apporter d'autres plaidant en faveur de leur validité (Gana et al., 2021). Parmi ces preuves, il y a celles basées sur les relations entre les scores à notre test et les scores à d'autres construits qui lui sont proches et reliés (Drost, n.d. ; Gana et al., 2021). Elle est basée sur le degré de correspondance entre une mesure de l'épreuve et un ou plusieurs référent(s) externe(s) (critères ou outils), habituellement mesurés par leur corrélation (Drost, n.d.). De manière pratique, il peut être question de savoir si les scores obtenus à notre test permettent de prédire dans les faits, comme attendu, des comportements/attributs futurs ? Dans ce cas, on parlera de validité prédictive. On peut aussi chercher à savoir si des scores à des tests différents mais proches corréleront significativement

entre eux ? Dans cet autre cas, on parle de validité convergente. Ces techniques permettent d'apporter des indices allant dans le sens de la confirmation de la validité des scores d'un test. Dans notre analyse de cette huitième étape, nous avons choisi de vérifier la validité de construit de type convergente de l'AHPB-27.

Deux questionnaires ont été utilisés pour explorer la validité de construit de type convergente de l'AHPB-27. Il s'agit de la liste de contrôle des comportements de santé : le *Health Behavior Checklist* ([HBC], Hampson et al., 2019) et le questionnaire de mesure des comportements de protection de la santé : le *Health Protective Behavior Scale* ([HPBS], Ping et al., 2018). Les résultats (tableau 5.6) montrent que le questionnaire d'évaluation des comportements de promotion de la santé à 27 items (AHPB-27), ainsi que ses dimensions corrèlent significativement avec les deux outils à l'exception de la dimension relation interpersonnelle qui ne corrèle pas avec le HBC. Cela confirme la validité de construit de l'AHPB-27 et ce faisant, consolide notre deuxième hypothèse.

Tableau 5.6*Corrélation entre les différents facteurs de l'AHPB-27*

Facteurs	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	AHPB27	HBC	HPBS
F1	—										
F2	.086	—									
F3	.171**	.112*	—								
F4	.184***	.207***	.256***	—							
F5	.139*	.227***	.254***	.340***	—						
F6	-.006	.133*	.280***	.109*	.147**	—					
F7	.057	.004	.256***	.167**	.283***	.241***	—				
F8	.061	.306***	.223***	.263***	.306***	.125*	.151**	—			
AHPB27	.545***	.463***	.592***	.588***	.602***	.425	.471***	.511***	—		
HBC	.120*	.097	.305**	.332**	.254**	.275**	.372**	.112*	.426**	—	
HPBS	.139*	.122*	.216**	.304**	.273**	.336**	.322**	.179**	.430**	.524**	—

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$; F1 = santé spirituelle ; F2 = Relation Interpersonnelle ; F3 = Exercice physique ; F4 = Gestion du stress ; F5 = Appréciation de la vie ; F6 = Hygiène du sommeil ; F7 = Responsabilité en santé ; F8 = Soutien social.

5.3.2 Variables sociodémographiques et l'AHPB-27

Les analyses de variances et du test *t de student* ont été réalisés afin de tester les capacités de discrimination de l'AHPB-27. Les résultats ont montré que le sexe des participants ne semble pas associé de manière statistiquement significative aux résultats de l'AHPB-27 : Wilk's $\Delta = .578$, $F(1.338) = 2.293$, $p = .131$, $\eta^2 = .007$. L'analyse des sous-dimensions montre aussi que le sexe n'est pas associé à la santé spirituelle (Wilk's $\Delta = .602$, $F(1.338) = .530$, $p = .467$, $\eta^2 = .002$) ; à la relation interpersonnelle (Wilk's $\Delta = .257$, $F(1.338) = .250$, $p = .617$, $\eta^2 = .001$) ; à la gestion du stress (Wilk's $\Delta = .010$, $F(1.338) = .009$, $p = .923$, $\eta^2 = .000$). Mais également, le sexe n'est pas associé à l'appréciation de la vie (Wilk's $\Delta = 1.703$, $F(1.338) = 3.299$, $p = .070$, $\eta^2 = .010$) ; à l'hygiène du sommeil (Wilk's $\Delta = .133$, $F(1.338) = .160$, $p = .689$, $\eta^2 = .000$) et au soutien social (Wilk's $\Delta = 2.268$, $F(1.338) = 3.333$, $p = .069$, $\eta^2 = .010$). À contrario, le sexe est lié à la pratique de l'exercice physique (Wilk's $\Delta = 34.452$, $F(1.338) = 33.137$, $p < .001$, $\eta^2 = .089$), car la moyenne pour les participants garçons ($M = 3.29$, $ET = 1.05$) était plus haute que celle des participants filles ($M = 2.61$, $ET = 1.00$). Les garçons comparés aux filles pratiquent plus du sport. Par contre, les filles ($M = 3.70$, $ET = .93$) sont plus responsables en matière de santé que les garçons ($M = 3.40$, $ET = .99$). Le test confirme que le sexe est significativement associé à la responsabilité en santé (Wilk's $\Delta = 6.726$, $F(1.338) = 7.411$, $p < .007$, $\eta^2 = .021$).

Nos résultats montrent également que l'âge n'est pas significativement lié à l'ensemble des 27 items de l'AHPB-27 (Wilk's $\Delta = 1.138$, $F(8.330) = .493$, $p = .879$, $\eta^2 = .011$), ainsi qu'à ses sous-dimensions. Il en est de même quand on compare les adolescents (13-17 ans) aux jeunes adultes (18-25 ans). On constate globalement que la différence n'est pas significative (Wilk's $\Delta = .557$, $F(2.337) = 1.102$, $p = .333$, $\eta^2 = .006$). Lorsqu'on regarde les sous-dimensions, la situation est quasi-identique.

Le lien entre les comportements de promotion de la santé d'une part, et le croisement du sexe des participants, le statut, la classe fréquentée et le parcours scolaire (quatre prédicteurs) est faible ($R = .143$). Le sexe, le statut, la classe fréquentée et le parcours scolaire expliquent globalement deux pourcent des variations du comportement de promotion de la santé. Chacun de ces prédicteurs est, sur notre échantillon, lié négativement aux comportements de promotion de la santé. Le coefficient de régression associé au sexe ($-.102$) pas significativement positif ($t = -1.75$, $p = .081$). Il en est de même pour le statut des participants. Le coefficient de régression associé est de $-.013$ et n'est pas significativement lié aux comportements de promotion de la santé ($t = -1.26$, $p = .207$). La classe fréquentée est associée à un coefficient de régression de -

.076 alors que le parcours scolaire a un coefficient nul (.002). Les deux ne sont pas statistiquement significatifs avec $t = -1.646$, et $p = .101$ pour la classe fréquentée et $t = -.003$, et $p = .959$ pour le parcours scolaire. Enfin, les coefficients de régression standardisés β montrent que le sexe est plus discriminant ($\beta = -.096$) que la classe fréquentée ($\beta = -.090$), le statut du participant ($\beta = -.069$) et la parcours scolaire ($\beta = .003$).

5.4 Discussion

Dans les sociétés multilingues, multiculturelles et multirégionales, développer des tests a-culturels (*culture free*) ou plutôt, culturellement équitables (*culture-fair*) – c’est-à-dire une évaluation culturellement impartiale, débarrassée de toute forme d’influences ethno-culturelles sans lien direct au construit et pouvant en biaiser la mesure – est une ancienne exigence d’équité et d’éthique (Cattell, 1940, cité par Gana et al., 2021). Afin de s’arrimer à cette ancienne exigence, notre étude s’était fixé le but de faire une adaptation d’une échelle composite d’évaluation des comportements de promotion de la santé pour adolescents et jeunes adultes ainsi que ses implications et limites pour un usage clinique approprié chez les adolescents et jeunes adultes. L’adolescence est une phase fragile/déterminante dont les expériences vécues ont des répercussions sur l’état de santé présent/futur de l’adolescent (Chen et al., 2014 ; Hendricks et al., 2006 ; Menahem, 2004 ; Pender et al., 2011 ; Saboga-Nunes et al., 2020). Nous avons dès lors convié les personnes âgées de 15-25 ans à la complétion des 51 items initiaux de l’AHPB-27, un questionnaire composé des items de l’AHP-40 de Chen et al. (2003) auquel ont été associées les dimensions santé spirituelle (Gaete et al., 2019) et santé mentale (Bandari et al., 2020).

Les analyses initiales réalisées sur une base de 51 items issus de trois questionnaires préexistants, ont révélé une structure multidimensionnelle avec 10 dimensions spécifiques et inter-reliées. Mais, les analyses suivantes, notamment l’analyse factorielle et la consistance interne, ont montré que la structure à huit facteurs avec 27 items et expliquant 56.69 % de la variance totale était bien ajustée aux données (Hypothèse 1). C’est pourquoi le nouvel outil a été appelé AHPB-27. Dans cette étude impliquant des adolescents et jeunes adultes camerounais, la saturation factorielle de .50 a été retenue (Dancey & Reidy, 2004/2007), et justifierait le nombre total des items retenus ($n = 27$) ainsi que le nombre de facteurs ($n = 08$). Les huit facteurs ont des niveaux d’importance différents au sein de notre échantillon. Nous avons trouvé que le facteur le plus important était la santé spirituelle et le moins important, le soutien social. Ils expliquent respectivement 9.42 % et 5.99 % de la variance totale. Ceci révèle

la place que les adolescents camerounais accordent aux croyances et à la pratique de la spiritualité ; mais aussi aux autres facteurs. Selon Rojas-Barahona et al. (2017), le poids de chaque facteur issu d'une analyse factorielle s'expliquerait par les réalités culturelles. Dans notre étude, la différence en termes de proportion de variances expliquées par chaque facteur est assez faible. Autrement dit, les différents facteurs ont sensiblement la même importance pour notre échantillon. Ceci serait conforme à ce que Paré Kaboré et Nabaloum-Bakyono (2014), en parlant du contexte socio-psychologique africain, le qualifiaient d'holistique. Le Cameroun aurait alors tendance à accorder une priorité à une approche holistique dans son processus même d'éducation.

L'analyse factorielle confirmatoire a montré que l'AHPB-27 était bien ajustée auprès de notre population. Elle affiche huit facteurs comme théoriquement attendu. Toutefois, trois constats se dégagent : 1) la dimension initiale appelée « comportement alimentaire » (nutrition) ne se dégage pas des huit facteurs ; 2) les items de la dimension initiale dénommée « Soutien social » constituent désormais deux facteurs indépendants ; et 3) enfin, une nouvelle dimension labélisée « Hygiène du sommeil », s'est constituée à partir des items de deux facteurs initiaux (Hypothèse 3). Diverses raisons peuvent aider à comprendre ces ajustements auprès de la population camerounaise.

Concernant la dimension « nutrition », nos résultats statistiques n'ont pas permis de la retenir. Bien plus, aucun des six items constituant cette dimension ne contribue à la construction d'un autre facteur. Ceci serait dû au fait que les adolescents camerounais ne trouveraient pas en la façon de se nourrir un comportement de promotion de la santé (Gaete et al., 2019). Ils ne sauraient pas que manger trois repas chaque jour ; choisir les nourritures sans trop d'huile, consommer les aliments riches en fibres (comme des fruits et des légumes) ; boire au moins 1,5 litres d'eau par jour (ou 6–8 verres) ou encore que, le fait pour chaque repas d'inclure cinq groupes d'aliments (Ex., pains, viande, lait, fruit, légume) sont des déterminants pour leur santé. Ce qui est dommageable. Néanmoins, dire que les jeunes ne savent pas qu'avoir une alimentation équilibrée est bien pour la santé semble peu réaliste au vu des curricula de formation des écoles primaires camerounaises par exemple (Ministère de l'éducation de base [MINEDUB], 2018a, 2018b, 2018c, 2018d). Dès lors, il est plus probable d'admettre que les jeunes savent très bien qu'avoir une bonne alimentation est un comportement pro-santé pour autant qu'ils n'ont pas de pouvoir de le faire pour différentes raisons. Au Cameroun déjà, la diversité alimentaire n'est pas assurée pour tous (Minsanté & UNICEF, 2008). Une attitude similaire a été observée chez les adolescents chiliens. En effet, ils ne considèrent pas le fait de

prendre le petit déjeuner comme un comportement de promotion de la santé. Par contre, l'action de ne pas prendre le petit déjeuner est perçue comme une action de lutte contre l'obésité (Gaete et al., 2019). La dimension nutrition présente dans le questionnaire initial, est au bout du compte absente de l'AHPB-27. Cette situation n'est pas nouvelle dans la littérature. Il arrive très souvent que des items (ou un facteur) soient retirés de l'outil final pour diverses raisons. Dans le projet initial de Chen et al. (2003), leur volonté était de concevoir un outil qui mesure à la fois les comportements de promotion de la santé et de protection de la santé. Pour ce faire, les variables mesurant les comportements de protection de la santé y ont été introduites. Cependant, à la suite des analyses, aucun de ces items n'a été retenu. Chen et al. (2003) donnent plusieurs raisons à cette situation : leur distribution n'était pas normalement distribuée et ils avaient une faible saturation factorielle. Enfin, ils ajoutent que ceci indiquerait qu'« *aucun participant n'était engagé dans l'adoption desdits comportements* » (Chen et al., 2003, p. 109). Cette dernière explication est plus vraisemblable pour la situation de nos adolescents, étant donné que « *10 à 20 % d'entre eux présentent des problèmes de malnutrition* » (Minsanté & UNICEF, 2008, p. 11).

Quant à la deuxième situation, où les items d'un facteur initial se sont divisés pour former deux facteurs indépendants, une analyse des différents groupes d'items révèle la nécessité de les conserver comme constituant deux facteurs indépendants. Nous les avons labélisés pour le premier groupe « relation interpersonnelle » (Dancey & Reidy, 2004/2007 ; Gaete et al., 2019). Ce facteur est constitué de trois items (« *Je parle et partage mes sentiments avec les autres ; Je parle de mes inquiétudes avec les autres et Parle de mes problèmes aux autres* »). Leur analyse laisse transparaître l'idée ou le souhait de l'extériorisation de leurs états internes. On y voit une volonté d'informer, d'inviter et même d'imprégner l'autre de nos souffrances afin de bénéficier de son soutien. Par ailleurs, ces items correspondent à quelques exceptions près aux items du facteur relation interpersonnelle de Gaete et al. (2019). Le deuxième groupe a gardé la dénomination initiale « soutien social ». Il est constitué de trois items également : « *Fais un effort d'avoir les bonnes amitiés* » ; « *Fais un effort de sourire ou rire chaque jour* », ; et « *Aime rester en contact avec les proches* ». Ces items traduisent bien, à notre sens, une volonté de participer au bonheur du groupe. Leur conservation garde alors toute sa pertinence. Enfin, au sujet du point trois, nous avons jugé nécessaire de maintenir ce facteur, nonobstant le fait que ses items soient une synthèse de deux facteurs initiaux. En effet, le nouveau facteur est constitué de deux items de la dimension initiale dénommée « santé mentale, sommeil et repos » (« *Me couche le soir à l'heure* » ; et « *Satisfait de mes nuits de sommeil* »), et d'un item de la

dimension initiale labélisée « Gestion du stress » (« *Dors 6 à 8 heures chaque nuit* »). Ce facteur est labélisé « Hygiène du sommeil ». Une observation minutieuse permet de faire un premier constat selon lequel, tous ces items traitent de la question des comportements de promotion de la santé sous le prisme de la gestion du sommeil. Bien plus, la littérature est abondante sur le lien entre le sommeil, la gestion du stress et de notre état de santé général (Guichard et al., 2020 ; Soh et al., 2022). Ainsi, il semble que seuls les items en lien avec le sommeil se sont exprimés de la dimension initiale qui évaluait à la fois la santé mentale, le sommeil et le repos. Cette dimension la gestion du sommeil et la satisfaction qui en sort.

La validité de l'AHPB-27 montre que ce questionnaire multidimensionnel a une assez bonne consistance interne avec $\alpha = .878$ et $\omega = .885$ (Hypothèse 2). Les valeurs de l'alpha de Cronbach et du coefficient oméga des huit dimensions varient respectivement entre .616 et .844, et entre .622 et .854 indiquant que ces valeurs sont « *adéquates* » selon une terminologie recensée par Taber (2017, p. 1278) et acceptables selon Nunnally (1978). Toutefois, les faibles valeurs de ces coefficients pour certaines dimensions seraient dues au nombre réduit d'items par facteur dans l'échelle globale (Tavakol & Dennick, 2011) et/ou encore à la faible corrélation entre les facteurs (Taber, 2017). Comparer à d'autres études sur la conception et/ou l'adaptation d'échelles de mesure psychologique, ces valeurs sont bien meilleures que celles rapportées par Mun et al. (2015) dans leur échelle qui variaient entre .50 et .60. Cependant, ces coefficients doivent être considérés avec une certaine relativité. Leurs valeurs ne traduisent pas toujours dans les faits, ce qu'elles prétendent faire : évaluer la cohérence entre les items (Taber, 2017). Un outil peut avoir une valeur alpha de Cronbach acceptable alors que les items ne mesurent pas la même chose (voir Mun et al., 2015).

Les résultats de cette étude ont montré que l'AHPB-27 n'est pas significativement associé au sexe. À contrario, une différence significative a été relevée dans la dimension pratique de l'exercice physique entre les filles et les garçons. Ces derniers ont les meilleurs scores que les filles. Ce même résultat avait été obtenu par Gaete et al. (2019) auprès des adolescents latino. Ces conclusions sont logiques pour plus d'une raison. D'abord, selon Miller et al. (1993), les garçons rapportent toujours être plus actifs physiquement que les filles dans toutes les études, quelle qu'elle soit la tranche d'âge. Bien plus, l'environnement scolaire tend à favoriser les garçons que les filles dans la pratique du sport (Gaete et al., 2019). À titre d'exemple, l'éducation physique dans les écoles reste encore dominée par les sports tels que le football qui est plus encouragé chez les garçons que chez les filles. Cet entraînement scolaire peut augmenter l'intérêt dans les sports parmi les garçons, mais aussi en même temps, décourager

des filles dans la pratique des activités physiques. Notre analyse relève également une différence significative entre les garçons et les filles, mais cette fois-ci sur les comportements de responsabilité en santé. Ici, les scores des filles étaient supérieurs à ceux des garçons.

Forces et faiblesses de l'AHPB-27

Les forces du nouveau questionnaire résident premièrement dans la large gamme des comportements de promotion de la santé qu'il mesure. Ce questionnaire est le premier outil à mesurer huit domaines des comportements de promotion (exclusivement) de la santé. Deuxièmement, la forte saturation factorielle des items qui composent l'AHPB-27. L'ensemble des 27 items qui constituent ce questionnaire ont des saturations factorielles supérieures à .50. Enfin, l'autre force est liée au temps d'administration. Avec 27 items, le questionnaire AHPB-27 se présente comme le plus court des outils mesurant les comportements de promotion de la santé après l'AHP-SF (Chen et al., 2014).

Cependant, cette étude n'est pas sans limites. Les différences culturelles peuvent exister entre adolescents des différentes régions géographiques du Cameroun, ou au regard des quatre grandes aires culturelles du pays. Notre étude a été menée dans une petite partie de la ville de Yaoundé, capitale politique du pays. Bien qu'elle soit une ville cosmopolite, il serait intéressant d'éprouver les qualités métrologiques de ce nouvel outil dans les autres régions du pays. En plus, l'AFE et l'AFC n'ont pas été faites sur deux échantillons différents comme le recommandent certaines études. Ceci est dû à la taille limitée de l'échantillon à l'étude, qu'il convient alors d'élargir dans les études futures. L'adolescence est une période qui commence selon de nombreuses sources vers 13 ans. Or, cette étude n'a pris en compte que les personnes ayant 15 ans et plus. Il s'avère nécessaire de tester la validité de cet instrument auprès de cette catégorie. Une autre limite de ce nouveau questionnaire est qu'il ne permet pas de mesurer tous les aspects du comportement de promotion de la santé comme envisagé par nous au début du projet. Il ne permet pas par exemple, d'évaluer les comportements alimentaires des adolescents. Des recherches seront nécessaires pour apporter des éléments de réponses à ces différentes limites.

Enfin, notre démarche de validation était basée sur les étapes d'adaptation transculturelle de tests/échelles de mesure psychologiques de Gana et al. (2021). Selon cette démarche, 10 étapes sont nécessaires pour réaliser une adaptation valide. Cependant, dans notre analyse, seules huit étapes, notamment les huit premières, ont été mises en œuvre. L'étape 9, appelée contre-validation/réplication, n'a pas été éprouvée. Elle recommande dans la démarche de validation,

de réaliser après huit premières étapes, une nouvelle étude avec un nouvel échantillon assez large ($n > 500$) visant à répliquer l'étude à l'effet d'obtenir les mêmes résultats (structure interne, fiabilité et validité des scores. . .). C'est une étape de vérification en somme. Les études ultérieures utilisant l'AHPB-27 pourraient aider à la vérification de cette étape. L'étape 10, visant à établir des normes ou des scores cliniquement significatifs pour le nouveau test, n'a pas elle aussi été soumise à l'épreuve des faits. Elle aurait permis, si l'étude de contre-validation arrivait à tenir toutes ses promesses, que ces données puissent servir à établir un étalonnage, voire, définir des scores seuils/scores cliniquement significatifs permettant de « diagnostiquer », « dépister » le phénomène étudié (Gana et al., 2021). Le fait que ces deux étapes n'aient pas été réalisées dans notre étude, constitue certes une limite certes, mais, en même temps, cela reste conforme aux recommandations de Gana et al. (2021) qui reconnaissent la nécessité d'une application somme toute rigoureuse de ces étapes, sans toutefois exclure les possibilités d'adaptation (Gana et al., 2021).

5.5 Conclusion

Les comportements de promotion de la santé constituent une problématique actuelle. Cependant, la perspective développementale d'un outil permettant d'évaluer ces comportements auprès des adolescents de langue française et d'origine africaine, restait inexplorée. Bien plus aucun outil ne capturait l'ensemble de ses dimensions possibles. Dès lors, l'objectif de cette étude était de proposer un outil composite d'évaluation des comportements de promotion de la santé complet. L'*Adolescents Health Promotion Behaviors scale (AHPB-27)* se présente alors comme un questionnaire composite d'évaluation des comportements de promotion de la santé pour adolescents camerounais. Il a des qualités psychométriques valides et peut être utilisé dans différents contextes par différents professionnels. D'ailleurs, nous recommandons son usage dans le cadre scolaire par les responsables de la santé scolaire pour évaluer les comportements de promotion de la santé chez les élèves. L'AHPB-27 peut être aussi utilisé comme un guide pratique pour évaluer la santé des adolescents et identifier les comportements malsains par les infirmiers et les agents des services de santé communautaire.

Chapter 6: Health literacy in Cameroon: A cross-sectional national survey

6.1 Introduction

Health literacy (HL) is the ability of an individual to obtain and translate knowledge and information in order to maintain and improve health in a way which is appropriate to that individual and system contexts (Liu et al., 2020). It has become a priority for health in the 21st century (Sørensen, 2019), and the best predictor of an individual health (Mantwill et al., 2015). Therefore, many countries and organizations around the world have included HL as a key priority in their policies and practices (Nutbeam et al., 2018; Pleasant, 2012; Okan, 2019; Trezona et al., 2018a). Specifically, HL has recently gained importance on the European health agenda (Muhanga & Malungo, 2017; Sørensen et al., 2015).

Despite “*the growing attention on the concept of HL among European health policy-makers, researchers and practitioners; information about the status of HL in Europe and globally were still scarce in 2015*” (Sørensen et al., 2015, p. 1053). The situation is even worse in most developing countries where very little has been done and documented on HL despite the importance of health information, which partly forms HL and the fact that health information being listed among priorities under most of these countries’ National Health Research Priorities (Muhanga & Malungo, 2017). In many African countries such as Cameroon, information about the status of HL among population remains scarce. While several studies have demonstrated the prevalence of limited health literacy across the world (Pleasant, 2012; Sørensen et al., 2015), population data on HL levels in Cameroon remains unexplored. To address this shortcoming, this study aims to describe General Health Literacy (GHL) level among Cameroonians and brings out the factors associated with, in other to provide information to those in charge of population health and Cameroon health policy-makers. This can create awareness about HL and about what it is.

6.1.1 What is HL?

Health literacy can be looked in various ways, in various contexts and applied differently (Malloy-Weir et al., 2016). This makes the concept relative. There exist different definitions of

HL (Bröder et al., 2017; Bröder et al., 2019a; Cadman, 2017; Liu et al., 2020; Malloy-Weir et al., 2016; Massey et al., 2012; Zarcadoolas et al., 2005; Sørensen et al., 2012). A systematic literature review and critical analysis to determine the extent to which definitions of HL differ in the academic literature, the similarities and differences across definitions, and possible interpretations for the most commonly used definitions identified 250 different definitions (Malloy-Weir et al., 2016). Despite this variety of definitions, it is worth noted firstly that research on HL regarded it as a one-dimensional concept, which primarily focused on reading ability or functional health literacy. However, with the evolution of the HL field, it has become clear that HL encompasses multiple dimensions, and that it is a rather complex and heterogeneous construct (Sørensen, 2019).

Health literacy was first proposed in 1974 by Simonds in the United States with regards to health education in schools (Simonds, 1974). It is now being used internationally, not only in health care, but also within the public health context (Pleasant, 2012; Kickbusch et al., 2013). According to Sørensen (2019), the first clear definition is from 1995. HL is stated as the capacity of individuals to obtain, interpret, and understand basic health information and services and the competence to use such information and services in ways which enhance health (Joint Committee on National Health Education Standards, 1995). Three years after, the term HL was introduced to the WHO glossary and defined as the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to understand and use information in ways which promote and maintain good health (Nutbeam, 1998).

The first complete definition of HL which consider most of the aspect of HL was proposed by the European Health Literacy Project (HLS-EU) in 2012 (Sørensen et al., 2012). From a systematic literature review of existing HL definitions and models, a complete definition of the concept of HL is proposed as follow:

Health literacy is linked to literacy and entails the motivation, knowledges and competencies to access, understand, appraise and apply health information in order to make judgements and take decisions in everyday life concerning healthcare, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life throughout the course of life. (Sørensen et al., 2012, p. 3)

Based on this definition, Sørensen et al. (2012) developed a conceptual framework outlining the main dimensions of HL as mentioned in the literature, and integrating them in a logical model identifying the proximal and distal factors that may impact on HL, as well as potential

consequences of HL in terms of health related behaviors, health outcomes and health service use (Sørensen et al., 2012, 2013).

6.1.2 Why is it important to know about HL skills of populations?

It is important to know about HL of a population because the society in which we live in today contains much more information, and it is not surprising that many people do not have the skills to be health literate in all situations due to impediments by an almost endless list of barriers, circumstances and information processing demands (Muhanga & Malungo, 2017). According to the result of first comparative European HL survey, HL is influenced by personal, situational and societal determinants and has, in turn, an impact on healthcare use and costs, health behaviour and status, participation and empowerment as well as sustainability and equity (Sørensen et al., 2012). Therefore, mastery and developing HL among people has become very important to practitioners, educators, policy makers, and an individual to promote health. Furthermore, Zarcadoolas et al. (2005) highlight that:

A health-literate person is able to apply health concepts and information to novel situations, and to participate in ongoing public and private dialogues about health, medicine, scientific knowledge and cultural beliefs, hence defining health literacy as ‘the wide range of skills and competencies that people develop to seek out, comprehend, evaluate, and use health information and concepts to make informed choices, reduce health risks, and increase quality of life. (p. 196)

To continue with the reflexion of Zarcadoolas et al. (2005), and Muhanga and Malungo (2017) identify six competences that a health-literate person ideally supposes to have. To them, a health-literate individual is able to seek and assess the health information required to: (i) understand and carry out instructions for self-care, including the administering of complex daily medical regimens, (ii) plan and achieve the lifestyle adjustments required for improved health, (iii) make informed positive health-related decisions, (iv) know how and when to access health care, (v) share health promoting activities with others, and, (vi) address health issues in the community and society (Muhanga & Malungo, 2017).

It is also important to know the HL level of the population because several initiatives and studies have raised awareness of the importance of HL to health, increased uptake of healthy behaviors and health care and have drawn attention to the need for measures of HL based on evidence that there is a relationship between HL and health outcomes (Baker et al., 2007; Berkman et al.,

2011; Bragard et al., 2018; Bröder et al., 2019a; Khorasani et al., 2020; Liu et al., 2020; Mantwill et al., 2015; Muhanga & Malungo, 2017; Nutbeam, 2000; Sørensen et al., 2012; Trézona et al., 2017). In this sense, studies have shown that individual HL is linked to social health inequity (Kickbusch et al., 2013); that low individual HL level is associated with poor health outcomes and low health care utilization (Berkman et al., 2011; Vandenbosch et al., 2016). In this light, low HL have a negative impact on health and quality of life. In their study, Ehmann et al. (2020) demonstrated moderate correlations between HL and quality of life and subjective health status. Apart from having a negative impact on health and quality of life, low HL level is associated to financial toll. In 2009 in Canada, low HL level cost around 3 to 5% of the total health care budget for that year (Eichler et al., 2009). Low HL level is also associated with a variety of adverse health outcomes, including increased mortality, hospitalization (Mitchell et al., 2012), and in some cases poorer control of chronic health conditions (Baker et al., 2007).

Bröder et al. (2019b) discuss children's and young people's HL by elaborating and exploring childhood and youth as life phases with unique characteristics. The unique particularities of children and young people relevant for HL include their disease and health-risk profiles, their vulnerability to demographic factors, their social role and status, and their right to participate actively in their own health. Bröder et al. (2019b) perspective have to be taken more into consideration in Africa and particularly in Cameroon's context where this category represents 42,5% of the total population. In Africa, many studies also established the link between HL and health (Amoah & Phillips, 2018; Ansu-Yeboah et al., 2019). Although in Sub-Saharan Africa particularly, service coverage and health outcomes vary hugely between and within many countries (Amoah & Phillips, 2018), it was observed that limited HL is associated with self-esteem, health status, year of study and living in urban area (Amoah & Phillips, 2018; Ansu-Yeboah et al., 2019; Marimwe & Dowse, 2019).

Due to the significant benefits of HL to individual and public health, and the sustainability of healthcare systems, increasing attention has been attached to this concept over the past two decades and HL seems to be presenting separately by researchers as a multidimensional (Nutbeam, 2000; Zarcadoolas et al., 2005), complex (Muvuka et al., 2020; Van den Broucke & Discart, 2016) or heterogeneous concept (Debussche et al., 2018; Osborne et al., 2013). HL is also presented as a concept that is both multidimensional, complex and heterogeneous (Sørensen, 2019). Understanding HL as multidimensional, researchers will be able to

investigate the array of contributing factors that may further explain the link between literacy and health (Sørensen, 2019).

6.1.3 How is HL conceptualized?

In the last two decades the conceptual approach of HL has moved beyond an individual approach to an approach considering HL embedded in a societal context, it has influence the relationship and interaction between individuals and the societal services to maintain and improve health (Parker & Ratzan, 2010). Moreover, today HL skills required by individuals to interact effectively with health services depends on the complexity of those services, and the demands they place on people (Trezona et al., 2017). Therefore, most interest is now according to the development of the organisational health literacy responsiveness (Khorasani et al., 2020; Trezona et al., 2017). However, in this study, we focused only on individual HL framework.

Nutbeam (2000) present a conceptual model of HL as a key outcome from health education. For him, HL is a composite term to describe a range of outcomes to health education and communication activities. In this perspective, three dimensions are distinguished: functional literacy, which involves basic skills (reading, writing, etc.) to access health information; interactive literacy, which refers to more advanced cognitive skills to understand this information; and critical literacy, which involves in-depth cognitive and social skills that ultimately lead to better control of life events (Nutbeam, 2008). HL being an involving concept, is conceptualised as a risk factor and as asset (Nutbeam, 2008). As a risk model, HL is a distinct concept, an outcome to health and patient education. In the risk model HL is a “prior status” derived from existing literacy and numeracy. In the asset model, “*health education is directed towards enabling individuals to exert greater control over a broad range of factors that determine health*” (Nutbeam, 2008, pp. 2076- 2077). As both perspectives are important and useful to enable a better understanding of health communication processes in clinical and community settings, any definition of HL needs to integrate both views (Sørensen et al., 2012).

The European Health Literacy Consortium in 2012, developed an integrated conceptual model of HL based on a systematic review of existing definitions and conceptualizations of HL (Sørensen et al., 2012). This integrated model combines the qualities of a conceptual model outlining the most comprehensive dimensions of HL, and of a logical model, showing the proximal and distal factors, which impact on HL as well as the pathways linking HL to health outcomes (Sørensen et al., 2012). This integrated conceptual model as the conceptual model of Nutbeam (2000), also bridge the gap between the individual and the societal approach, which

was found by Freedman et al. (2009). The latter authors argued that a distinction must be made between public and individual HL.

According to the authors of the integrated conceptual model of HL, the core of the model shows the competencies related to the process of accessing, understanding, appraising and applying health-related information (Sørensen et al., 2012). Also, according to the ‘all inclusive’ definition this process requires four types of competencies: (1) Access refers to the ability to seek, find and obtain health information; (2) Understand refers to the ability to comprehend the health information that is accessed; (3) Appraise describes the ability to interpret, filter, judge and evaluate the health information that has been accessed; and (4) Apply refers to the ability to communicate and use the information to make a decision to maintain and improve health. The model can serve as a basis for developing HL enhancing interventions and provide a conceptual basis for the development and validation of measurement tools, capturing the different dimensions of HL within the healthcare, disease prevention and health promotion settings.

Based on this conceptual approach, the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q) was developed to measure HL among European population. This model integrates four health information processing skills (accessing, understanding, appraising, and applying health information) applied in three health contexts (healthcare, disease prevention, and health promotion). This tool is used in this study to access HL levels in Cameroonians since no tool used in measuring HL has been elaborated in a country in sub-Saharan Africa (Bragard et al., 2018). In Cameroon, there are currently no studies evaluating the HL levels among general population or any other social groups. But, recently, one research based on the definition of health literacy from the United State Institute of Medicine (IOM) accessed data from surveys conducted between 2006 and 2015 in 14 sub-Saharan African countries²³ including Cameroon (McClintock et al., 2017). The lack of research in this area makes regional and global comparisons as well as policy decisions difficult. This study, therefore, sought to answer the research question, “What is the level of comprehensive HL and what factors are associated with limited HL among general population?”

²³ Those 14 countries are Cameroon, Democratic Republic of Congo, Ethiopia, Ghana, Guinea, Côte d’Ivoire, Lesotho, Rwanda, Niger, Namibia, Sierra Leone, Swaziland, Togo, and Zambia.

6.2 Methods

Dans la présente étude, la section méthodologie rend compte de l'ensemble des opérations des terrain et d'analyse de données. Elle est constituée de cinq articulations : le type d'étude et les participants, les instruments de collecte de données, la procédure de traduction et de validation du nouvel outil, la collecte de données proprement dite et les considérations éthiques et les techniques d'analyse statistique des données.

6.2.1 Study design, participants and data collection

The study was a cross-sectional national survey. The data were collected from August to December 2020 in Cameroon. Cameroonian aged 15 and above were concerned by the questionnaire. Cameroonians living abroad were excluded from the study as well as those under 15 years. A total of 1,226 participants whose ages ranged between 15 and 96, recruited using the convenience sampling technique, volunteered to take part in this study (620 males; Mean age = 27.99, Standard Deviation age = 9.73). All participants were interviewed randomly either in the street, in their home, in school milieu or online. The study was conducted via two ways: (1) face-to-face participants filled the questionnaire in paper version (n = 650) and (2) online version (n = 576). According to Hohwü et al. (2013), this last filling mode (Web-based questionnaires) could replace traditional paper questionnaires with minor effects on response rates and lower costs. Also, since our tool was bilingual, 82.2 % of participants answered the French version while 17.8 % answered the English version. Participants were invited to be open and honest in their responding.

Participants came from the 10 regions of Cameroon. Four regions had more than 10% of total sample which stem from: West (33.1 %), Far North (18.6 %), North (12.8 %) and Centre (11.5 %). On the other hand, three regions had less than 3 % of the sample: East (1.1 %), Adamaoua (1.2 %) and South-West (2.9 %). At least ½ (48.4 %) participant live in regional head quarter, 27.9% in divisional head quarter while 23.7 % live in rural areas. Our participants therefore were mostly living in urban areas (76.3 %).

6.2.2 Instruments

The final tool consisted of 34 items divided into the following categories: health literacy based on the short European Health Literacy questionnaire (HLS-EU-Q16), Satisfaction with Life Scale ([SWLS], Diener et al., 1985), and sociodemographic indicators.

We used HLS-EU-Q16 to assess GHIL of population (Rouquette et al., 2018). This tool was previously validated in Cameroon context (see chapter 4). The core of the model of this questionnaire was conceived of a 12 cells matrix positing the key processes of accessing, understanding appraising and applying health related information within three domains: healthcare, disease prevention and health promotion (Sørensen et al., 2012). The 16 items reflecting perceived easy or difficulty in an individual's ability to access/obtain health information, understand health information (not only in written form), process/appraise health information, and apply/use health information. Response options include "very easy," "easy," "difficult," and "very difficult." Our tool was bilingual, using both English and French version of HLS-EU-Q16 due to the fact that Cameroon is a bilingual country with 20 % Anglophone's (02 regions over 10) and 80 % Francophone's (8 regions over 10). Cronbach's alpha coefficient of reliability for the 16 items of HLS-EU-Q was high. Cronbach's alpha of .830 was obtained for English version and .848 for French version. Also, two possibilities existed to fill HLS-EU-Q16: paper and online copies. Cronbach's alpha coefficient for paper copy was .723 while for online copy was .886. The global and final Cronbach's alpha coefficient of the 16 items for this study was high .847 compared to .81 and .83 for the HLSEU-Q-16 and the HLS-EU-Q-6, respectively for the original questionnaire (Rouquette et al., 2018). Nonetheless, it was low compared to .928 obtained in Israel (Levin-Zamir et al., 2016) and to .982 obtained in (Juvinyà-Canal et al., 2020).

The standardized index score was used to calculate the total score ($\text{Index} = (\text{average} - 1) * (50/3)$); with the index score ranges from 0 to 50 (Sørensen et al., 2015). As the score on the scale increases, the HL level increases. Four levels of HL were originally constructed: inadequate HL (0–25), problematic HL (>25–33), sufficient HL (>33–42) and excellent HL (>42–50). But, to detect vulnerable groups, the inadequate and problematic levels were combined to a single level, called limited HL (0–33) in previous studies (Rouquette et al., 2018; Sørensen et al., 2015). These three categories are used in this study to make result comparable.

HLS-EU-Q16 was chosen for this work because the HLS-EU-Q methodology has been used in the investigations of numerous other countries of the European Region of the WHO, or even beyond the region (Pelikan et al., 2019). Notably, it was used in Germany (Ehmann et al., 2020), in Belgium (Vandenbosch et al., 2017), in Israel (Levin-Zamir et al., 2016) with satisfactory results. It is also because of the absence of a tool more appropriated for the sub-Saharan African context. Until 2018, no tool of measure of the HL has been elaborated in any sub-Saharan African country (Bragard et al., 2018). Overall of this, the main reason is the existing of the valid French

version (Rouquette et al., 2018). Moreover, as the short versions of the HLS-EU-Q are increasingly used to measure and compare GHL in populations within Europe and worldwide, this will facilitate the comparison of our results. Furthermore, since the HLS-EU-Q aim to measure GHL, this meet the objective of this study which is to evaluate the GHL among Cameroon population. In chapter four, our results indicate that HLS-Cam-Q16 and HLS-Cam-Q6 fit with the Cameroonian sample. Therefore, we used this two version along this research.

The satisfaction with life was also measured using SWLS (Diener et al., 1985). The SWLS was developed to assess satisfaction with the respondent's life. The scale does not assess satisfaction with life domains such as health or finances but allows subjects to integrate and weight these domains in whatever way they choose (Pavot & Diener, 1993). Participants were giving five statements that they might agree or disagree with, using the 1-7 scale by indicate his agreement with each item. This help to evaluation relationship between HL and the satisfaction of life which have not yet been explored by many researchers (Amoah, 2018). The Cronbach's alpha coefficient of SWLS was acceptable .711.

Personal factors were gender, age, chronic illness, employment status and speaking mother tongue or any national language. Education was measured by number of years of formal education (highest diploma). Social factors were region of origin, living region, and place of residence and consultation of a traditional doctor in case of illness. These variables were selected because studies showed that HL is determined by individual and environmental factors (Amoah, 2019; Amoah et al., 2019; Shi et al., 2020; Sørensen et al., 2012, 2015). Self-rated health status was measured by asking participants to rate the state of their health on a four-point scale as either very good, good, poor and very poor. This approach has been used successfully across several contexts to measure health status by using five-point scale (Amoah, 2018, 2019).

Ethical considerations

Before administering the questionnaire, participants were informed that the data they provided will be kept confidential and used only for research purposes in accordance with the provisions of article 5 of law n° 91/023 of December 16, 1991 on statistical surveys and censuses in Cameroon. They were also informed that their participation was voluntary and free of charge. In addition, they were assured that any participant who had started completing the questionnaire could withdraw at any time if they wished without having to justify themselves.

The procedure for obtaining informed consent was more or less different for the questionnaires administered online and the questionnaires administered face-to-face. In the latter mode, informed consent was primarily obtained verbally and by answering an item on the questionnaire: "I agree to complete this questionnaire because I understand the advantages, risks and disadvantages of my participation in the study. After reflection, I freely consent to participate. Participants had three response options: 1. Yes, I have had enough information and agree to participate; 2. No, I did not have enough information, I am not participating; or 3. I did not have enough information, but I agree to participate freely. Only participants who chose options 1 & 3 were included in the analyses.

Concerning adolescents under 18 who completed the questionnaire on paper or online, they obtained prior consent from their parents or representatives. Thus, the following item – to which they had to answer yes or no – was added to the preamble: "If I am under 18, I certify that I have completed this questionnaire with the consent of one of my parents or guardians". All minors who answered in the negative were excluded from the final database.

6.2.3 Data analysis

The analyses comprised of descriptive univariate analysis and bivariate analysis using the IBM SPSS Statistics® V23 software package. The univariate analysis examined the frequencies and differences between different sociodemographic factors. Bivariate analysis using t-tests and variance analysis were performed to examine the relationship between HL and sociodemographic variables. The descriptive analysis also included a correlation analysis between SWLS and HL. Finally, the binary multiple regression model was performed to identify HL determinants among sample. The significance level for all associations was set at $p < .05$. All missing values in the data were replaced by the mean for three variables: age, SWLS and HLS-Cam-Q16. Specifically, for HSL-Cam-Q16, all participants having more than two missing values were removed from the sample. This process has been used in previous studies (Amoah, 2018; Amoah & Phillips, 2018; Ehmann et al., 2020).

On the other hand, self-rated health status was measured by asking participants to rate the state of their health on a four-point scale. These data crossing with the results to the scale of HLS-Cam-Q16. Result of the study is presented in two parts. The result of t-test of student between sociodemographic variables with two modalities and HL (Table 6.2) and the result of analysis of variance between sociodemographic variables with more than two modalities and HL (Table

6.3). Finally, for logistic regression analyses, the HLS-Cam-Q16 index was dichotomized into limited (inadequate and problematic) and excellent (sufficient and excellent) HL.

6.3 Results

Results are presenting in three main sections. General health literacy in Cameroon population, health literacy and satisfaction with life, and determinants of health literacy among Cameroon general population.

6.3.1 General Health Literacy in Cameroon

The average index score of health literacy in Cameroon was 30.28 (Standard Deviation = 7.39) out of a potential of 50 points. In our sample (Figure 6.1), at least 4 out of 10 participants (24.6 %) had inadequate HL, 49.7 % had problematic HL, 20.3 % sufficient HL while 5.5% had excellent HL. However, the differences between different regions are important. On the one hand, only 7.7 % of participant of East region and 24.5 % of South region had inadequate HL. On the other hand, East region had no participant with excellent HL while 9.6 % of participant of the North-West had excellent HL.

To detect vulnerable category, Sørensen et al. and Rouquette et al. recommended the combination of the inadequate and problematic levels to a single level, called limited HL to make comparison easy worldwide (Rouquette et al., 2018; Sørensen et al., 2015). The distribution of these three levels according to this study can be seen from table 6.1 below.

Table 6.1

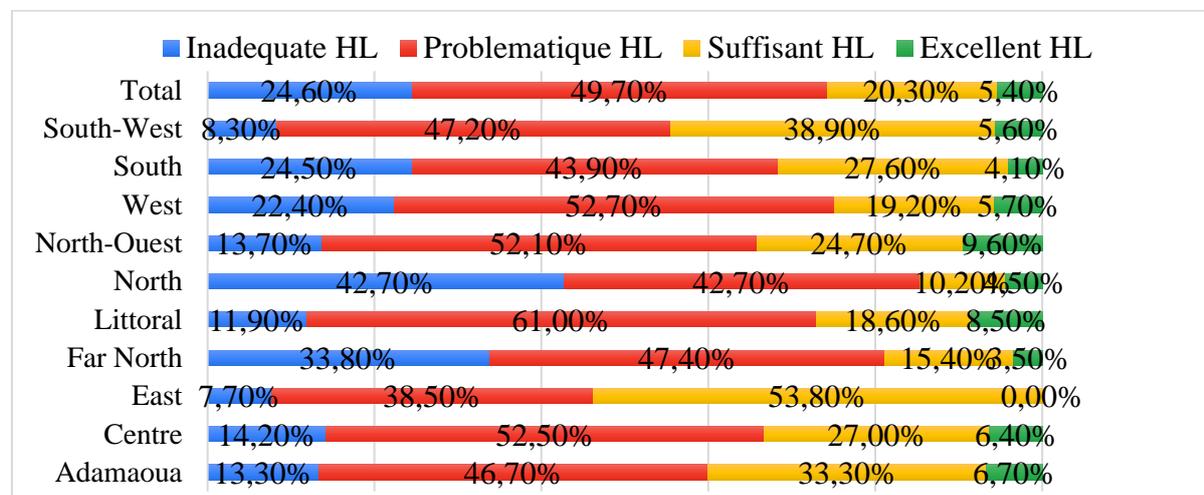
Distribution of the three levels of health literacy among Cameroonian

Levels of Health Literacy (<i>n</i> = 1,226)	<i>N</i>	%	<i>IC 95%Interval</i>
Limited health literacy (Index score values 0–33)	911	74.3	26.79 – 27.43
Sufficient health literacy (Index score values 34–42)	249	20.3	37.05–37.67
Excellent health literacy (Index score values 43–50)	66	5.4	46.61 – 47.62

Results showed that almost 3/4 (74.3 %) respondent in the total sample had limited HL, with the prevalence ranging from 46.2 % in the East region to more than 85.4 % in North region

(Figure 6.1). Meanwhile, 20.3 % had sufficient HL, and only 5.4 % showed likely excellent HL.

Figure 6.1 Levels of GHL index for the total sample and by region of origin



6.3.2 Health literacy and satisfaction with life

The mean score for satisfaction with life among limited HL was 3.66, for sufficient HL 4.17, and for excellent HL participants 4.38. Univariate analyses showed that HL was significantly associated with life satisfaction ($F(2, 1,223) = 38.5, p < .001, \text{partial } \eta^2 = .059$). The conclusion is that, more the HL level increases, more people have satisfaction with life.

After compared different groups of HL according to their life satisfaction, we calculated the correlation and regression for these two variables. First, for knowing if there is a link between the two and second, to know if HL can predict the life satisfaction. Result indicated that there is link between HL and satisfaction for life ($r(1,226) = .291, p < .001$). This link is the first step before analysis of the regression that with permit to examine which variable predict order. More specifically, concerning the good satisfaction with life, the analysis of the regression indicates a positive effect and significant of HL ($\beta = 2.58; t(1,226) = 22.028, p < .001$). This result showed that people that can apply health concepts and information to novel situations, and to participate in ongoing public and private dialogues about health, medicine, scientific knowledge and cultural beliefs mostly estimated having life satisfaction.

6.3.3 Socio-demographic variables and HL among Cameroonian

The Table 6.2 presented result of t-test of student between sociodemographic variables with two modalities and HL.

Table 6.2*T-test of student between some sociodemographic variables and HL*

	Total sample (<i>n</i> = 1,226) <i>n</i> (%)	Limited HL (<i>n</i> = 911) <i>n</i> (%)	Sufficient HL (<i>n</i> = 249) <i>n</i> (%)	Excellent HL (<i>n</i> = 66) <i>n</i> (%)	HL index <i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>p</i> - value
Gender						.484
Male	620(50.6)	460(50.5)	130(52.2)	30(45.5)	30.13 (7.37)	
Female	606(49.4)	451(49.5)	119(47.8)	36(54.5)	30.43 (7.40)	
Speak national tongue						.290
Yes	1074(82.2)	809(88.8)	204(85.9)	61(92.4)	30.19(1074)	
No	150(17.8)	102(11.2)	45(18.1)	5(7.6)	30.87 (150)	
Consultation of traditional doctor						.376
Yes	460(37.5)	351(38.5)	85(34.1)	24(36.4)	30.04 (7.11)	
No	766(62.5)	560(61.5)	164(65.9)	42(63.6)	30.42 (7.55)	
Fill						.000
Copy						
Online copy	576(47)	374(41.1)	154(61.8)	48(72.2)	32.61 (676)	
Paper copy	650(53)	537(58.9)	95(38.2)	18(27.3)	28.21 (650)	
Language						.000
English	218(17.8)	146(16)	54(21.7)	18(27.3)	32.20 (7.08)	
French	1008(82.2)	765(84)	195(78.3)	48(72.7)	29.86 (7.39)	

Results indicated that, (Table 6. 2) there was no statistically significant difference between the mean health literacy index score of female and male study participants ($p = .484$). There was also no significant difference in the index mean HL score between speakers of at least one national language and non-speakers of national language ($p = .290$). Furthermore, there was no significant difference between the mean values in HL of participants who has ever consulted a traditional doctor (or Healer, Talisman, Marabou, Sorcerer, Soothsayer, etc.) for personal health problem or for someone else and participants who has never consulted a traditional doctor for personal health problem; non-employed study participants ($p = .376$). In the opposite, a statistical significant difference in the mean HL index score between participants who filled paper version and those who filled online version ($t(1,224) = 10.912, p <.001$). Also, language is associated with HL. English speaking participants have better HL than French. There is statistical significant difference between their HL mean score ($t(1,224) = -4.256, p <.001$).

As illustrated below, (Table 6.3) they was a statistic significant relationship between the place of residence, age, duration in formal education (higher diploma), chronic diseases, social status and HL knowledge. Specifically, from the data, analysis indicated a statistical significant difference in the mean HL index score between participants living urban areas and those living in semi-urban and rural areas ($F(2; 1,223) = 21.870, p <.001$). Living in urban areas has benefits in developing HL skills and knowledge than semi-urban and rural areas. Also, it was observed that age is associated with HL in this survey ($F(4; 1,221) = 6.106, p <.001$). Indeed, in our survey, HL knowledge increases with age. But, from 55 years, a drastic fall in HL knowledge is noticed. People aged 55 and above are more likely to have poor health skills than younger persons. Furthermore, formal education is associated to HL ($F(5; 1,220) = 24.206, p <.001$). The average HL of participants who have no diploma or who have only completed primary education is 28.57 ($SD = 8.72$) while 34.07 ($SD = 8.64$) was for Doctorate/Ph.D. degree holders. Globally, to the exception of the secondary level participants of the first cycle who have the weakest performance in HL, from primary/no diploma to Doctorate/Ph.D., the HL knowledge increases with the level of education.

Table 6.3*Analysis of variance between some sociodemographic variables and HL*

Independent variable	Total sample (n = 1,226) n(%)	Limited HL (n = 911) n(%)	Sufficient HL (n = 249) n(%)	Excellent HL (n = 66) n(%)	HL index M(SD)	p-value
Place of residence						<.001
Urban	593(48.4)	409(44.9)	136(54.6)	48(72.7)	31.68(7.28)	
Semi-Urban	342(27.9)	268(29.4)	63(25.3)	11(16.7)	29.18(7.31)	
Rural	291(23.7)	234(25.7)	50(20.1)	7(10.6)	28.70(7.17)	
Age (year)						<.001
15-24	501(40.9)	387(42.5)	92(36.9)	22(33.3)	29.53(7.38)	
25-34	516(42.1)	381(41.8)	109(43.8)	26(39.4)	30.41(7.14)	
35-44	134(10.9)	92(10.1)	33(13.3)	9(13.6)	31.98(6.64)	
45-54	44(3.6)	27(3)	9(3.6)	8(12.1)	33.61(9.36)	
< 55	31(2.5)	24(2.6)	6(2.4)	1(1.5)	28.12(9.00)	
Formal education level						<.001
Primary or none	85(6.9)	67(7.4)	11(4.4)	7(10.6)	28.57(8.72)	
Secondary first cycle	388(31.6)	318(34.9)	66(26.5)	4(6.1)	27.89(7.04)	
Secondary second cycle	221(18.0)	178(19.5)	35(14.1)	8(12.1)	29.26(7.38)	
Degree	228(18.6)	154(16.9)	57(22.9)	17(25.8)	32.09(6.54)	
Master Degree	262(21.4)	172(18.9)	68(27.3)	22(33.3)	33.04(6.34)	
Doctorats/Ph.D	42(3.4)	22(2.4)	12(4.8)	8(12.1)	34.07(8.64)	

Independent variable	Total sample (n = 1,226) n(%)	Limited HL (n = 911) n(%)	Sufficient HL (n = 249) n(%)	Excellent HL (n = 66) n(%)	HL index M(SD)	p-value
Chronic Disease						.003
None	997(81.3)	730(80.1)	214(85.9)	53(80.3)	30.53(7.24)	
One	175(14.3)	133(14.6)	32(12.9)	10(15.2)	29.90(7.88)	
Two	26(2.1)	23(2.5)	1(0.4)	2(3)	27.28(8.51)	
More than two	28(2.3)	25(2.7)	2(0.8)	1(1.5)	26.33(6.73)	
Health status						<.001
Very good	185(15.1)	106(11.6)	59(23.7)	20(30.3)	32.82(7.88)	
Good	884(72.1)	662(72.7)	180(72.3)	42(63.6)	30.45(7.09)	
Poor	146(11.9)	132(14.5)	10(4)	4(6.1)	26.51(6.93)	
Very Bad	11(0.9)	11(1.2)	0(0)	0(0)	23.39(5.00)	
Social Status						<.001
Currently student	768(62.6)	592(65)	148(59.4)	28(42.4)	29.37(7.36)	
Currently employed	391(31.9)	268(29.4)	89(35.7)	34(51.5)	32.21(6.92)	
Currently not employed	52(4.2)	38(4.2)	10(4)	4(6.1)	30.04(8.01)	
Currently retired	15(1.2)	13(1.4)	2(0.8)	0(0)	27.01(8.93)	

Another results of this study shows that participant with high HL evaluate their health as very good ($F(3; 1,222) = 24.586, p < .001$) and are satisfied with their life ($F(3; 1,222) = 15.317, p < .001$). Chronic diseases were also crossed with HL. The highest mean score value was obtained by the group of no chronic disease ($M = 30.53, SD = 7.24$). Contrarily, group with more than two chronic diseases obtained least mean score value ($M = 26.33, SD = 7.63$). On the whole, a meaningful effect is observed between chronic diseases and HL ($F(3; 1,222) = 4.673, p = .003$). The last variable explored in the survey is social status. This is also positively linked

to HL knowledge ($F(4; 1,221) = 20.806, p < .001$). Those who are currently employed have the best HL mean index ($M = 32.21; SD = 6.92$) while those currently retired have the poorest performance ($M = 27.01; SD = 8.93$).

On studying the variables associated with HL levels using the binary multiple regression model as table 4 showed, it was observed that Satisfaction with life ($\beta = .552; Wald = 48.058; p < .001$); the type of questionnaire filled ($\beta = .642; Wald = 3.996; p = .046$); language spoken ($\beta = -.670; Wald = 6.219; p = .013$); social status ($\beta = -.797; Wald = 9.620; p = .002$); region of residence ($\beta = 1.640; Wald = 5.266; p = .022$) and health status ($\beta = -.772; Wald = 24.946; p = .001$) variables were associated with health literacy. The $OR = .512$, indicated that participants having French as official language are 51% less likely to have excellent HL than those having English language. In addition, being currently ($OR = .451$) or having more than two chronic diseases ($OR = .462$) is associated for poor risk having excellent HL.

Table 6.4

Variables associated with excellent health literacy using the binary multiple regression model

	<i>B</i>	<i>E.S</i>	<i>Wald</i>	<i>Ddl</i>	<i>Sig.</i>	<i>OR</i>	<i>IC 95% OR</i>	
							<i>Lower</i>	<i>Upper</i>
Satisfaction with life	.552	.08	48.058	1	0	1.737	1.486	2.031
Fill copy (Online copy)	.642	.321	3.996	1	.046	1.9	1.013	3.564
Language (English)	-.67	.269	6.219	1	.013	.512	.302	.866
Social Status (Currently student)	-.797	.257	9.62	1	.002	.451	.272	.746
Living region (South)	1.64	.715	5.266	1	.022	5.156	1.27	20.93
Healthstatus (Very Bad)	-.772	.155	24.946	1	0	.462	.341	.626
Constante	-3.959	1.426	7.705	1	.006	.019		

6.4 Discussion

This article is the first to address Cameroonian HL questions. Its objective was to describe the HL levels of Cameroonian population and its determinants. The results show that the level of HL among our target population is lower compared to other nationwide studies using the same HLS-Cam-Q16. In our sample, which consists mainly of youths ($M = 27.99, SD = 9.73$), 74.3

% had Limited HL (HLS-Cam-Q16 index score values 0-33/50). It means that at least three quarters (3/4) of participants don't have knowledge and competencies to access, understand, appraise, and apply health information in order to make judgements and take decisions in everyday life concerning healthcare, disease prevention, and health promotion to maintain or improve the quality of their life throughout the course of life (Sørensen et al., 2012).

The HLS-EU project which is the first study in Europe to provide population data on HL at the European Union level and to enable a comparison of HL levels between eight selected member states, revealed that about half of sample (47.6 %) surveyed in Europe had limited HL (Sørensen et al., 2015). This ranges from 28.7 % in the Netherlands to more than 62.1% in Bulgaria (Sørensen et al., 2015). While in 2018 in Belgium, 33.4 % of people aged 15 and more had limited HL (Charafeddine et al., 2019) and 78 % of street youth in Ghana in the same year (Amoah et al., 2017). The lowest results in the given identify in the literature were obtained by the inhabitants of Egypt, where as many as 81 % of the respondents had a limited level of health literacy (Almaleh et al., 2017). The sample mainly struggled with health literacy items (Table 6.5) dealing with understand health warnings about behaviour such as smoking, low physical activity and drinking too much (28.5 %); understand your doctor's or pharmacist's instruction on how to take a prescribed medicine (27.7 %); understand why you need health screenings (26.6 %) and understand advice on health from family members or friends (25.6 %).

Table 6.5

Frequencies of HLS-Cam-16 Items among the Sample (n = 1,226)

HLS-Cam-Q16 Items	very easy	Easy	difficult	very difficult
On a scale from very easy to very difficult, how easy would you say it is to:	n(%)			
1 - ...find information on treatments of illnesses that concern you?	72(5,9)	358(29,2)	608(49,6)	188(15,3)
2 - ...find out where to get professional help when you are ill? (<i>referral: doctor, pharmacist, psychologist, etc.</i>)	86(7,0)	337(27,5)	608(49,6)	195(15,9)

HLS-Cam-Q16 Items	very easy	Easy	difficult	very difficult
3 - ...understand what your doctor says to you?	52(4,2)	247(20,1)	725(59,1)	202(16,5)
4 - ...understand your doctor's or pharmacist's instruction on how to take a prescribed medicine?	36(2,9)	158(12,9)	693(56,5)	339(27,7)
5 - ...judge when you may need to get a second opinion from another doctor?	119(9,7)	505(41,2)	477(38,9)	125(10,2)
6 - ...use information the doctor gives you to make decisions about your illness?	62(5,1)	332(27,1)	658(53,7)	174(14,2)
7 - ...follow instructions from your doctor or pharmacist?	43(3,5)	235(19,2)	679(55,4)	269(21,9)
8 - ...find information on how to manage mental health problems like stress or depression?	182(14,8)	519(42,3)	389(31,7)	136(11,1)
9 - ...understand health warnings about behaviour such as smoking, low physical activity and drinking too much?	111(9,1)	215(17,5)	550(44,9)	350(28,5)
10 - ...understand why you need health screenings? (<i>Referral: Breast examination, blood sugar test, blood pressure</i>)	73(6,0)	181(14,8)	646(52,7)	326(26,6)
11 - ...judge if the information on health risks in the media is reliable?(<i>Referral: TV, internet or other media</i>)	92(7,5)	380(31,0)	560(45,7)	194(15,8)
12 - ...decide how you can protect yourself from illness based on information in the	67(5,5)	296(24,1)	645(52,6)	218(17,8)

HLS-Cam-Q16 Items	very easy	Easy	difficult	very difficult
media?(<i>Referral: TV, radio, newspapers, internet or other media</i>)				
13 - ...find out about activities that are good for your mental well-being? (<i>Referral: exercise, walking, etc.</i>)	64(5,2)	275(22,4)	641(52,3)	246(20,1)
14 - ...understand advice on health from family members or friends?	37(3,0)	213(17,4)	662(54,0)	314(25,6)
15 - ...understand information in the media on how to get healthier?(<i>Referral: TV, radio, internet, newspapers, magazines</i>)	56(4,6)	285(23,2)	643(52,4)	242(19,7)
16 - ...judge which everyday behaviour is related to your health? (<i>Referral: Eating and drinking habits, exercise, etc.</i>)	115(9,4)	314(25,6)	553(45,1)	244(19,9)

In general, this study shows that three quarters of Cameroonians compared to one half of Europeans (Sørensen et al., 2015), one third Belgians (Charafeddine et al., 2019) and one fifth Germans (Ehmann et al., 2020), don't have competencies to seek out, comprehend, evaluate, and use health information and concepts to make informed choices, reduce health risks, and increase quality of life (Zarcadoolas et al., 2005). Specifically, 74.3 % of the sample had limited HL, 20.3 % sufficient HL, and only 5.4 % showed likely excellent HL. Comparing to other countries, the proportion of individual with excellent HL is lower. 69 % of people aged of 15 and above have excellent HL in Israel (Levin-Zamir et al., 2016), 66.6 % in Belgium (Charafeddine et al., 2019), 61.9 % in rural Germany (Ehmann et al., 2020), 25.1 % in Netherland and 9.1 % in Spain (Sørensen et al., 2015). Despite the fact the proportion of low HL is high in this study, the result make sense according the characteristic of our sample. First, the participants are too young (mean age = 27.99) in comparison with 55.8 years in Belgium (Vandenbosch et al., 2016) or 63.7 years in Germany (Ehmann et al., 2020). According to Bröder et al. (2019b), young people have unique characteristic in terms of realities, needs, assets and perspectives, and therefore should be considered a specific group regarding HL and its

determinant. This result contrast with existing research that has found youth have higher levels of cognitive function, which enables them to obtain and adopt knowledge from a greater variety of sources (Kobayashi et al., 2015). Second, the official language of the participant. The result indicated that French speaking seems to have limited HL level than English speaking. However, in this work, the French language speakers represent 82.2 % of the sample. The high proportion of French language speakers may have drawn down the general level of HL of the sample. Moreover, in a study in Belgium, Vandenbosch et al. (2016) observed that the proportions of Dutch speakers compare to French speakers are higher within the excellent HL group compared to the insufficient and limited HL groups. French would not be an appropriate language to develop high expertise in HL.

Thirdly, added to that, among similar population by age in Africa (Almaleh et al., 2017; Amoah et al., 2017), this proportion is reasonable. However, it has been explained differently. In Ghana, according to Amoah et al. (2017) the situation was caused by the poor economic situation of the state, limited educational opportunities among the Ghanaian community, and a patriarchal social structure whereas in Egypt, the largest factor shaping health literacy is functional fitness and level of education (Almaleh et al., 2017). Globally, finding the reasons for the disproportion in health literacy levels, the research results from European and non-European countries include better grounding of projects on the development and acquisition of health competences in Europe than in other parts of the world (Almaleh et al., 2017).

In addition to this result, the research examined the correlation between HL and sociodemographic variables. That researchers did not find any significant associations between HL and gender, notional speaking language and the consultation of a traditional doctor for personal health or for other persons. This none significant relationship between gender and HL is usually observed (Ehmann et al., 2020; Levin-Zamir et al., 2016). In some studies, gender was positively linked to HL after standardisation of age (Charafeddine et al., 2019) and was also found in some sub-Saharan Africa countries (McClintock et al., 2017) such as Ghana (Ansu-Yeboah et al., 2019), and Nigeria (Kuyinu et al., 2020). However, in another study in Beijing, Chinese women were 1.14 times more likely to have adequate HL than men (Shi et al., 2020). Shi et al. results are in line with those of the European HL survey in Europe which indicated that men tend to have slightly lower HL (Sørensen et al., 2015). In the case of the present study, this can be explained by the fact that both men and women have approximately the same characteristics. They have the same proportion in different categories of age and of

education. As such, they faced the same realities, experienced similar needs, and developed the same assets and perspectives (Bröder et al., 2019b).

In contrast, the findings on the relationship between HL and place of residence, age, duration in formal education (higher diploma), chronic diseases, and social status are conclusive. 76.3 % of our sample live in urban areas. Living in urban areas seems to have benefit on the development of HL knowledge and competencies. This result is in line with the results of Shi et al. (2020) that showed that urban residents had a higher proportion of participants with excellent HL compared to rural residents. That might be surprising, as it contrasts with many research which find no significant relation between living in urban areas or rural areas and HL (Amoah, 2019; Koduah et al., 2021), but in Cameroon the difference between rural and urban areas is considerable in term of development. To illustrate this, according to the ministry of post and telecommunication (2016) 12.3 % in urban zones and 1.4 % in rural zones have access to the internet at home. Therefore, citizens of urban areas appear to be more health literate since they have access to more health education through ICT tools. This is also confirmed by one result of this study. Specifically, participant who filled the online questionnaire are 2.472 times likely to have good HL levels than those who filled the paper copy. Moreover, results have revealed that high informational support modify the extent of the influence of HL (Amoah, 2019).

Result of this study also indicated that people aged 55 and above are more likely to have poor health skills than younger persons. Furthermore, formal education is associated to HL. Among participants aged 15 to 96 years, those in the 25- to 34-year-old and 35- to 44-year-old age groups had the highest education level. The proportion of participants with excellent HL increased as participants obtained more education in many studies (Levin-Zamir et al., 2016; Shi et al., 2020; Sørensen et al., 2015; Vandenbosch et al., 2016). In this research, the poorest mean index of HL was obtained by holders of secondary first cycle diploma. The holders of secondary first cycle diploma were 4,636 times more likely to have excellent HL than secondary first cycle diploma holders while holders of Doctorate/Ph.D. were 18.521 times more likely to have excellent HL than this category. A meaningful effect is observed between chronic diseases, social status and HL. The level of HL increases with a better state of health: people who declare having two chronic illnesses and more are less numerous to have excellent literacy level (Charafeddine et al., 2019; Shi et al., 2020). In the same way, among the people whom declares more than 2 chronic illness, 89.3 % have insufficient level of HL and 3.6 % an excellent level, against 73.2 % and 5.4 % of those that declare no chronic illness, 76.2 % and 5.7 % of

people that declare 1 chronic illness, and 88.5 % and 7.7 % of people that declare 2 chronic illness.

Another result of this research is the link between HL and satisfaction with life. The univariate analyses showed that HL was significantly associated with satisfaction with life. The higher the HL level, the more people have satisfaction with life. Self-rated health status was also related with the level of HL. As such, the findings are in line with results from other studies (Amoah et al., 2017; Barker et al., 2007; Farmanova et al., 2018). It was observed in their studies that street children with limited GHL were likely to perceive their health as poor and vice versa. Finally, despite the fact that many independent variables are individually linked to HL, there are not many social determinants of HL. Beyond everything, the performing of the binary multiple regression model showed that Satisfaction with life, the type of questionnaire filled, language spoken, social status, region of residence and health status variables give better assessment of the direct effects these factors have on HL.

Limitations

This study is not without limitations. The Target population could be perceived as too young (mean age 27.99) when compared to 55.8 and 63.7 years obtained in others countries. In addition, participants were constituted solely of people of 15 years and more. Children and adolescents of less than 15 years who represent 42.5 % of the total population of Cameroon were excluded from this study. Therefore, an accent should be put on the design of tools that can measure the HL of children and adolescents under 15 years. The development of those tools should be based on the same or similar design that can permit the results to be compare to those of the general population. Otherwise, three regions of Cameroon have very weak representativeness in the sample. Future studies appear necessary to bridge the gaps of the present study. It would be more interesting to take into consideration proportional sample for each region. Additionally, several demographic variables which may have enhanced the interpretation of the results were not tested, such as marital status. Further studies should analyse these variables. Furthermore, the HL level of health organisations must be explored since it is known that health literate organization can improve individual HL (Farmanova et al., 2018; Sørensen et al., 2015).

6.5 Conclusion

Given that HL is influenced by personal, situational and societal determinants, this study sought to describe the HL of Cameroon's general population and associated variables. Results indicated that at least a quarter of respondents have insufficient HL and almost three quarters had limited HL. Specifically, subgroups within the population with low HL are those with more than two chronic diseases, living in rural areas. Furthermore, participants with high HL evaluate their health as very good and are satisfied for their life. Since limited HL represents an important challenge for health policies and practices across Cameroon, this study suggests that the influence of African socio-cultural aspect in HL must be considered when developing HL tools to ensure quality measurement and to improve health equity around the world. This study so far contributes to the growing field of research that seeks to understand HL, its association with determinants of health, and implications for health promotion and others interventions in the health system. In addition, this study contributes to the understanding of health disparities and the new frontiers to be explored to reduce them either through improving HL or through systems that are more adapted to HL in Cameroon. This study participates also to the evaluation of the validity of the HLS-Cam-Q16.

Chapitre 7 : La littératie en santé : déterminant indépendant de l'adoption des comportements de promotion de santé chez les adolescents et les jeunes adultes de la ville de Yaoundé

7.1 Introduction

La littérature sur les concepts de littératie en santé (LES) et de promotion de la santé (PS) est très riche et diversifiée si l'on les aborde séparément. La littérature théorique est abondante pour la LES alors que la littérature empirique, pratique, domine le champ de la PS. Dès lors que l'on questionne les relations possibles entre ces deux concepts, la tâche devient plus ardue car, il existe une pénurie de développement conceptuel sur ce rapport (Chahardah-Cherik et al., 2017 ; Gugglberger, 2019). L'analyse des ressources du domaine de la LES laisse entrevoir un lien avec la PS, et vice versa. Ici, la PS serait un domaine d'application des compétences en LES si l'on aborde cette dernière selon une approche intégrale (Sørensen et al., 2012). Cette analyse est encore plus riche lorsqu'elle relève du domaine de la PS (Gugglberger, 2019). La recherche du lien possible entre ces deux notions tient surtout au fait qu'elles auraient des points communs au regard de leur finalité. Que ce soit l'une ou l'autre, le bien-être des individus et des populations est au centre de leur action. Toutes deux, visent la réduction des inégalités sociales en santé, à encourager les patients à adopter les comportements de santé ainsi qu'à faciliter l'adhérence thérapeutique. Elles sont aussi considérées comme les bases d'une bonne éducation. Bref, la relation entre la LES et la PS est multifacette. Car les imbrications entre ces deux expressions sont complexes et se situent à des niveaux variés. Les études qui évoquent le lien entre la LES et la PS, le font très souvent sur la base des extrapolations faites à partir des analyses sur les acceptions, les finalités, la méthodologie, l'analyse de la littérature, etc. Par exemple, c'est à partir des analyses de la littérature que Sørensen et al. (2012) ont pu révéler la possible relation entre ces deux notions. Il en est de même de la réflexion que fait Gugglberger en 2019 dans un éditorial pour exposer les cinq types de relations probables qu'entretiennent LES et PS (Gugglberger, 2019).

Très peu d'études empiriques ont été faites pour démontrer la corrélation entre ces deux notions. C'est pour répondre à cette préoccupation, que nous nous proposons dans ce chapitre de cette thèse, et conformément au deuxième objectif spécifique, d'étudier la relation entre le niveau de

littératie en santé et les comportements de promotion de santé. Nous voulons ainsi savoir si les personnes qui adoptent très fréquemment les comportements de promotion de santé sont également ceux ayant de meilleurs niveaux de compétences en littératie en santé ou inversement ? Aussi, voulons-nous savoir quelle proportion de la fréquence d'adoption des comportements de promotion de la santé serait expliquée d'une part par le niveau de littératie en santé et d'autre part, par les autres facteurs personnels, sociaux pris conjointement, y compris la LES. Pour ce faire, quatre principales articulations sont abordées à la suite de ce cadre introductif à savoir : d'abord, une revue exhaustive de la littérature fondée sur les notions de LES et de PS comme déterminant de la santé. Ensuite, la méthodologie suivie des résultats seront présentés. Pour terminer, une discussion des résultats de cette deuxième étude à la lumière de la littérature et des approches conceptuelles.

7.1.1 Littératie en santé et promotion de la santé : une relation complexe au cœur des déterminants de la santé

Cette section est consacrée à la présentation de la littérature sur la LES comme un déterminant de la santé de façon générale et ses relations avec la PS. Elle aura trois points majeurs d'analyse. Le premier point tentera de faire comprendre pourquoi certaines extrapolations font de la LES un déterminant de la PS. Le second point fera la part belle aux points communs que partagent ces deux notions dans leur recherche du bien-être des individus. Le point quant à lui trois s'appuiera sur l'analyse de Gugglberger (2019) pour faire une présentation de la relation multifacette entre la LES et la PS.

7.1.1.1 Littératie en santé : le déterminant majeur de la santé pour le 21^e siècle

Qu'est-ce qu'un déterminant de la santé ? Pour comprendre cette notion importante en éducation à la santé, il convient avant tout de garder à l'esprit cette réalité que nous rappelle Nutbeam selon laquelle l'état de santé d'un « *individu est influencé par ses caractéristiques individuelles et son style de vie mais continue à être considérablement déterminé par les différents facteurs sociaux, économiques et les différentes circonstances de l'environnement qui entourent les individus et les populations* » (Nutbeam, 2000, p. 260).

Les déterminants de santé ou déterminants sociaux de santé (DSS) peuvent être compris comme les conditions sociales dans lesquelles les personnes vivent et travaillent. Leur étude s'attache à montrer l'impact du contexte social sur la santé mais aussi les mécanismes par lesquels ces déterminants l'affectent. Toutefois, il faut éviter de faire une confusion entre les expressions «

déterminants sociaux de santé » et les « déterminants des inégalités sociales de santé ». En référence à Graham (2004), les déterminants sociaux de santé renvoient aux facteurs sociaux influençant la santé des individus et des populations alors que les déterminants des inégalités sociales de santé se rapportent aux processus sociaux à l'origine de la répartition inégale de ces facteurs entre des groupes occupant des positions différentes dans la société.

Le concept de DSS trouve ses sources dans les années 1970, à partir de critiques suggérant que la recherche et l'action publique devraient être dirigées plus vers les sociétés dans lesquelles les individus vivent que vers les individus eux-mêmes (Sizaret, 2019). Il s'agissait de passer d'un service fourni aux personnes lorsqu'elles étaient malades à un programme de santé publique qui les aiderait à rester en bonne santé. Les DSS conditionnent la façon dont une personne dispose des ressources physiques, sociales, économiques et personnelles pour satisfaire ses besoins, ses aspirations et s'adapter à son environnement (Lang, 2014). Si la question des DSS évoque les inégalités sociales de santé (ISS), il est important de faire une distinction entre DSS et déterminants sociaux des ISS (nous reviendrons sur cette notion ISS dans la section suivante). Mais globalement, ils évoquent les situations où certaines interventions peuvent avoir pour effet d'améliorer l'état de santé moyen d'une population, tout en aggravant dans le même temps les inégalités sociales de santé.

Le rapport Lalonde (Lalonde, 1974) et, plus tard, la commission Rochon²⁴ (Rochon, 1988) soulignaient que l'état de santé d'une population est le résultat dynamique de l'interaction de quatre grandes catégories de facteurs : les facteurs biologiques, les habitudes de vie, les conditions environnementales et l'organisation du système de soins. S'appuyant sur les résultats de ces rapports, le ministère de la santé et des services sociaux du Canada, définit les DSS comme des facteurs individuels, sociaux, économiques et environnementaux que l'on peut associer à un problème de santé particulier ou encore à un état de santé global (Pingeon, 2012). Selon ce ministère, les déterminants ne sont pas toujours des causes directes. Avec l'aide d'une illustration simple, Pingeon permet d'établir cette distinction. Elle rapporte un fait reconnu : vivre en milieu défavorisé constitue un important déterminant de santé. Toutefois, rapporte-t-elle, on ne saurait considérer la pauvreté comme la cause systématique d'un piètre état de santé. Sinon, il faudrait alors conclure que toutes les personnes défavorisées sont en mauvaise santé, ce qui n'est pas le cas.

²⁴ <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/4005846>

D'autres déterminants interviennent selon les circonstances, soit pour amoindrir l'effet de la pauvreté, soit pour le décupler. Ainsi, le manque de ressources économiques et sociales, accroît le risque d'être en mauvaise santé (Pigeon, 2012). Grossomodo, l'Agence de la santé publique du Canada en 2007, a établi une liste de 12 déterminants de la santé dont :

- ✚ le niveau de revenu et le statut social ;
- ✚ les réseaux de soutien ;
- ✚ l'éducation et la littératie ;
- ✚ l'emploi et les conditions de travail ;
- ✚ les environnements sociaux ;
- ✚ les environnements physiques ;
- ✚ les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelle ;
- ✚ le développement de la petite enfance ;
- ✚ le patrimoine biologique et génétique ;
- ✚ les services de santé ;
- ✚ le sexe et ;
- ✚ la culture (Agence de la santé publique du Canada, 2007).

La commission sur les déterminants sociaux de santé de l'OMS ([CSDH], 2008) a décrit les DSS comme les circonstances dans lesquelles les gens grandissent, vivent, travaillent et vieillissent de même que le système mis en place pour faire face à la maladie. Ce sont les conditions dans lesquelles les gens vivent et meurent à leur tour, et sont façonnées par les forces politiques, sociales et économiques. Les déterminants de la santé des adolescents et jeunes adultes sont entre autre, la violence, l'abus des substances et comportements sexuels à risque, les circonstances de la petite enfance, le patrimoine biologique et génétique, leurs habitudes de vie et leur capacité d'adaptation, et plein d'autres facteurs liés à leurs parents comme le capital social, leur situation d'emploi, etc. Bref, les déterminants sociaux de santé sont nombreux (la Figure 5.1 en donne un aperçu) et les interactions entre eux complexifient la situation globale de santé de la population.

En théorie, l'équation est très simple. Plus une personne possède un grand nombre de « déterminants » positifs de la santé, meilleures sont ses chances d'être en santé. Vu l'importance des déterminants de santé pour la santé et le bien-être des individus, les auteurs se sont rués à leurs études. C'est ainsi que la LES est présentée comme le déterminant le plus important pour la santé au 21^e siècle.

Figure 7.1 Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants

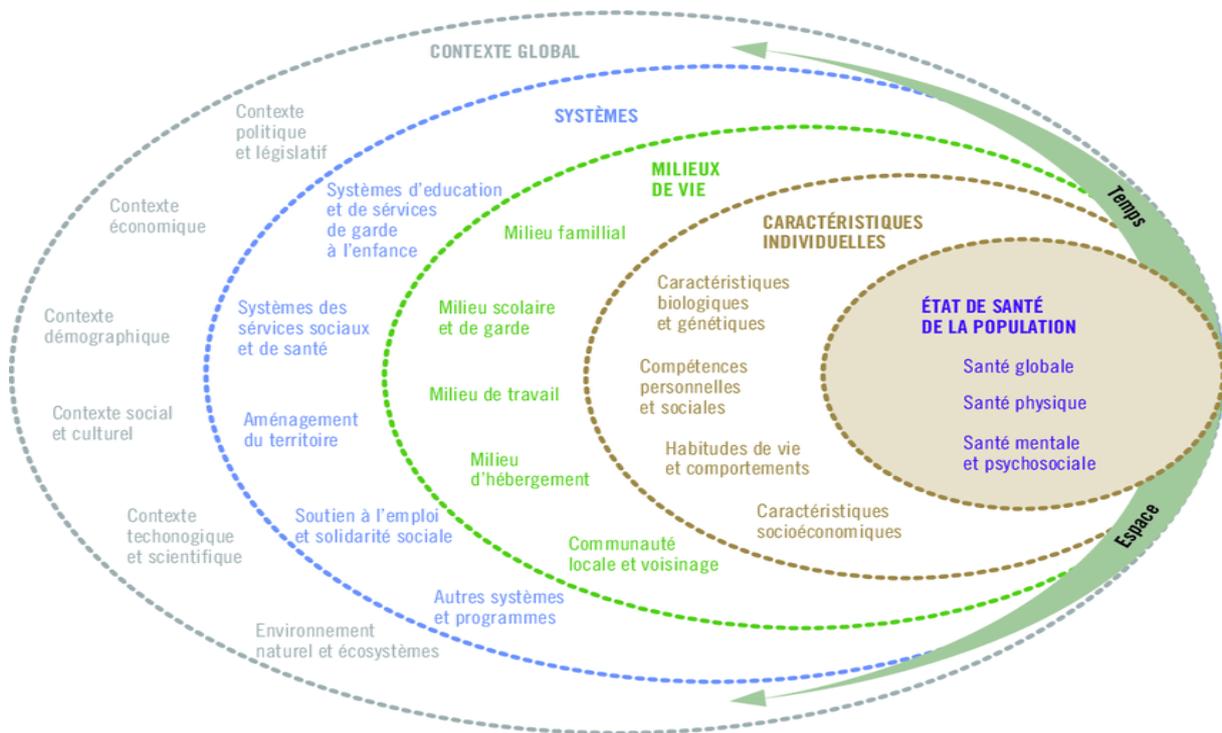


Figure X. Représentation schématique des principaux déterminants de la santé d'une population. Elle est structurée à partir de cinq champs : le contexte global, les systèmes, les milieux de vie, les caractéristiques individuelles et l'état de santé de la population. Adapté de "Carte de la santé et de ses déterminants" de la Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2010, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, p. 9.

7.1.1.2 Littératie en santé : un « déterminant de déterminants » de la santé

L'importance de la LES comme un déterminant essentiel de la santé est aujourd'hui reconnue par une série de déclarations internationales, par des politiques et stratégies nationales et régionales (Bröder et al., 2018 ; Nutbeam et al., 2018 ; Trezona et al., 2018a). Cette reconnaissance serait-elle due au fait que les travaux de Sørensen et al. (2015) ont démontré que le système de santé actuel avec sa complexité grandissante semble mettre les individus de plus en plus en difficulté par rapport à la gestion de leur santé ? Quoi qu'il en soit, les études empiriques ont montré qu'en plus de jouer un rôle important dans l'adhérence thérapeutique (Speros, 2005), l'autogestion des maladies (Bouffard, 2010), la prévention des maladies et la PS (Bennett et al., 1998), l'utilisation des services de santé (Vandenbosch et al., 2016), la LES est considérée aujourd'hui à la fois comme un médiateur permettant de lutter contre les

inégalités en santé (Charafeddine et al., 2019 ; Lastrucci et al., 2019 ; Stormacq et al., 2019). Pour Mantwill et al. (2015) la LES est devenue le meilleur prédicteur de l'état de santé de toute personne.

Plusieurs chercheurs se sont intéressés à l'étude de la LES comme déterminant de la santé. Ces études révèlent que la faible compétence en littératie en santé est liée à un mauvais état de santé et une faible qualité de vie (Ehmann et al., 2020), mais aussi à une habilité faible à comprendre et à appliquer les conseils de santé, à un faible état de santé et une faible utilisation différenciée des services de santé (Berkman et al., 2011). Les compétences en littératie en santé influencent par ailleurs la façon dont les enfants construisent du sens autour des informations de santé (Bhagat et al., 2016). Elles influencent aussi les comportements de santé ; la pratique de l'activité physique ; les perceptions de position sociale et le contrôle sur santé (Fernandez et al., 2016) et conséquemment une plus grande utilisation des services de santé (Kickbusch et al., 2013 ; Vandenbosch et al., 2016 ; Sørensen et al., 2013). Dans leur étude, Vandenbosch et ses collaborateurs ont tenté de savoir si le faible niveau de compétence en littératie en santé était lié à un plus grand usage de services des soins médicaux et un plus haut coût de santé (Vandenbosch et al., 2016). Ils ont conclu que les individus ayant une faible compétence en littératie en santé font un plus grand usage de certains services de santé comme les services d'hospitalisation générale, les consultations à domiciles par les professionnels de santé, les admissions aux cliniques pour de courte durée (1 jour), les services de consultation psychiatrique, l'utilisation plus accrue des ambulances, et cela induit des coûts élevés de santé (Vandenbosch et al., 2016). Car, le recours inapproprié aux services médicaux par des personnes avec une littératie en santé faible entraîne une augmentation des coûts (Van den Broucke & Discart, 2016).

D'un point de vue de la santé publique, l'OMS considère la LES comme un déterminant majeur de la santé contribuant aux inégalités sociales en santé (Kickbusch et al., 2013). Ainsi, une littératie en santé limitée est notamment associée à des taux d'hospitalisation et de réhospitalisation plus élevés (Mitchell et al., 2012), à plus de morbidités et de morts prématurées (Baker et al., 2007). Au niveau de l'état de santé, les personnes présentant une LES plus faible démontrent une plus faible santé auto-évaluée, une plus grande prévalence de la maladie chronique ainsi qu'une surmortalité (1,5 fois plus élevée) (Baker et al., 2007). La LES est par ailleurs considérée comme un déterminant social de la santé, car elle démontre une forte association avec des principaux déterminants de la santé tels que le revenu, l'emploi et l'éducation (Rowlands et al., 2017), mais aussi influe sur certains aspects comme les

comportements, l'utilisation des services de santé, la participation sociale des personnes et des groupes, ou encore l'équité en santé. Dans ce sens, nous pouvons affirmer avec assurance que la littératie en santé est un déterminant de déterminants de la santé. Toutefois, contrairement aux autres déterminants sociaux de la santé, la LES peut être améliorée grâce à des interventions visant l'amélioration de la communication (Berkman et al., 2011).

La littératie en santé est davantage évoquée comme un déterminant de la santé d'autant plus que les différentes définitions de la littératie en santé en font un déterminant important de la santé de la population (Kickbusch, 2001). Pour Sørensen (2018), la littératie était spécialement importante quand les adultes interagissaient avec le système de santé comme patients. Il était connu que pour les patients adultes, la littératie est un important déterminant pour une communication en santé effective avec le secteur de soin et les professionnels de santé tout comme pour acquérir mais aussi pour comprendre les connaissances et informations relatives à la santé (p. 25). Récemment encore, Wigfall et Tanner (2018) à partir de l'analyse des sources secondaires concluaient que la LES et l'engagement dans les soins étaient des prédicteurs de la prise de décision partagée entre les adultes à la recherche d'informations de santé aux USA. C'est pourquoi pour certains chercheurs comme Cartwright et al. (2017), la LES à elle seule est une bonne prédictrice de la santé des malades de cancer. Cependant, cet avis n'est pas partagé par tous. Yadollahi et al. (2018) dans leur étude chez les malades du cancer de seins de la ville de Shiraz en Iran, sont arrivés à la conclusion que la LES est inversement associée comme déterminant de la participation à la prise de décision médicale. Leur étude a révélé également que le niveau de littératie en santé était inadéquat chez ces patients.

Figure 7.2 Littératie en santé : déterminant de déterminants de la santé

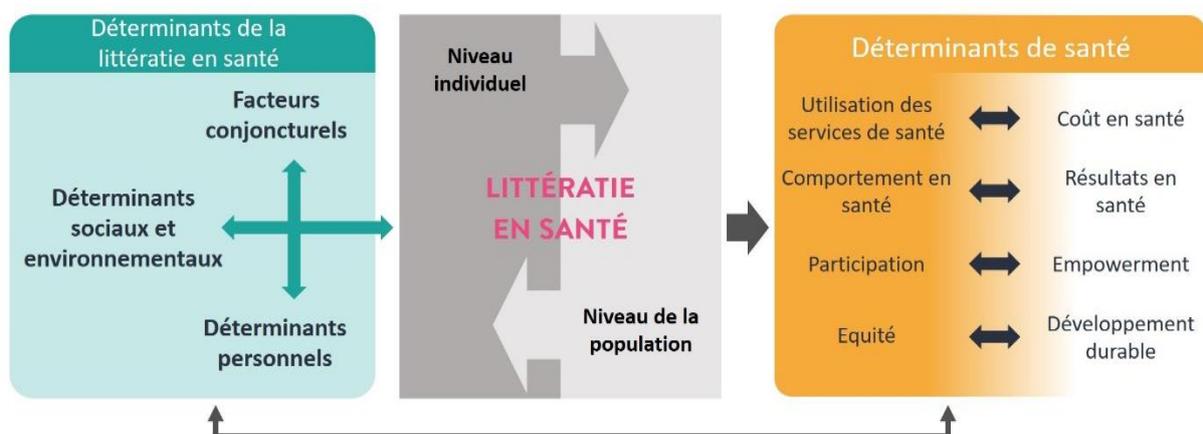


Figure X. Représentation schématique de la littératie en santé comme déterminant de déterminants de la santé. Adapté de Health literacy and public health: A systematic review and

integration of definitions and models. Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, F., Doyle, G., Pelikan, P., Slonska, Z., & Brand, H., 2012. *British Medicine Centre for Public Health*, 12(1), p. 9. (<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80>)

Selon la Conférence Nationale de Santé, la LES est un concept transversal aux secteurs sanitaires, médico-sociaux, éducatifs et un levier pour l'action dans l'ensemble de ces secteurs (Lefeuvre et al., 2017). En influant sur les comportements de santé, l'utilisation des services de santé, la participation des personnes et des groupes et l'équité en santé, la LES agit comme un « déterminant de déterminants » de la santé comme le présente la figure 7.2.

7.1.2 La relation multifacette entre la littératie en santé et la promotion de la santé

Deux dates nous passent à l'esprit lorsqu'on évoque la PS et la LES. La première est celle du 21 novembre 1986 et la deuxième, 1974. La première correspond à la formalisation de la PS par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans la charte d'Ottawa (OMS, 1986). La seconde correspond à la date de naissance de la LES (Simonds, 1974). En 1973, un an plus tôt, s'est tenue une conférence consacrée à l'éducation à la santé au Lac Saranac, un petit village de l'état de New York. C'est l'ancêtre de la littératie en santé. Une troisième date également peut être évoquée : l'année 2000 (Rootman, 2002). Elle correspond à la date où le premier lien entre la LES et la PS a été évoqué avec les termes comme *public health literacy*, notamment par Nutbeam (2000) et Kickbusch (2001). La littératie en santé fut ainsi considérée comme importante dans la PS dans son ensemble. Ce fut l'œuvre de Don Nutbeam dans son article intitulé *Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies in the 21st century*, parut dans la revue *Health Promotion International* (Nutbeam, 2000).

Le lien entre la LES et la PS a été abordé de différentes façons. Toutefois, avant de les aborder, clarifions avec Abel (2008), le rôle que joue la LES dans les contextes de PS. Dans un éditorial parut en 2008, il établit la différence entre le rôle de la LES dans le cadre médical et son rôle dans le cadre de la PS. Dans ce dernier contexte, il commence par rappeler ce qu'est la PS et ce qu'elle n'est pas. Pour Abel (2008), les « *approches de la promotion de la santé ne se concentrent pas sur les expériences de la maladie ou l'usage optimal de services médicaux* » (p. 169). Aussi, ajoute-t-il, « *dans la promotion de la santé, les préoccupations sont habituellement beaucoup plus générales et l'emphase est portée sur les conditions générales de vie saine et sur les chances de personnes à mener une vie saine* » (p. 169). De plus, la PS appelle à l'amélioration des ressources personnelles des individus afin de leur permettre d'être

actif pour leur santé, leur propre santé personnelle, la santé de leurs familles et communautés, y compris le pouvoir de changer des choses pour les meilleures. Après cette clarification initiale, l'auteur aborde alors ce qu'est la LES dans un tel contexte. Dans une telle perspective de PS,

La littératie en santé fait référence à la connaissance de gens au sujet de comment la santé est maintenue et améliorée au quotidien dans une perspective de promotion qui inclut ... la capacité de prendre des décisions de santé saines. La littératie en santé inclut aussi les compétences à obtenir et utiliser les connaissances appropriées au sujet de la santé et de ses déterminants. En mettant l'accent sur la composante de la promotion de la santé qu'est l'empowerment, ... les approches de la littératie en santé devraient adresser aussi la question de connaissance de personnes et les compétences nécessaires pour travailler dessus et changer ces facteurs qui constituent leurs chances de la santé. Dans la pratique de la promotion de la santé, la littératie en santé est destinée à comprendre les conditions qui déterminent la santé et de savoir comment les changer. (Abel, 2008, pp. 169-170)

Dans cette section, nous présentons les différents chevauchements entre LES et PS. Ces rapports ne sont pas exclusifs et ne se contredisent pas l'un de l'autre, plutôt, ils sont des perspectives différentes de regarder la LES d'un point de vue de la PS. La relation entre la LES et la PS est présentée comme multifacette, car les imbrications entre ces deux expressions sont complexes et se situent à des niveaux variés. Selon les cas, la LES serait une fondation, un résultat, une partenaire, une conductrice et même une informatrice de la PS (Gugglberger, 2019).

7.1.2.1 La littératie en santé comme une fondation de la promotion de la santé

Plusieurs raisons justifient l'idée de concevoir la LES comme une base, une fondation de la PS. D'abord, en s'appuyant sur la section précédente qui présente la LES comme un déterminant de la santé, l'on peut émettre l'hypothèse selon laquelle avoir une bonne littératie en santé individuelle, une bonne littératie en santé organisationnelle des sociétés et/ou un cadre/organisation « pro-littératie », sont de bonnes fondations pour les activités de la PS. En d'autres termes, la littératie en santé agit comme un modérateur pour l'effet de PS.

La littératie en santé est un concept dynamique, en évolution (Nutbeam, 2008). Elle est considérée comme un déterminant social de la santé alors qu'une meilleure LES en soi est un objectif de santé publique et donc, l'un des principaux piliers de la PS (OMS, 2019c). Dans un

document récent de l'OMS (la Déclaration Shanghai sur la promotion de la santé dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030), il est indiqué que la LES permet aux citoyens de se prendre en main et de participer à l'action collective de PS. Lorsqu'ils possèdent des connaissances approfondies en matière de santé, les décideurs et les investisseurs s'impliquent surtout en faveur des résultats sanitaires, de mesures porteuses d'avantages conjoints et d'une action efficace sur les déterminants de la santé (OMS, 2016). De la même façon, Nutbeam et al. (2018) trouvent que la littératie en santé interactive et critique représentent une fondation de PS moderne. Selon eux, la LES améliore la conscience avec et pour les questions de santé et apparentées, qui sont ce pourquoi toute activité de santé et apparentée devrait prendre vraisemblablement en compte pour mieux aider les individus ayant de bon niveau de LES que ceux ayant une faible LES (Nutbeam et al., 2018).

Wångdahl et Mårtensson (2015) partagent cet avis quand ils affirment que l'une des raisons pour lesquelles les activités de PS auraient un faible effet, serait le niveau de LES des individus qui participent dans les programmes de PS. D'ailleurs plusieurs études ont montré que les individus ayant une bonne littératie en santé adoptent des styles de vie sains et les comportements de santé (Chahardah-Cherik et al., 2017 ; Davis et al., 2013 ; Reisi et al., 2014). Bröder et al. (2018) rapportent également ce fait et pensent qu'une évaluation du niveau de LES des différents intervenants dans les activités et programmes de PS est une étape préliminaire indispensable. Seulement, pensent-ils, cette évaluation doit se faire avec des outils adaptés, rigoureux et ayant une forte capacité de discrimination des individus. Car, leurs résultats et ceux d'autres études montrent que les instruments de mesure de la LES qui peuvent discriminer les niveaux de LES de façon importante, peuvent aussi être utilisés pour répartir les individus tout comme les populations lors des interventions de la PS (Bröder et al., 2018).

7.1.2.2 La littératie en santé comme un résultat de la promotion de la santé

Pendant que la LES est vue de plus en plus comme un déterminant de santé (Rowlands et al., 2017) ; en même temps, elle est aussi regardée comme un résultat important d'interventions de la PS (Nutbeam, 2017a). Cela est d'autant vrai si l'on s'attarde un tant soit peu sur la finalité de la PS. Gugglberger (2019) nous rappelle que la PS vise à influencer plusieurs déterminants de la santé, au niveau individuel (tel que l'environnement physique et le réseau social de soutien) et contextuel. Ainsi, si l'on s'en tient à la définition de la LES tel que donnent Sørensen et al. (2012) et qui met l'accent sur la capacité de l'individu, il va de soi qu'elle est un déterminant de la santé. Ces capacités sont influencées par une large gamme de facteurs, dont les actions de

la PS qui visent à rehausser de façon générale, les attitudes cognitives, la motivation, les intentions comportementales, les compétences personnelles et même le sentiment d'auto-efficacité (Nutbeam, 2017b). Dès lors, la LES peut être vue comme un des résultats les plus immédiats d'éducation à la santé, comme une stratégie de la PS (Gugglberger, 2019). À cet égard, la LES peut être vue comme un médiateur entre les variables socio-démographiques et les disparités en santé (Stormacq et al., 2019, 2020), la santé (Lastrucci et al., 2019) mais aussi comme un médiateur des effets d'éducation à la santé sur le changement du comportement de la santé.

La littératie en santé interactive décrit les compétences cognitives, les connaissances avancées et les aptitudes sociales requises pour prendre part activement aux activités quotidiennes (Nutbeam, 2000, 2008). Ces compétences peuvent aussi être appliquées pour analyser d'un œil critique l'information de santé venant d'une variété de sources. Par ailleurs, elles sont applicables dans l'utilisation de l'information pour exercer un plus grand contrôle sur les décisions de la santé personnelles de façon plus larges en agissant sur les décisions. Cela reflète le résultat d'interventions de la PS et recommande que celles-ci se concentrent sur le développement de compétences personnelles afin d'améliorer les capacités personnelles pour agir indépendamment (Bröder et al., 2018). Bien plus, le nombre croissant d'utilisateurs sur les réseaux sociaux, leur fréquence d'usage et l'interaction qu'ils génèrent a augmenté la nécessité ainsi que le besoin des interventions de la PS à accorder une attention particulière et croissante à la littératie en santé numérique (Bröder et al., 2018).

7.1.2.3 La littératie en santé comme une partenaire de la promotion de la santé

Avec le développement de la LES comme une science (Parker, 2009), elle et la PS peuvent être considérées comme des « *partenaires de crime* » (Gugglberger, 2019, p. 888). Les deux concepts aussi bien que leurs deux cadres théoriques (cadre de la promotion de la santé et cadre de la littératie en santé organisationnelle) sont complètement compatibles (Nutbeam et al., 2018) et peuvent travailler côte à côte, (sinon ensemble) en se complétant l'un et l'autre. En acceptant la LES comme un partenaire compétent, la promotion de la santé peut se concentrer sur son fondement comme définit dans la charte d'Ottawa (OMS, 1986). Ainsi, la LES peut supporter ceci et apporter une contribution significative dans les aspects où la PS n'est pas suffisante.

En outre, les deux champs peuvent bénéficier de l'un de l'autre si l'un suit l'autre. Les cadres qui ont adopté une approche de la promotion de la santé peuvent devenir facilement des cadres

de la littératie en santé et vice versa, parce que les structures et processus ont déjà été orientés de nouveau et les changements importants ont déjà été rendus effectifs (Gugglberger, 2019).

7.1.2.4 La littératie en santé comme une conductrice de la promotion de la santé

La littératie en santé est devenue un outil politique et a gagné beaucoup d'attentions (politique) dans les années passées et continue de gagner aujourd'hui (Geukes et al., 2019 ; Gugglberger, 2019). La littératie en santé serait d'ailleurs un choix politique. Ainsi, le rôle des politiciens dans l'avancement de la LES se veut être crucial (Sørensen, 2016). Les responsables politiques et politiciens ont été intéressés à faire un changement et améliorer la LES de leur état. Ils ont, ainsi à travers le monde, ajouté la LES dans leur politique nationale de santé (Pleasant, 2012). Aussi, l'importance de la LES est-elle reconnue autant par une série de déclarations internationales que par des politiques et stratégies nationales et régionales (Bröder et al., 2018 ; Nutbeam et al., 2018 ; Trezona et al., 2018a). La promotion de la santé peut faire usage de cet engagement en soutenant la LES et le mouvement avec des modèles théoriques adaptés (Gugglberger, 2019). Nutbeam et al. (2018) estiment qu'une telle opportunité de collaboration se présente comme l'Union Internationale de Promotion de la santé et d'Éducation pour la Santé (UIPES)²⁵ pour :

Continuer à agir comme une source croyable, indépendante d'information sur des actions efficaces, à fournir de la substance aux intérêts politiques courants, et pour s'assurer que la littératie en santé continue à être considérée dans les contextes plus larges de promotion de la santé, comme une, parmi les approches complémentaires pour promouvoir la santé au sein des populations y compris la mobilisation sociale et plaidoyer politique. C'est en combinant ces approches différentes à la promotion de la santé que nous pouvons avoir le plus grand impact sur les déterminants sociaux et économiques de la santé. (Nutbeam et al., 2018, p. 5)

Toutefois, ce rôle ne peut être beaucoup plus large que lorsque tout le monde travaillant dans le domaine de la PS peut utiliser la LES comme un conducteur pour étendre la conscience plus générale pour les questions de santé (Gugglberger, 2019).

²⁵ UIPES (IUHPE en anglais) est une organisation non gouvernementale internationale de droit canadien. Elle regroupe près de 2 000 membres (institutionnels et individuels) au service du développement global de l'individu, de son bien-être physique, mental et social, et des communautés dans lesquels il vit, répartis dans plus de 90 pays. Elle offre un forum mondial d'échanges d'idées, de connaissances, de savoir-faire, d'expériences et favorise le développement de projets de collaboration aux niveaux mondial et régional, en promotion de la santé et en éducation pour la santé. www.iuhpe.org

7.1.2.5 La littératie en santé comme une informatrice de la promotion de la santé

Selon diverses sources, la LES est présentée comme une notion qui est soit complexe (Muvuka et al., 2020 ; Sørensen, 2017), soit multidimensionnelle (Richard & Lussier, 2009 ; Zarcadoolas et al., 2005), soit hétérogène (Debussche et al., 2018 ; Osborne et al., 2013). Pour d'autres, la LES est à la fois un concept complexe, multidimensionnel et hétérogène (Sørensen, 2019). Aussi est-elle une notion relative (Malloy-Weir et al., 2016), longitudinale (Poureslami et al., 2017) et transversale à plusieurs domaines comme celui de la santé, du médico-social et de l'éducatif (Lefeuvre et al., 2017). Ces caractéristiques limitent le développement de dimensions valides et fiables ; l'évaluation exacte et les comparaisons d'initiatives de la LES ; et enfin, la synthèse d'évidences pour soutenir les stratégies de promotion de la LES (Liu et al., 2020 ; Malloy-Weir et al. 2016 ; Pleasant, 2012, 2014). La mesure de la LES s'en trouve alors très complexe et une question hautement discutable (Sørensen et al., 2013). Les données obtenues grâce aux mesures de la LES doivent alors être maniées avec minutie et analysées dans leur contexte spécifique d'obtention (Gugglberger, 2019). Cependant, ces données peuvent fournir des informations utiles pour les activités de la PS.

Les études ont montré que la littératie en santé est un concept au cœur des déterminants de la santé. En effet, le développement des compétences en littératie en santé est influencé par plusieurs facteurs comme les caractéristiques individuelles, le niveau de littératie générale, le style de vie, les facteurs sociaux, économiques et les différentes circonstances de l'environnement qui entourent les individus et les populations. Dès lors que la compétence en littératie en santé est acquise, la LES devient un atout pour naviguer dans le système de santé actuel dont la complexité est grandissante. Elle devient aussi une force et joue un rôle important dans l'adhérence thérapeutique, l'autogestion des maladies, les comportements de prévention des maladies et de PS, l'utilisation des services de santé, etc. (Bennett et al., 1998 ; Speros, 2005 ; Vandenbosch et al., 2016). Or, ce sont tous ces axes qui constituent la PS (excepté littératie en santé cette fois ci) et peuvent faire la différence. En outre, les outils de mesure de la LES peuvent être utilisés pour évaluer les changements chez les individus et les communautés après des interventions de PS (Bröder et al., 2018).

Figure 7.3 La littératie en santé, élément facilitateur de l'équité en santé et de la promotion de la santé



Figure X. Description des interactions entre la littératie en santé personnelle, collective et communautaire, la sensibilité et la réactivité des professionnels et des organismes de soins de santé en matière de littératie en santé pour faciliter la PS et l'équité en santé. Extrait de « *Projet de feuille de route européenne de l'OMS pour la mise en œuvre d'initiatives en matière de littératie en santé à toutes les étapes de la vie* », de l'Organisation mondiale de la santé. Bureau Europe, 2019b, p. 7.

7.1.3 La littératie en santé et la promotion de la santé comme déterminant de la santé

L'un des points communs qu'ont la LES et la PS réside au niveau de leur finalité. Que ce soit l'un ou l'autre, le bien-être des individus et des populations est au centre de leur action. Elles tendent à la réduction des inégalités en santé, à encourager les patients à l'adoption des comportements de santé et à la facilitation de l'adhérence thérapeutique. Elles sont aussi considérées comme les bases d'une bonne éducation thérapeutique.

7.1.3.1 Facteurs de réduction des inégalités sociales de santé

Les inégalités sociales de santé (ISS) recouvrent les différences d'état de santé entre individus ou groupes d'individus, liées à des facteurs sociaux, et qui sont inéquitables, c'est-à-dire

moralement ou éthiquement inacceptables, et qui sont potentiellement évitables. Il peut s'agir d'écarts importants concernant l'espérance de vie ou la plus forte probabilité d'être atteint de telle ou telle maladie (maladies cardiovasculaires par exemples) selon le groupe social auquel on appartient ou la région/zone que l'on habite. Selon Sandon (2015), les ISS sont des différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé observées entre des groupes sociaux. Elles se distinguent des inégalités de santé qui ne relèvent pas de la justice sociale mais d'autres facteurs, pouvant être notamment génétiques ou physiologiques (inégalités liées à l'âge, au sexe, etc.). Les ISS font référence aux relations entre la santé et l'appartenance à un groupe social, et sont liées à l'inégale répartition des chances au départ. Ces inégalités sont systématiques, importantes et évitables. Elles ne sont ni justes, ni naturelles : en effet, les populations ne disposent pas d'une réelle égalité des chances pour atteindre un niveau de santé optimal.

Les inégalités concernent toute la population et ne se réduisent pas à une opposition entre les personnes les plus défavorisées et les autres (Sandon, 2015) et sont connues pour être à la cause de plusieurs problèmes de santé. L'OMS aborde la question des inégalités sociales de santé en précisant que partout dans le monde, plus on est pauvre, moins on est en bonne santé (CSDH, 2008). À l'intérieur des pays, les données montrent qu'en général, plus un individu occupe une position socio-économique défavorable, plus il est en mauvaise santé : ce gradient social concerne toute l'échelle socio-économique, de haut en bas. Le Gradient Social en Santé traduit alors le fait que la qualité de la santé d'un individu dépend de son niveau socio-économique ou celui de sa famille. Plus l'on est pauvre, plus notre état de santé et celui de notre famille est fragile. Alors que, plus nous sommes riches, plus est bon notre état de santé et celui de notre famille. Le gradient social de santé évoque alors un continuum, le fait que la fréquence d'un problème de santé par exemple, augmente régulièrement des catégories les plus favorisées vers les plus défavorisées. La répartition des problèmes de santé s'en trouve donc socialement stratifiée. Ainsi, les personnes bénéficiant d'une position sociale plus élevée sont en meilleure santé que celles se situant juste en dessous dans l'échelle sociale, et ainsi de suite jusqu'aux plus démunis. La position sociale définit la position d'un individu sur l'échelle sociale en termes d'âge, d'éducation, de profession ou de niveau de revenus.

Sandon (2015) rapporte que le terme "iniquités" est utilisé par l'OMS pour désigner ce concept de différences dans le domaine de la santé qui sont inacceptables et potentiellement évitables, mais, de plus, qui sont considérées comme inéquitables et injustes. Le terme a donc une

dimension morale et éthique²⁶. Cette notion de l'équité en santé renvoie à la théorie de la justice sociale et au développement de conditions favorables à la santé pour tous. L'équité en matière de santé est au cœur de la PS (Potvin et al., 2021). Cela le devrait davantage quand il s'agit des adolescents et des jeunes adultes. Bien que les inégalités sociales de santé apparaissent avant même la naissance, avec des différences de suivi prénatal et de comportements à risque pour l'enfant à naître (Gaini et al., 2020), leurs persistances chez ceux-ci ouvrent tout droit la voie à des inégalités en matière d'emploi, de santé à l'âge adulte et d'espérance de vie et, de ce fait, devraient trouver au cœur des politiques de la santé (Elgar et al., 2015). De la charte fondatrice d'Ottawa en 1986 à la plus récente déclaration de Rotorua de 2019, cette exigence demeure une distinction fondamentale du champ. Dans la section mise en place des moyens, il est indiqué que :

L'effort de promotion de la santé vise l'équité en matière de santé. Le but est de réduire les écarts actuels dans l'état de santé et de donner à tous les individus les moyens et les occasions voulus pour réaliser pleinement leur potentiel de santé. Cela suppose notamment que ceux-ci puissent s'appuyer sur un environnement favorable, aient accès à l'information, possèdent dans la vie les aptitudes nécessaires pour faire des choix judicieux en matière de santé et sachent tirer profit des occasions qui leur sont offertes d'opter pour une vie saine. (OMS, 1986, p. 2)

Un peu plus bas, dans la section marche vers l'avenir, la Charte précise également que la santé

résulte du soin que l'on prend de soi-même et d'autrui et de la capacité à prendre des décisions et à maîtriser ses conditions de vie ; elle réclame, en outre, une société dans laquelle les conditions voulues sont réunies pour permettre à tous d'arriver à vivre en bonne santé. (OMS, 1986, p. 5)

Tout comme la promotion de la santé, la littératie en santé est présentée pour être un outil de réduction des inégalités sociales de santé (Van den Broucke & Discart, 2016 ; Kickbusch et al., 2013). Ainsi, dans leur étude, Mantwill et al. (2015) montrent que la LES est liée aux disparités de santé. Ces auteurs dans une méta-analyse rapportent l'existence du lien entre la LES et la disparité de santé. Aussi, rappellent-ils, cette disparité reste imprécise et que les résultats issus des différentes études restent très limités. Selon eux, les disparités de santé dans le domaine de la santé varient selon plusieurs facteurs qui peuvent être soit sociaux, économiques ou

²⁶ <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

environnementaux (Mantwill et al., 2015). Van den Broucke et Discart (2016) dans leur analyse, envisagent la LES comme un outil de réduction des inégalités sociales de santé. Envisager la LES comme un outil de réduction des inégalités sociales de santé revient à préciser les voies et moyens pour améliorer la LES des populations. Pour atteindre cet objectif, Van den Broucke et Discart (2016) axent leur réflexion sur trois éléments : la recherche scientifique, l'alimentation et le rôle des professionnels de santé. Concernant la recherche scientifique, ils estiment que pour l'instant, elle s'intéresse principalement aux compétences fonctionnelles et très peu aux compétences individuelles en terme de travail collaboratif où chaque individu développe des compétences indispensables pour collaborer avec d'autres, pour travailler en groupe, doit davantage se consacrer à cette dernière. Aussi, pour améliorer la santé, la LES a besoin d'associer d'autres leviers de PS via une approche intégrée et les enseignements de LES doivent être associés automatiquement à la formation des personnels de santé. Ainsi on pourra améliorer l'adhésion thérapeutique des patients.

7.1.3.2 Facteurs facilitant l'adhérence thérapeutique

Compliance, observance thérapeutique, alliance thérapeutique, adhérence thérapeutique, ou encore autorégulation, sont des termes couramment utilisés par les auteurs pour exprimer la même idée, à savoir : le suivi de la prise de médicaments. L'adhérence thérapeutique est un comportement de santé humaine complexe à placer dans un système de relation complexe qui implique les médecins, les personnels soignants et les patients, et dont ils partagent la responsabilité de la mise en œuvre et du suivi. La nature particulière de cette relation est d'ordre normatif, elle se réfère à des paroles et des actes qui fixent les comportements à suivre et qui visent à maintenir la santé, à prévenir les maladies, guérir, reconforter et lorsque les traitements curatifs n'ont plus d'effets, à accompagner le patient vers la mort (Tarquinio & Tarquinio, 2007). Les premières études ayant pour objet l'observance thérapeutique des patients datent des années 1970 et montraient chez des patients souffrant d'hypertension que 50 % d'entre eux ne suivaient pas correctement les prescriptions médicales (Cotton & Antill, 1984 cité par Tarquinio & Tarquinio, 2007). Depuis, l'étude de ce comportement de santé s'est systématisée à toutes les populations et notamment des adolescents (Gavin et al., 1999).

L'adhésion au traitement, *adherence* en anglais, peut se définir comme l'approbation réfléchie de l'individu à prendre en charge sa maladie et donc comme l'acceptation du traitement par le patient mais aussi sa participation active et volontaire à un comportement acceptable pour obtenir un résultat thérapeutique efficace. Cela sous-entend que le patient accepte sa maladie et

comprend l'intérêt des traitements prescrits. L'adhésion fait donc référence à des processus intrinsèques tels que les attitudes et la motivation des patients à suivre leurs traitements, qu'il s'agisse d'un traitement médicamenteux, d'une psychothérapie, de règles d'hygiène de vie, d'examens complémentaires à réaliser, ou bien encore de présence à des rendez-vous (Tarquinio & Tarquinio, 2007). Certains distinguent l'adhésion thérapeutique et l'observance thérapeutique. Cette dernière, qui correspond au terme *compliance* en anglais, ferait, elle, référence au respect du traitement médicamenteux en matière de respect de la posologie. L'observance thérapeutique paraît ainsi comme une partie de l'adhésion thérapeutique. Pour cette raison, dans ce travail, ces termes seront considérés comme synonymes, même si nous préférons l'adhésion thérapeutique aux autres termes dans la suite du texte.

Selon l'organisation mondiale de la santé, globalement, 50 % des patients adhèrent mal ou peu à leur traitement : c'est la non-observance thérapeutique (OMS, 2003). Elle a souvent pour effet de prolonger la durée des maladies (dans 10 à 20 % des cas), de contribuer à l'augmentation des arrêts de travail pour raison de santé (dans 5 à 10 % des cas), d'augmenter la fréquence des visites chez le médecin ou le spécialiste (dans 5 à 10 % des cas) et d'augmenter la durée des hospitalisations (en moyenne d'un à trois jours) (Tarquinio & Tarquinio, 2007). Malheureusement, ces chiffres vont en augmentant parallèlement à l'augmentation mondiale du nombre de malades chroniques. Autrement dit, un patient sur deux ne prend pas correctement son traitement ou ne le prend pas du tout. Cela entraîne de nombreuses conséquences. Or, l'OMS rappelle l'importance de l'observance comme levier positif des systèmes de soins de santé et déclare qu'augmenter l'efficacité des interventions relatives à l'observance peut avoir un impact bien plus important sur la santé de la population que toute autre amélioration de traitements médicaux spécifiques (OMS, 2003). La non-adhésion thérapeutique qui est le non suivi de son traitement pour des raisons multifactorielles et complexes. Elle peut être intentionnelle ou involontaire²⁷. La non-adhésion involontaire se produit, par exemple, lorsque le patient oublie de prendre son médicament, n'est pas capable d'en ouvrir l'emballage ou ne comprend pas les instructions. Un changement d'habitude peut également entraîner une non-observance involontaire. Elle est intentionnelle lorsque le patient décide de prendre son médicament à des heures différentes, des doses différentes ou pas du tout (par exemple, parce qu'il se sent mieux ou qu'il est inquiet lorsqu'il s'agit d'une utilisation à long terme).

²⁷ http://www.eu-patient.eu/globalassets/policy/adherence-compliance-concordance/adherence-paper-final-rev_external.pdf

L'OMS (2003) identifie cinq dimensions de la non-observance qui sont liées à des facteurs socio-économiques, à l'état du patient, à son traitement, à sa maladie et au système de soins de santé. Les facteurs socio-économiques renvoient au statut socio-économique du patient, représentation ethnique ou culturelle de la maladie ou encore du traitement pouvant créer un conflit interne chez le patient, contradictions entre priorités personnelles et traitement. Alors que les facteurs liés au patient concernent ses connaissances techniques de la maladie, sa motivation, sa capacité à modifier ses comportements, sa compréhension des instructions, sa perception des effets du traitement (+ ou -), sa crainte d'être dépendant, sa perception des risques ou déni de la maladie et ses attentes vis-à-vis du suivi. Quant aux facteurs liés au système de soins, ils évoquent les relations patient/soignant, accessibilité et pertinence de l'offre de soins, remboursements. Les facteurs liés à la maladie renvoient à la durée de la maladie, la gravité des symptômes, l'invalidité, l'évolution des symptômes. Enfin, les facteurs liés au traitement sont ses effets secondaires, la complexité du traitement, le délai d'action, les commodités et la durée du traitement. Les travaux de Tarquinio et Tarquinio donnent à observer trois principaux modèles d'analyse de l'adhésion thérapeutique et trois déterminants pour les plus documentés et les plus consistants dans l'étude de l'observance thérapeutique : les caractéristiques du patient, les facteurs qui entretiennent un lien avec le niveau de compréhension des malades par rapport à leur situation et enfin, la qualité du lien psychoaffectif existant entre un soignant et un malade (Tarquinio & Tarquinio, 2007).

L'expert en littératie en santé tout comme celui de la PS s'intéresse aux facteurs explicatifs des comportements de santé tels que celui de l'observance thérapeutique. Les actions de l'un et de l'autre consistent non seulement en l'évaluation des compétences des patients, mais aussi et surtout dans leur recherche de stratégies pour le développement de ces compétences. Littératie en santé et PS ont au cœur de leur stratégie, l'autonomie de l'individu. Il en est de même de l'adhérence thérapeutique qui place désormais le patient comme acteur majeur de sa santé. C'est à lui de se gérer, il devient responsable et autonome face à son traitement (Gauchet, 2005). L'adhésion thérapeutique est une conduite intentionnelle qui s'appuie sur une prise de position, qui voit l'individu comme quelqu'un de responsable et d'autonome. C'est pourquoi Tarquinio et Fischer (2001) l'ont assimilé à une soumission librement consentie mais les changements qu'elle apporte seront plus durables et profonds car décidés par l'individu. Cette vision de la recherche du « pouvoir agir » ou de l'autonomie dans les actions est alors à la base de la PS à ses origines (Houéto & Laverack, 2014 ; Longtin et al., 2006) et un objectif de la LES (Nutbeam, 1998 ; OMS, 2016 ; Sørensen et al., 2012). Dans son axe pragmatique, la PS est

d'ailleurs présentée comme un ensemble de pratiques spécifiques visant le changement planifié d'habitudes et de conditions de vie ayant un rapport avec la santé, à l'aide de stratégies d'interventions (O'Neill, 2004).

7.1.3.3 Littératie en santé et promotion de la santé sont liées à l'éducation thérapeutique du patient

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est un dispositif pluridisciplinaire en plein développement qui vise à rendre le patient le plus compétent possible pour gérer sa maladie et son traitement en l'aidant à être autonome et responsable de ses prises de décisions. L'ETP est née dans un contexte où, pendant très longtemps, la relation soignant-soigné a été fondée sur la toute-puissance des soignants. Ce modèle de prise en charge centré sur la maladie et sans participation du patient s'est avéré efficace dans le cas de la maladie aiguë, mais très vite, s'est heurté aux cas de la maladie chronique. L'ETP implique donc que le soignant modifie sa posture en abandonnant les postures injonctives ou prescriptives pour adopter une posture éducative qui correspond à une attitude d'écoute et d'accompagnement cognitif et psychosocial (Untas et al., 2018).

La Haute Autorité de santé ([HAS], 2007) définit l'ETP comme une aide aux patients pour acquérir ou maintenir plusieurs compétences dont ils ont besoin pour mieux vivre avec leur maladie chronique, et gagner en autonomie. Selon cette définition française, l'ETP vise à rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. La définition de l'ETP proposée par l'OMS (1998) est plus large :

Processus par étapes, intégré aux soins mis en œuvre par les différents professionnels de santé exerçant en ville ou à l'hôpital. Centrée sur le patient, elle comprend des activités organisées de sensibilisation, information, apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernées et les comportements de santé et de maladie du patient. Elle vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre le plus sainement possible et maintenir ou améliorer la qualité de vie. L'éducation devrait rendre le patient capable d'acquérir et maintenir les ressources nécessaires pour gérer optimalement sa vie avec la maladie.

(pp. 12-13)

Au niveau conceptuel, l'ETP vise donc à accompagner le patient et ses proches dans la gestion de leur vie avec la maladie et également à maintenir ou améliorer leur qualité de vie (Untas et al., 2018). Sa mise en œuvre s'appuie sur un programme structuré dès que la situation du patient nécessite une intervention pluriprofessionnelle. Ceci se fait en quatre étapes : réalisation d'un diagnostic éducatif, création d'un programme personnalisé, mise en place de séances d'ETP et évaluation (HAS, 2007). Indispensable pour connaître le patient, ses ressources, ses difficultés, ses besoins et ses connaissances, le diagnostic éducatif interroge différentes dimensions. D'abord la dimension socioculturelle (vie quotidienne, environnement familial, professionnel, social. . .) ; ensuite, la dimension cognitive (connaissances sur la maladie et les traitements, capacités d'apprentissage) ; puis après, la dimension psychologique (vécu de la maladie, perception de la maladie et des traitements, sentiment de contrôle. . .). La dimension expérientielle (actions du patient face à sa maladie, analyse des réussites et difficultés rencontrées) et la dimension motivationnelle (projets du patient) ne sont pas en reste.

Si l'on se réfère à leurs définitions, l'ETP, la psychoéducation, la psychologie de la santé, la littératie en santé et la PS semblent partager certains objectifs comme l'amélioration de la qualité de vie et une meilleure compréhension de la maladie et des traitements (OMS, 1998). Par ailleurs, selon De la Tribonnière et al. (2019), la pratique de l'ETP ne se limite pas aux seuls programmes d'ETP. Elle s'étend aux activités éducatives isolées, intégrées dans le soin, dont la structuration est peu visible. Un élément central qui semble réellement distinguer ETP et psychoéducation est, le rapport au patient et la posture éducative sous-jacente. En ETP, le patient est dans une position active puisqu'on part de lui, de ses croyances et de ses représentations pour travailler avec lui sur le développement de ses ressources d'autogestion de sa maladie (Untas et al., 2018). Il s'agit ainsi pour l'éducateur thérapeutique à partir du patient et de l'accompagner sans savoir précisément a priori le chemin qui sera emprunté, ni jusqu'où le patient souhaite aller (Sandrin-Berthon, 2010). Assurément, ce point est celui qui rapproche le mieux la LES et la PS à l'éducation thérapeutique du patient. La littératie en santé recommande de partir de ce que sait le patient pour pouvoir ajuster la communication entre le soignant et le patient. Car, les personnes ayant une faible littératie en santé éprouvent une réelle difficulté de communication avec les professionnels de la santé et ont des comportements de risque en soi (Aaby et al., 2017 ; Friis et al., 2016 ; Paasche-Orlow & Wolf, 2007).

Les rapports possibles entre la LES et éducation thérapeutique du patient ont été très clairement élaborés par Margat et ses collaborateurs (Margat et al., 2014). D'abord, la congruence entre les buts et finalités de la LES et l'EPT. Pour commencer leurs propos, Margat et al. (2014)

rappellent que la LES tout comme l'ETP, apparaissent toutes deux dans le cadre d'une évolution des problèmes de santé auxquels les systèmes de santé sont confrontés. Les deux désignent le processus par lequel une personne agit pour son propre compte, pour la promotion de sa santé, la prévention ou la gestion d'une maladie (Pélicand et al., 2009). Ensuite, les liens possibles entre les modèles qui sous-tendent ces deux champs. Si les approches de la LES, notamment le modèle intégral de Sørensen et al. (2012) s'inscrit dans une approche socioconstructiviste, ces rapports de système ainsi que ces logiques se retrouvent également dans le modèle de l'ETP même si d'autres modèles viennent progressivement l'enrichir. Dans l'ETP, l'approche systémique appliquée à l'éducation, en tant que modèle organisateur (modèle de planification de l'action éducative), permet de déterminer l'intervention éducative à partir d'étapes clés qui en assurent la pertinence et le réalisme (Margat et al., 2014). Le modèle de la littératie en santé qu'ont proposé Sørensen et al. (2012) et celui de l'ETP relèvent donc d'une même essence systémique, socioconstructiviste qui permet d'envisager relation renforçant l'efficacité de l'un et de l'autre (un bon niveau de compétences en LES pouvant être une plus-value quant à la pratique de l'ETP et cette dernière pouvant être un moyen de diagnostiquer et d'améliorer les compétences en santé). Enfin, les compétences qui soutiennent la LES sont des compétences visées par les programmes d'ETP. Cela explique l'impact des compétences de la littératie en santé sur l'acquisition des compétences en ETP (Margat et al., 2014). En effet, alors que le niveau de littératie en santé influence l'accessibilité des programmes d'ETP, il semblerait pertinent d'une part de rendre les programmes plus accessibles et d'autre part d'appréhender l'ETP comme une opportunité pour répondre, selon ses modalités propres, aux besoins en LES (Margat et al., 2017).

De ces possibles liens, et considérant les faibles compétences en LES comme un obstacle potentiel à l'ETP, il serait possible d'adapter des programmes d'ETP (et par extension des programmes de promotion de santé) aux patients atteints de maladies chroniques et ayant une faible littératie en santé ou tout simplement aux populations. La conception de Sørensen et al. (2012) donne par ailleurs une bonne représentation de la relation entre LES, la PS et l'ETP. Selon ces auteurs, le concept de LES s'inscrit dans le champ de la PS, qui inclut lui-même celui de la prévention, de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique du patient (Sørensen et al., 2012). La LES et l'ETP s'inscrivent dans le même but de conférer aux personnes des compétences en santé au service d'une auto-détermination plus grande. Elles sont alors comme des approches de PS (Margat et al., 2014).

7.1.3.4 Littératie en santé et promotion de la santé comme Empowerment

Les travaux de Jochelson (2008 cité par Kanj & Mitic, 2009) ont identifié trois approches clés dans la conceptualisation de la LES. Il s'agit notamment de la littératie en santé fonctionnelle qui correspond à un ensemble de compétences techniques génériques à appliquer dans un environnement des soins médicaux. De la littératie en santé conceptuelle qui rend compte d'une approche multidimensionnelle qui lie des compétences génériques de l'individu avec un corps de connaissance technique et culturelle qui donne la signification aux compétences, et situe l'individu dans un contexte social. Enfin, l'approche de la LES comme Empowerment²⁸. Celle-ci se focalise sur la nature interactive de la littératie et son pouvoir, situe l'individu dans un contexte social suggérant que la littératie est le résultat d'un échange permanent entre un individu moins puissant et un autre plus puissant, mais aussi entre les institutions et les contextes politiques (Kanj & Mitic, 2009). La littératie en santé comme empowerment s'inscrit dans une approche socioconstructiviste des compétences sociales. Elle souligne, comme à son temps, la nécessité de l'interaction entre le sujet apprenant et un pair plus évolué. Cependant, elle va au-delà et intègre une approche que l'on qualifierait de sociologique en intégrant l'influence des relations entre les institutions et les contextes politiques dans la construction des compétences chez les individus. La littératie en santé comme empowerment serait une approche globale et complète du développement des compétences en texte chez les individus.

Kanj et Mitic (2009) décrivent l'approche de la littératie comme Empowerment comme une approche fortifiant la citoyenneté active pour la santé en amenant les individus à un engagement commun et citoyen avec la PS et les efforts de prévention. Bien plus, elle le fait de façon concrète en :

- ✓ Impliquant les individus dans la compréhension de leurs droits comme malades et leur capacité de naviguer à travers le système des soins santé/médicaux ;
- ✓ Amenant les individus à agir comme des consommateurs bien renseignés au sujet des risques de santé de certains produits et services et au sujet des options dans l'offre de soins médicaux ;

²⁸ Le terme français qui pourrait mieux rendre compte de ce concept serait capacitation ou habilitation et surtout l'autonomisation. Bref, l'idée qui transparaît est celui de donner le plein pouvoir à l'individu de décider de ses actions, notamment dans le domaine de la santé.

- ✓ Amenant les individus à agir individuellement ou collectivement pour améliorer leur santé à travers la participation citoyenne aux votes dans le système politique, les plaidoyers ou en adhérant aux mouvements sociaux.

Dans une approche transversale, la LES comme l'empowerment s'avère être un véritable atout pour le développement de la pensée critique en général, particulièrement dans le domaine de la santé. Les éducateurs, les responsables de politiques en charge des questions de PS devraient alors se saisir de cette brèche pour l'efficacité certaine de leurs actions.

7.1.4 Littératie en santé et promotion de la santé : déterminants mutuels ?

La présentation qui précède laisse transparaître un grand intérêt à s'intéresser au lien entre LES et PS tant les imbrications semblent nombreuses et très complexes. Quelques analyses antérieures se sont attelées à l'analyse de cette relation même si une pénurie de développement conceptuel reste observée dans le domaine. Pour de nombreux chercheurs, la LES est considérée en tant qu'approche de PS. Pour ceux-ci, la LES est une approche de la PS dans le sens qu'elle met l'accent sur l'importance de permettre aux personnes et aux collectivités d'acquérir, de comprendre, d'évaluer et d'utiliser les meilleures connaissances et compétences disponibles pour faire face aux menaces sur la santé (Saboga-Nunes et al., 2020). Ces recherches perçoivent davantage la PS comme une intervention en communauté (OMS, 1986, 2019) et rarement comme une compétence. C'est pourquoi, elles considèrent la LES comme un résultat des actions de la PS (Gugglberger, 2019). Pour Sørensen, le concept de littératie en santé s'inscrit dans le champ de la PS, qui inclut lui-même celui de la prévention, de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique du patient (Sørensen et al., 2012). D'ailleurs, pour la Conférence nationale de santé (2017), la LES est un concept transversal à divers domaines et un levier pour l'action dans l'ensemble de ces secteurs. Ces champs de pratique partagent des visées et des valeurs identiques. Le développement de la LES permet à la population de s'impliquer dans les actions et programmes de PS. Réciproquement, les actions et programmes de PS favorisent l'augmentation du niveau de littératie en santé au sein de la population.

Pour certains, la PS est une démarche de la LES. En effet, à travers l'éducation à la santé, l'éducation thérapeutique du patient et les activités éducatives ciblées, la PS constitue le principal moyen pour relever le niveau de la littératie en santé des individus. C'est grâce à ces interventions d'apprentissage centrées sur le patient (ou le citoyen ordinaire) sur des aspects spécifiques tels l'auto-surveillance, l'auto-mesure, l'auto-évaluation que les individus et par ricochet les organisations de soins peuvent participer pleinement au processus de soins (HAS,

2015). C'est dans la perspective d'apporter notre contribution à l'enrichissement de la compréhension du rapport entre deux notions que nous avons envisagé cette étude. Nous émettons une hypothèse très peu émise dans les études antérieures et contraire à celle des praticiens de la PS (Nutbeam et al., 2018). Cette hypothèse est basée sur le fait que les compétences en littératie en santé, au-delà de pouvoir être acquises dans les campagnes de PS, peuvent être acquises dans le cadre de l'éducation formelle, non formelle et informelle (Paakkari & Paakkari, 2012 ; Yasir Arafat et al., 2018).

Bref, dans le cadre de l'éducation simplement. On pourrait alors penser qu'il s'agit de la position d'un expert en LES ou d'un éducateur à l'opposé de la conception du praticien en PS. Ici, les comportements de PS sont considérés comme des compétences, conséquentes de toute action d'éducation. Nous affirmons alors que le niveau de compétences en littératie en santé détermine la fréquence d'adoption des comportements de PS. Autrement dit, nous défendons l'idée selon laquelle, la fréquence d'adoption des comportements de PS dépend des compétences en littératie en santé que possède l'adolescent et/ou le jeune adulte. Ceux qui adoptent principalement des comportements de santé, sont aussi ceux qui ont les meilleures compétences en littératie en santé. Cette hypothèse s'inscrit en droite ligne de la définition de la LES que proposent Sørensen et al. (2012) qui font de la LES une compétence pour promouvoir les actions de PS. En outre, cette hypothèse s'appuie sur les résultats de plusieurs études qui ont montré que les individus ayant de bonne compétence en littératie en santé adoptent des manières de vivre plus saines et des comportements plus sains (Chahardah-Cherik et al., 2017 ; Davis et al., 2013 ; Reisi et al., 2014). Enfin, elle vise à répondre à deux préoccupations. L'une, que pose Gugglberger : dans son éditorial sur le lien entre la LES et la PS. Pour lui, son propos est bref parce qu'il y a en effet une pénurie de développement conceptuel sur ce rapport (Gugglberger, 2019). L'autre, l'invitation de Rootman (2002) à rejoindre le débat au cœur du débat épistémologique sur une proposition de redéfinition de la LES dans le contexte de la PS entre le tenant de côté « Pour » Nutbeam (2000) et Kickbusch (2001) et les tenants du côté « Contre », dont la tête de file est Tones (2002).

7.2 Méthodologie

Dans la présente étude, la section méthodologie rend compte de l'ensemble des opérations des terrain et d'analyse de données. Elle est constituée du type d'étude et les participants, des instruments de collecte de données et de la procédure de collecte de données et d'analyse.

7.2.1 Type d'étude et Participants

Afin de répondre à notre question de recherche numéro deux, nous avons mené une enquête (Kate, 2006) par questionnaire auprès des adolescents et jeunes adultes de la ville de Yaoundé. Trois critères d'inclusion ont été retenus pour la sélection des participants : 1) avoir au moins 15 ans d'âge ; 2) ne pas être en train de suivre un régime alimentaire (ou toute autre forme d'activité sportive) prescrit par un médecin de santé publique en lien avec la prise en charge d'une maladie quelconque ; et 3) ne pas avoir une maladie chronique confirmée par un médecin de santé après des examens approfondis. Ainsi, les participants qui avaient moins de 15 ans d'âge, qui étaient sous un régime alimentaire ou sportif exigé par un médecin de santé publique en lien avec la prise en charge d'une quelconque maladie étaient exclus de l'échantillon, tout comme ceux ayant déclaré être atteints d'une ou plusieurs maladies chroniques confirmées par des médecins. Les participants ont été sélectionnés selon un double processus d'échantillonnage aléatoire. Dans un premier temps, les établissements d'enseignement secondaire dans lesquels, les données devaient être collectées étaient tirés au sort dans quatre catégories : établissements secondaires d'enseignements général public (Lycée de Ngoa-Ekellé, Lycée général Leclerc) ; les établissements secondaires d'enseignements général privé Laïc (Collège La Madeleine, Institut Siantou Secondaire) ; établissements secondaires d'enseignements général privé Confessionnel et les établissements d'enseignement secondaire technique (CETIC de Ngoa-Ekellé, LTIC de Yaoundé, Institut Siantou Secondaire). Ensuite, la technique d'échantillonnage aléatoire simple était appliquée au sein de chaque établissement pour déterminer la taille de l'échantillon.

Ce processus a permis que les données soient collectées auprès de 343 participants dont 231 (67,3 %) filles et 112 (32,7 %) garçons. Leurs âges varient entre 15 et 23 ans avec un intervalle de confiance à 95 % de [17,40 - 17,77], une moyenne de 17,59 et un écart-type de 1,75. Les participants fréquentaient les établissements secondaires de la ville de Yaoundé que sont : le lycée de Ngoa-Ekellé, lycée général Leclerc, le lycée technique bilingue et industriel de Yaoundé, du Collège d'enseignement technique, industriel et commercial de Ngoa-Ekellé, et du collège privé laïc La Madeleine. 193(56,3 %) participants venaient des lycées d'enseignement général public, 106(30,9 %) des établissements d'enseignement public technique et 44(12,8 %) les établissements secondaires d'enseignements général privé Laïc. L'absence des données statistiques sur les participants des établissements d'enseignement secondaire privé confessionnel est due au refus des responsables de ces établissements à nous ouvrir leurs portes. Malgré nos multiples tentatives, nos efforts sont restés sans suite. Dans

l'ensemble, 6,1 % (n = 21) fréquentaient la classe de seconde, 53,4 % (n = 183) la classe de première et 40,5 (n = 139) la classe de terminale.

7.2.2 Instruments de collecte de données

Deux questionnaires ont été utilisés pour collecter les données auprès des adolescents et jeunes adultes de la ville de Yaoundé. Il s'agit de *l'European Health Literacy Survey Questionnaire* (HLS-EU-Q) et de *l'Adolescents Health Promotion Behaviors scale* (AHPB-27).

L'European Health Literacy Survey Questionnaire ([HLS-EU-Q], Pelikan et al., 2014, Rouquette et al., 2018) est un questionnaire unidimensionnel et multidimensionnel à 16 items permettant d'évaluer le niveau de littératie en santé auprès de la population générale. Il a été validé en contexte camerounais afin de décider si ses qualités métrologiques siéent avec les réalités locales (chapitre 4). Les qualités métrologiques en contexte camerounais ont confirmé son uni et multidimensionnalité. La *Cameroon health literacy survey questionnaire* (HLS-Cam-Q) a été utilisée dans cette étude. Pour notre échantillon, l'analyse factorielle exploratoire utilisant la méthode d'extraction Maximum Likelihood avec rotation varimax, confirme la structure unidimensionnelle du HLS-Cam-Q6 et HLS-Cam-Q16 ($KMO = .754$, $\chi^2 = 738$, $df = 120$, $p < .001$). L'analyse factorielle confirmatoire révèle que l'outil est adapté pour cet échantillon et a des bonnes qualités ($\chi^2/ddf = 2.509$; $RMSEA = 0.069$; $SRMR = 0.061$; $CFI = 0.728$ $TLI = 0.687$ $AIC = 12941$; $BIC = 13125$). Les indices fondamentaux montrent de bonnes qualités ; leurs valeurs sont inférieures à .80 (Hu & Bentler, 1999 ; Nyock Ilouga & Moussa – Mouloungui, 2019). Les sujets répondent à une série de comportements en lien avec l'accès à l'information de santé, sa compréhension, son analyse critique et son application dans trois contextes : prise en charge de la maladie, prévention de la maladie et PS ; en indiquant à quel point est-ce qu'il est difficile ou facile d'accomplir de tels comportements. L'échelle a quatre points : 1 = *Très difficile*, 2 = *Difficile*, 3 = *Facile* et 4 = *Très facile*. Le score minimum est de 16 et le score maximum est 56. Mais une formule permet de standardiser les scores entre 0 et 50 et permet de définir quatre niveaux de LES (Rouquette et al., 2018 ; Sørensen et al., 2015). Les valeurs alpha de Cronbach pour le HLS-Cam-Q16 et HLS-Cam-Q6 sont respectivement .748 et .620.

L'échelle composite d'évaluation des comportements de promotion de la santé pour adolescents et jeunes adultes (AHPB-27). L'AHPB-27, est un instrument de mesure des comportements de promotion de la santé chez les adolescents et jeunes adultes, constitué de 27 items. Chaque déclaration représente un comportement sain, et les adolescents et jeunes adultes

sont invités à renseigner à quelle fréquence ils exécutent chaque comportement, en utilisant une échelle de type Likert à 5-points avec 1 = *Jamais*, 2 = *Rarement*, 3 = *Parfois*, 4 = *Habituellement* et 5 = *Toujours*. Il évalue les domaines de santé suivants : santé spirituelle ; relation interpersonnelle ; exercice physique ; gestion du stress ; appréciation de la vie ; hygiène du sommeil ; responsabilité en santé et soutien social. La validation de cet outil de mesure a fait l'objet du chapitre 5 de cette thèse. Dans cette étude, nous l'appliquons tout simplement. Afin d'éviter les redites, le lecteur est invité à revoir le chapitre 5 pour ample d'information sur la validation de l'outil.

7.2.3 Procédure de collecte de données

L'étude s'est déroulée en milieu scolaire ordinaire, dans la salle de classe habituelle de chaque élève. C'était à la semaine suivant l'évaluation de la 2^e séquence. Les données proprement dite ont été collectées sur une période d'environ un mois : soit du lundi 1^{er} novembre au jeudi 25 novembre 2021. Deux semaines avant cette période, les demandes d'autorisation de collecte de données étaient déposées dans les secrétariats des différents établissements afin d'obtenir une autorisation auprès de leurs différents responsables. Aussi, une semaine plus tôt, l'autorisation d'accès dans les établissements d'enseignement secondaire de la ville de Yaoundé a été obtenue auprès du Délégué départemental des enseignements secondaires du Mfoundi. Le dossier était constitué pour l'essentiel des documents justificatifs de notre statut d'étudiant, le protocole d'enquête et la fiche de consentement éclairé. Nous avons reçu des avis défavorables dans deux établissements qui ont estimé que leurs apprenants étaient en plein dans la préparation des examens (Siantou Secondaire) soit en plein déroulement de ces évaluations (collège privé catholique sainte Marie de Mvolyé). Dans les différents établissements où nous avons eu des retours favorables pour la collecte des données, un responsable d'établissement nous avait été joint pour nous servir de guide et de garanti que toutes les formalités administratives ont été effectuées. Bref, nous avons été mis à la disposition de différents responsables qui devaient nous conduire dans les salles de classes pour rencontrer les apprenants. Mais avant de nous conduire dans les salles de classe, une fois le premier contact était pris entre nous et le service (ou le responsable selon l'établissement), un travail préalable d'analyse était fait. Deux informations étaient explorées : les différents emplois du temps de l'établissement afin d'identifier les classes ayant les heures de permanence que nous pourrions exploiter et l'identification des classes dont l'âge moyen était égal ou supérieur à 15 ans. Pour cette dernière condition, nous avons opté de travailler avec les apprenants du second cycle qui sont la seconde,

la première et la terminale. Après cette séance d'activité, les descentes dans les salles de classe étaient entreprises.

Dans la pratique, les participants ont été informés à l'avance de l'enquête par deux censeurs dans un établissement ; par le Directeur des études dans un établissement, par les responsables des services de l'infirmerie dans un autre. Dans un établissement enfin, les apprenants avaient été informés par un responsable des services d'orientation scolaire et professionnelle. Ces présentations se faisaient en notre présence et à l'occasion. Ainsi, avant d'administrer le questionnaire, les participants ont été informés (par nous) que les données qu'ils fourniront seront gardées confidentielles et utilisées uniquement à des fins de recherche conformément aux dispositions de l'article 5 de la loi n°91/023 du 16 décembre 1991 sur les enquêtes statistiques et les recensements au Cameroun. Ils étaient aussi informés que leur participation était volontaire, libre et gratuite. En outre, ils ont été assurés que tout participant ayant commencé la complétion du questionnaire pouvait se retirer à tout moment s'il le désire sans avoir à se justifier. Bien plus, ils étaient rassurés que le refus de remplir le questionnaire ou le retrait à un moment donné après le début du remplissage étaient sans préjudice sur la quantité et la qualité des enseignements qu'ils continuerons à recevoir dans cette classe et des autres avantages dus à son statut dans cet établissement. À la suite de la présentation de ces conditions de participation, les éléments de réponses étaient apportés aux questions des apprenants et les questionnaires pouvaient être distribués.

Les questionnaires remis aux apprenants pouvaient se remplir sur place (dans la salle de classe) ou à la maison. La première possibilité s'offrait exclusivement aux personnes de 18 ans et plus, qui devaient signer le formulaire de consentement éclairé. Cette possibilité de remplissage séance tenante était donc interdite aux moins de 18 ans. Par contre, la deuxième option s'offrait aux deux catégories et prioritairement aux participants de moins de 18 ans. Ces derniers étant mineurs, ils ne pouvaient prétendre à la signature du formulaire de consentement éclairé qui constituait la première page du questionnaire d'enquête. Ils étaient alors invités à faire signer cette page par l'un de ses parents ou tuteurs avant qu'ils ne puissent remplir le questionnaire, de préférence en sa présence et avec son aide. Sur la base de la liste de la classe, le lendemain, les apprenants rapportaient les formulaires de consentement signés par les parents ou tuteurs et l'exemplaire du questionnaire rempli ou non. Sur place ce deuxième jour, les questionnaires remplis à domicile furent récupérés et les apprenants n'ayant pas complété étaient alors invités à le faire sur place (à condition d'avoir 18 ans et plus ou avoir une autorisation du parent ou tuteur). Toutefois, ils étaient informés que l'accord donné par les parents ne les astreignait pas

au remplissage obligatoire ou effectif du questionnaire. Par conséquent, ils avaient le choix de remplir ou pas le questionnaire malgré l'accord du parent ou tuteur. À l'issue de ce processus, le taux de non-retour des questionnaires remplis ou avec consentement éclairé signé ou non était élevé de 77 %. Plusieurs raisons peuvent aider à comprendre cette situation. D'abord, l'indisponibilité de certains parents : plusieurs apprenants ont indiqué le refus de leurs parents de les voir participer à l'enquête alors que certains ont indiqué que les parents étaient en voyage et ne pouvaient par conséquent pas être disponibles. Ensuite, l'incompréhension de la nécessité de signer le formulaire de consentement éclairé : certains apprenants ont rapporté les inquiétudes de leur parent quant à la nécessité ou le bien fondé de signer un document (consentement éclairé) pour autoriser leurs enfants à remplir un simple questionnaire. Ils auraient alors perçu la signature du formulaire de consentement éclairé comme contraignant ou comme susceptible de leur être préjudiciable un jour ou l'autre. Pour cette même raison, certains apprenants n'ont pas consenti au remplissage du questionnaire. Enfin, nombre d'apprenants n'ont pas pu apporter les questionnaires bien que les formulaires de consentement étaient signés et le questionnaire lui-même rempli. Après plusieurs passages dans leurs établissements et classes, nous n'avons pu rentrer en possession des questionnaires remplis ou non. Nous avons alors considéré qu'ils avaient décidé de ne remplir ou alors qu'ils s'étaient retirés de l'enquête.

Après cette étape, sur les 900 questionnaires distribués, nous comptons en notre possession 359 remplis. Soit un taux de remplissage des questionnaires de 39,88 %. Globalement, les apprenants malgré leur bonne volonté à participer à l'enquête n'ont pas pu aller tous jusqu'au bout. Ce taux, bien qu'acceptable aurait dû être meilleur sans les conditions éthiques entourant la collecte de données.

7.2.4 Analyse des données

Les données collectées ont été traitées à partir du logiciel *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) version 23. Mais, avant de tester l'hypothèse de cette étude, une étape préalable est fondamentale : l'épuration de la base de données et de la performance des premières analyses. Après la collecte des données, nos données ont été saisies sur une feuille de calcul Excel. Ensuite, la base a été exportée dans le logiciel SPSS pour les premières analyses afin de la parfaire. Cette étape a permis de résoudre le problème des valeurs manquantes. En effet, les valeurs manquantes ont été traitées comme suit : si deux ou plus de deux items dans une dimension de nos deux échelles manquaient, le score du sujet sur cette dimension était exclu de l'analyse statistique. Au contraire, si juste un item manquait, la valeur moyenne de cette

dimension pour l'ensemble des sujets était utilisée pour remplacer cette valeur manquante. Cette procédure est recommandée dans la littérature et est d'ailleurs très utilisée dans les recherches en sciences sociales (Ping et al., 2018). Au final, un échantillon de 343 adolescents et jeunes adultes représentant 38,11 % de la population mère ($n = 900$) et 95,54 % de la population accessible ($n = 359$).

Pour tester l'hypothèse de cette étude, des analyses de corrélation et de régression ont été effectuées. L'analyse de corrélation a permis de tester la relation linéaire entre les différentes variables. Lorsque cette analyse était significative, nous procédions à une analyse de régression. Cette dernière s'est particulièrement appuyée sur la méthode de Dancey et Reidy (2004/2007). Le choix de ce test est lié au caractère numérique de nos variables explicatives et expliquées. Pour ce faire, un certain nombre d'étapes sont suivies. Tout d'abord, l'examen du diagramme de dispersion. Basée sur l'appréciation du nuage des points entre les deux variables, l'examen donne une idée sur la probable relation linéaire entre les deux variables mais sur la force de ce lien. Ensuite, le calcul du coefficient de corrélation linéaire r (de Pearson), qui mesure la force du lien entre les variables et permet de réaliser un test d'hypothèse sur ce lien. Enfin, dans le cas échéant, la détermination d'un intervalle de confiance pour r . Au-delà de ces étapes, deux conditions d'application des tests statistiques sont vérifiées à l'instar de la normalité de la distribution et de l'homogénéité des variances. Tous les tests étaient considérés comme positifs si la valeur de la probabilité p est inférieure à .05.

7.3 Résultats

Les résultats seront présentés en deux phases : d'abord l'analyse des facteurs secondaires et ensuite les résultats de l'analyse du facteur principal.

7.3.1 Relation entre les variables secondaires et la promotion de la santé

Les variables secondaires sont celles sur lesquelles les hypothèses de recherche ont été formulées. Il s'agit en l'occurrence des variables sociodémographiques. Leurs influences sur les comportements de promotion de la santé ont été analysées dans cette section ainsi que le lien entre les dimensions de la LES et de la PS.

7.3.1.1 Variables sociodémographiques et comportements de promotion de la santé

Les facteurs secondaires ou variables secondaires sont celles sur lesquelles nous n'avons pas formulé des hypothèses de recherche. Ils constituent dans cette étude des déterminants sociaux

de santé mais aussi, des déterminants des inégalités sociales de santé. Ils sont constitués du sexe, de l'établissement fréquenté, du parcours scolaire, etc. et de leur lien avec les comportements de promotion de la santé chez les adolescents et les jeunes adultes.

Tableau 7.1

Variables dichotomiques et promotion de la santé

Variables	Modalités	N	Moy.	ET	IC 95%	T	p	d
Sexe	Masculin	112	3.41	.48	-.03-.20	1.51	.131	.18
	Féminin	231	3.32	.51				
Maladie chronique	Oui	55	3.40	.47	-.09-.20	.731	.47	.11
	Non	285	3.34	.51				
Consulter Med. Trad.	Oui	73	3.36	.51	-.12-.14	.19	.85	.024
	Non	263	3.35	.50				
Emission de santé	Oui	193	3.37	.64	-.07-.14	.63	.58	.07
	Non	143	3.33	.46				
Bénéfique l'écoute	Oui	143	3.41	.52	-.00-.36	3.16	.058	.18
	Non	39	3.23	.47				
Statut	Adolescents	187	3,37	.49	-.06 -.16	.866	.39	.09
	Jeunes adultes	153	3,33	.51				

L'analyse des données de la table 7.1 laisse transparaître que l'adoption des comportements de PS n'est pas sensible au sexe ($t(342) = 1.51, p = .131, d = .18$) ; à la connaissance d'une ou des émissions/programme(s) Radio ou Télévisé(s) qui traite(nt) principalement des questions de santé ($t(342) = .63, p = .58, d = .07$). La seule connaissance d'une émission spécialisée des questions de santé ne suffit pas pour modifier les comportements des adolescents et jeunes adultes vers les comportements qui promeuvent la santé. De même, les connaissances associées

à une écoute régulière ne sont pas de nature à favoriser les comportements de promotion de la santé ($t(342) = 3.16, p = .058, d = .18$). Rappelons que selon les conventions de Cohen (1992), une taille de l'effet d de .20 est considérée comme faible, une valeur de .05 comme moyenne, et .80 comme forte. Enfin, il ressort de la table 7.1 que le fait d'avoir déjà consulté ou non (ou de consulter très souvent) un médecin traditionnel (ou Devin, Guérisseur, Marabout, Voyant, Féticheur, etc.) pour un problème de santé personnel ou concernant un proche n'affecte en rien l'adoption des comportements de promotion de la santé ($t(342) = .19, p = .55, d = .024$). Par ailleurs, les personnes ayant déclaré avoir une maladie chronique ou plus, ont une fréquence d'adoption des comportements de santé supérieure ($M = 3.40 ; ET = .51$) à celle des personnes n'ayant déclaré avoir une maladie chronique ($M = 3.34 ; ET = .50$). Par contre, la différence entre les moyennes de ces deux conditions n'est pas significative ($t(342) = .73, p = .47, d = .11$).

Tableau 7.2

Analyse de variance entre la promotion de la santé et quelques variables sociodémographiques

Variables	Modalités	<i>N</i>	<i>Moy.</i>	<i>ET</i>	<i>IC 95%</i>	<i>F</i>	<i>P</i>	η^2
	Public Général	191	3.36	.48	3.30-3.43	1.55	.213	.009
Établissement	Public Technique	105	3.29	.54	3.18-3.39			
	Privé Laïc	44	3.44	.49	3.29-3.50			
Classe fréquentée	Seconde	21	3.35	.47	3.14-3.57	2.09	.126	.012
	Première	182	3.40	.48	3.33-3.47			
	Terminale	137	3.29	.53	3.19-3.38			
	Seul(e)	16	3.30	.53	3.01-3.59	3.71	.019	.03
Mode d'habitation	Mon/Mes Parents	236	3.38	.51	3.31-3.44			
	Oncle/tante	47	3.45	.38	3.33-3.56			
	Autres	41	3.14	.47	2.99-3.29			
	Public	187	3.35	.52	3.28-3.44	.073	.93	.00

Variabiles	Modalités	N	Moy.	ET	IC 95%	F	P	η^2
Parcours scolaire	Privé Laic	97	3.33	.44	3.25-3.43			
	Privé confessionnel	56	3.36	.53	3.22-3.51			
Littératie en santé	Inadéquate HL	100	3.14	.49	3.04-3.24	10.5	<.001	.086
	Problematic HL	173	3.43	.49	3.36-3.50			
	Suffisant HL	61	3.43	.46	3.32-3.55			
	Excellent HL	6	3.82	.48	3.32-4.33			

La table 7.2 donne à la fois les analyses descriptive et inférentielle sur cinq variables que sont le type d'établissement ou l'ordre d'enseignement, la classe fréquenté, le mode d'habitation, le parcours scolaire et le niveau de la LES en lien avec l'adoption des comportements de promotion de la santé. Les statistiques descriptives montrent que vivre avec ses parents ($M = 3.38$; $ET = .51$) ou avec son oncle ou tante ($M = 3.45$; $ET = .38$) a des effets bénéfiques pour l'adoption des comportements de promotion de la santé chez les adolescents et jeunes adultes que vivre seul ($M = 3.30$; $ET = .53$) ou sous une autre modalité d'habitation ($M = 3.14$; $ET = .47$). L'effet du mode d'habitation sur les comportements de promotion de santé est confirmé par l'analyse de la variance ($F(3; 333) = 3.71, p < .05, \eta^2 = .03$). Un test de comparaison multiple (test de Tukey), confirme que le fait de vivre avec ses parents ou un oncle/tante a un effet significatif et positif sur l'adoption des comportements de promotion de la santé que d'autres modalités d'habitation. Toutefois, la différence n'est pas significative entre ces deux modalités et le fait de vivre seul. Concernant le niveau de littératie en santé, les statistiques descriptives révèlent que la fréquence d'adoption des comportements de promotion de la santé augmente avec le niveau de la littératie en santé. Les quatre niveaux de la littératie en santé ont été comparés grâce à une ANOVA ($F(3; 333) = 10.500, p < .001$) et le résultat indique un effet significatif. Cet effet global correspond à une mesure de $\eta^2 = 8.6\%$. Le niveau de LES explique donc près de 9 % de la variation totale de la fréquence d'adoption des comportements de promotion de la santé. Un test post-hoc (test de Tukey) confirme la différence significative entre le niveau inadéquat de littératie en santé et les trois autres niveaux supérieurs.

La santé autoévaluée est par ailleurs associée aux comportements de promotion de la santé ($F(4; 32) = 3.33, p = .011, \eta^2 = .04$). Les participants à cette étude qui se décrivent comme étant en très bonne santé sont aussi ceux qui adoptent davantage les comportements de promotion de la

santé. Autrement dit, les personnes qui adoptent le mieux les comportements de promotion de la santé, évaluent leur état de santé subjectif comme excellent. Et vice versa. Dans ce même sens, la source principale d'information sur la santé est significativement associée aux comportements de promotion de la santé ($F(6; 333) = 3.54, p = .002, \eta^2 = .06$). À titre d'exemple, les personnes qui suivent très fréquemment les émissions télévisées de santé ($M = 3.59 ; ET = .59$), les médecins ($M = 3.41 ; ET = .51$), ou les médecins traditionnels ($M = 3.46 ; ET = .46$), un pharmacien adoptent davantage des comportements de promotion de la santé que se renseigner prioritairement auprès de ses frères, sœurs, enfants, conjoint(e)s ($M = 3.27 ; ET = .47$), sur internet ($M = 3.31 ; ET = .30$) et par tout autre moyen ($M = 2.95 ; ET = .50$).

Les résultats montrent également que l'établissement fréquenté ($F(2, 337) = 1.00, p = .37, \eta^2 = .006$) ; la classe fréquenté ($F(2, 337) = 2.09, p = .123, \eta^2 = .01$) et le parcours scolaire ($F(2, 337) = .073, p = .93, \eta^2 = .00$) ne sont pas significativement associés aux comportements de promotion de la santé chez les adolescents. Autrement dit, le fait de fréquenter un établissement public d'enseignement général ou technique ou le fait de fréquenter un établissement privé laïc ou confessionnel n'influe en rien sur la possibilité d'adopter plus les comportements de promotion de la santé. Il en est de même pour la classe fréquentée. Dans cet échantillon, il ressort que les apprenants des classes de seconde, première et terminale ont sensiblement les mêmes attitudes eu égard aux comportements de promotion de la santé. Enfin, le fait d'avoir fait tout son parcours scolaire dans un établissement public ou un établissement privé ou confessionnel n'est en rien un déterminant social des comportements de promotion de la santé.

7.3.1.2 Corrélations entre les dimensions de la littératie en santé et celles de la promotion de santé

La table 7.3 présente les résultats de l'analyse des corrélations entre les dimensions de la littératie en santé (VI) et le comportement de promotion de la santé (VD). Il montre globalement que les corrélations entre les dimensions de la LES et la PS sont faibles ($.1 \geq r \leq .3$), mais très peu probables sous l'hypothèse nulle ($p < .01$ et $p < .001$). Spécifiquement, plus un adolescent ou jeune adulte est capable d'avoir accès aux informations de santé, plus il adopte les comportements de promotion de la santé $r(343) = .29, p < .001$. La situation est identique lorsqu'on se réfère à la capacité de compréhension des informations de santé dont on a eu accès $r(343) = .28, p < .001$, la capacité à la critiquer $r(343) = .16, p < .01$ et la capacité à l'utiliser de façon appropriée pour prendre soin de sa santé, prévenir les maladies et promouvoir sa santé $r(343) = .20, p < .001$.

Tableau 7.3*Corrélation entre les dimensions de la littératie en santé et la promotion de la santé*

	Repérer	Comprendre	Évaluer	Utiliser	AHPB-27
Repérer	—				
Comprendre	.456***	—			
Évaluer	.290***	.333***	—		
Utiliser	.345***	.546***	.274***	—	
AHPB-27	.291***	.279***	.155**	.201***	—

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tableau 7.4

Corrélation entre les dimensions du comportement de promotion de la santé et le niveau de littératie en santé

	SS	RI	EP	GS	AV	HS	RS	SSo	HLSCamQ6	HLSCamQ16
SS	—									
RI	.086	—								
EP	.171**	.112*	—							
GS	.184***	.207***	.256***	—						
AV	.139*	.227***	.254***	.340***	—					
HS	-.006	.133*	.280***	.109*	.147**	—				
RS	.057	.004	.256***	.167**	.283***	.241***	—			
SSo	.061	.306***	.223***	.263***	.306***	.125*	.151**	—		
HLSCamQ6	.215***	.054	.242***	.233***	.206***	-.005	.105	.091	—	
HLSCamQ16	.219***	.101	.181***	.218***	.244***	.032	.092	.116*	.826***	—

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$; SS = Santé Spirituelle ; RI = Relation Interpersonnelle ; EP = Exercice Physique ; GS = Gestion du Stress ; AV = Appréciation de la Vie ; HS = Hygiène du sommeil ; RS = Responsabilité en Santé ; SSo = Soutien Social.

Tableau 7.5

Corrélation entre les dimensions du comportement de promotion de la santé et les dimensions de littératie en santé

	Repérer	Comprendre	Évaluer	Utiliser	SS	RI	EP	GS	AV	HS	RS	SSo
Repérer	—											
Comprendre	.456**	—										
Évaluer	.290**	.333**	—									
Utiliser	.345**	.546**	.274**	—								
SS	.182**	.168**	.129*	.151**	—							
RI	.086	.093	.075	.061	.086	—						
EP	.241**	.154**	.066	.100	.171**	.112*	—					
GS	.161**	.229**	.116*	.167**	.184**	.207**	.256**	—				
AV	.204**	.212**	.178**	.159**	.139*	.227**	.254**	.340**	—			
HS	.060	.060	-.030	.064	-.006	.133*	.280**	.109*	.147**	—		
RS	.120*	.093	.029	.044	.057	.004	.256**	.167**	.283**	.241**	—	
SSo	.137*	.136*	.040	.052	.061	.306**	.223**	.263**	.306**	.125*	.151**	—

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$; SS = Santé Spirituelle ; RI = Relation Interpersonnelle ; EP = Exercice Physique ; GS = Gestion du Stress ; AV = Appréciation de la Vie ; HS = Hygiène du sommeil ; RS = Responsabilité en Santé ; SSo = Soutien Social.

La table 7.4 présente les résultats de l'analyse des corrélations entre la LES et les dimensions de la PS. Elle montre globalement que l'ensemble des cinq (05) dimensions de la PS sont positivement et faiblement corrélées à la LES ($.1 \geq r \leq .3$). Autrement dit, plus un adolescent ou un jeune adulte a un bon niveau de littératie en santé, plus il adopte les comportements de promotion de la santé liés à divers domaines de la vie. Spécifiquement, la LES est corrélée à la santé spirituelle $r(343) = .22, p < .001$, à la pratique des exercices physiques $r(343) = .18, p < .001$, à la gestion du stress $r(343) = .22, p < .001$, à l'appréciation de la vie $r(343) = .24, p \leq .001$, et au soutien social $r(343) = .12, p < .05$. La littératie en santé n'est pas corrélée aux dimensions de la relation interpersonnelle $r(343) = .10, p > .05$, Hygiène du sommeil $r(343) = .023, p > .05$ et à la responsabilité en santé $r(343) = .21, p > .05$. Lorsqu'on compare aux scores de la corrélation entre ces dimensions de la PS et le HLS-Cam-Q16, aux scores avec de la corrélation avec HLS-Cam-Q6, on se rend compte qu'il y a moins de corrélations significatives. Seules quatre dimensions corrélaient avec HLS-Cam-Q6. Il s'agit de la santé spirituelle $r(343) = .22, p < .001$, de la pratique des exercices physiques $r(343) = .24, p < .001$, à la gestion du stress $r(343) = .23, p < .001$, et de l'appréciation de la vie $r(343) = .21, p \leq .001$.

Les corrélations entre les dimensions de nos deux variables sont rapportées par la table 5.5. On y observe que certaines variables sont corrélées entre elles alors que d'autres ne le sont pas. Les dimensions ou sous-échelles de la variable LES sont corrélées entre elles avec des seuils de significativité très peu probables sous l'hypothèse nulle. Ceci n'est pas le cas avec les dimensions de la variable comportements de promotion de la santé. Les corrélations les plus élevées sont alors observées entre les dimensions de la variable LES. Lorsqu'on s'intéresse aux corrélations entre les différentes dimensions des deux variables, nous observons qu'aucune modalité de l'une des variables n'est corrélée avec l'ensemble des modalités de l'autre variable. Cependant, l'on relève que la dimension de la LES qu'est l'accès à l'information (repérer) est faiblement corrélée à six des huit dimensions de la variable comportements de promotion de la santé à l'exception de la dimension relation interpersonnelle $r(343) = .086, p > .05$ et la dimension Hygiène du sommeil $r(343) = .06, p > .05$. La dimension compréhension de l'information de santé est corrélée à cinq dimensions de la variable promotion de la santé. Elle est faiblement corrélée à la santé spirituelle $r(343) = .168, p < .01$, à la pratique de l'exercice physique $r(343) = .23, p < .01$, à la gestion du stress $r(343) = .23, p < .01$, l'appréciation de la vie $r(343) = .21, p < .01$ et le soutien social $r(343) = .14, p < .05$. Les dimensions critique de l'information de santé et utilisation appropriée de l'information en santé s'avère être celles les moins corrélées aux dimensions de la PS. Elles sont corrélées à la santé spirituelle dans les

proportions respectives suivantes $r(343) = .13, p < .05$ et $r(343) = .15, r(343) = .06, p < .01$. De même, et respectivement, elles sont corrélées à la gestion du stress $r(343) = .17, p < .05, r(343) = .18, p < .01$ et à l'appréciation de la vie $r(343) = .18, p < .01$ et $r(343) = .16, p < .01$.

7.3.2 Corrélation entre littératie en santé et promotion de la santé

343 adolescents et jeunes adultes ont répondu à une série de questions portant sur la LES et les comportements de promotion de la santé. Le score moyen et l'intervalle de confiance (IC) à 95% sur l'index de LES et la PS pour tous les sujets sont de 28.80[28.12-29.48] et 3.35[3.30-3.41]²⁹ respectivement. Le tableau 7.6 indique les moyennes et écart-types correspondants aux groupes adolescents et jeunes adultes. Il montre que les adolescents ont obtenu un score moyen plus élevé en LES que les jeunes adultes et autant de meilleures performances sur les comportements de promotion de la santé. Les écart-types montrent que les deux groupes (adolescents et jeunes adultes) présentent la même dispersion en ce qui concerne la LES et la PS. L'examen des boîtes à moustaches permet de conserver l'hypothèse de normalité.

Tableau 7.6

Moyennes et (écart-types) des adolescents et jeunes adultes en littératie en santé et promotion de la santé

Variables	Adolescents	Jeunes Adultes
HLS-Cam-Q16	29.48 (6.06)	27.97 (6.82)
AHPB27	3.38 (.50)	3.33 (.51)

Un test de corrélation linéaire simple nous permettra de découvrir s'il existe un lien entre la LES et les comportements de santé sur notre échantillon, et si ce lien est si fort pour que nous puissions dire que nos résultats ne sont pas du fait du hasard. Cependant, l'exploration de ce lien se fera en suivant les trois étapes que proposent Dancey et Reidy (2004/2007) que sont : l'examen du diagramme de dispersion, le calcul du coefficient de corrélation linéaire (de Bravais-Pearson) r , qui mesure non seulement la force du lien entre les deux variables, mais aussi permet de réaliser le test d'hypothèses sur le lien. Et enfin, la détermination d'un intervalle de confiance pour r .

²⁹ Cette écriture est recommandée par Dancey et Reidy (2004/2007) dans leur ouvrage *Statistiques sans maths pour psychologues* à la page 102.

L'analyse visuelle du diagramme de dispersion de la LES en fonction des comportements de promotion de la santé (voir figure 7a en annexe) montre que les deux variables sont liées positivement. Spécifiquement, bien que le lien ne soit pas parfait, il transparait que la fréquence d'adoption des comportements de santé augmente quand le niveau de littératie en santé augmente chez les adolescents et jeunes adultes. Cette observation est confirmée par le calcul du coefficient de corrélation linéaire comme le montre le tableau 7.7.

Tableau 7.7

Corrélation bivariées et corrélation partielle entre la littératie en santé et la promotion de la santé

	HLS- Cam- Q16	AHPB- 27	Âge	CroyFat	SEP	Établis	Classe	Sexe	Statut
HLS-Cam- Q16	—								
AHPB-27 [¶]	.312***	—							
AHPB-27	.301***	—							
Âge	-.113*	-.043	—						
CroyFat	-.002	.121*	.052	—					
SEP	-.168**	.046	.147**	.437***	—				
Établis	-.072	-.018	.138*	-.033	.019	—			
Classe	.070	-.097	.327***	-.071	-.045	-.017	—		
Sexe	-.118*	-.080	-.014	.117*	.119*	-.051	-.075	—	
Statut	-.117*	-.047	.819**	.023	.116*	.151**	.257**	-.063	—

Note. Croyfat = Croyance fataliste en santé, SEP = Sentiment d'auto-efficacité personnelle, Établis = Établissement.

[¶] Corrélation partielle entre HLS-Cam-Q16 et AHPB-27 en contrôlant 'Âge', 'Croyance fataliste en santé', 'Sentiment d'auto-efficacité personnelle', 'Établissement', 'Classe', 'Sexe', et 'Statut'

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

La table 7.7 confirme l'existence d'un lien positif entre la LES et la PS ($r = .321$ $p < .001$). Ainsi, lorsque le niveau de LES d'un adolescents/jeunes adultes augmente, sa fréquence d'adoption des comportements qui promeuvent la santé croissent également. Seulement, ces deux variables sont faiblement corrélées quand nous observons la valeur absolue de leur coefficient de corrélation linéaire qui est compris entre 0.1 et 0.3 (Dancey & Reidy, 2004/2007 ; Rossi et al., 1989). Par ailleurs, la significativité $p(.000)$ associée à ce lien témoigne que l'hypothèse nulle est déraisonnable et prouve que nous pouvons généraliser le lien entre ces deux variables dans la population générale. Aussi, l'analyse de la corrélation entre la LES et la PS en contrôlant l'âge, la croyance fataliste en santé, le sentiment d'auto-efficacité personnelle, l'établissement, la classe, le sexe et le statut montre que ces variables n'affectent pas le lien entre les deux variables. Le coefficient de corrélation partiel de septième ordre est de .310 avec un seuil de probabilité inférieur à .001. Ceci montre que la LES est indépendamment liée aux comportements de promotion de la santé au sein de notre échantillon. Bien que la table 7.7 réaffirme le lien entre la LES et la PS et la possibilité de généraliser ce résultat sur les variables parentes, il ne renseigne pas sur la proportion de variation expliquée par l'un ou l'autre des variables. C'est pourquoi il serait judicieux de calculer la grandeur de l'effet. Ceci passe par le calcul de coefficient de détermination (Table 7.8) et l'intervalle de confiance de r (Table 7.10).

Tableau 7.8

Coefficient de détermination de la force du modèle statistique entre la littératie en santé et la promotion de la santé

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de
				l'estimation
1	.301 ^a	.090	.088	.48034

Note. a. Prédicteurs : (Constante), Index moyen des scores de littératie en santé

Le tableau 7.8 nous donne quatre informations majeures. La valeur de la corrélation r entre la LES et les comportements de promotion de la santé. Sa valeur est $r = .301$. La variance expliquée : l'élévation de r au carré permet de trouver un coefficient de détermination qui donne la proportion de la variance totale des comportements de promotion de santé des adolescents et des jeunes adultes expliquée par la LES. Dans cette étude, R^2 (R-deux) est de .090. Le R-deux ajusté ($R^2_{\text{ajusté}} = .088$) : donne une proportion de variance expliquée bien plus réaliste que celle donnée par R-deux. Le R-deux ajusté a tendance à corriger la surestimation R-deux, du fait qu'il soit obtenu sur un échantillon et non sur une population totale. Dans cette recherche, sa valeur

est $R^2_{\text{ajusté}} = .088$. Ceci indique qu'au lieu de 8 % de la proportion de variance des comportements de promotion de santé expliquée par la littératie en santé sur l'échantillon à l'étude, cette proportion serait de 8.8 % sur la population où cet échantillon est choisi. Autrement dit, sur la population des adolescents et jeunes adultes, la LES explique 8.8 % des comportements de promotion de santé. La dernière information que nous donne la table 7.8 dans sa dernière colonne est l'Erreur standard de l'estimation (Err. Stand. = .48). Elle représente l'écart-type de la distribution d'échantillonnage de la moyenne et mesure le degré de dispersion entre les résultats moyens trouvés sur des échantillons et la moyenne de toutes ces moyennes observables. Sa valeur est .48, ce qui revient à dire que nous pouvons nous attendre à une erreur 48 % pour les estimations, globalement pour des paramètres observés dans la population. Attardons-nous un tant soit peu sur le coefficient de détermination qui nous donne davantage de précision sur le statut de notre hypothèse de recherche.

Le coefficient de détermination est la force du modèle statistique entre deux variables. Dans cette recherche il s'agit de la force du modèle statistique entre la LES et les comportements de promotion de santé. Autrement dit, le coefficient de détermination nous renseigne sur la proportion de variance des comportements de promotion de la santé expliquée par la LES dans notre échantillon. Ce coefficient de détermination noté R^2 , indique quelle proportion de la variance d'une des variables est expliquée par l'autre. Sa valeur est $R^2 = .090$. Cette valeur indique que 9 % de la variance totale des comportements de promotion de santé des adolescents et jeunes adultes est expliquée par leur niveau de LES (voir figure 7.1). Ceci confirme davantage ce que nous disions plus haut sur l'existence d'un lien entre les deux variables. Reste alors à déterminer l'équation de la droite de régression qui permettrait de prédire les valeurs non observées dans ce travail et pourquoi pas l'intervalle de confiance de ce lien.

Figure 7.1 Diagramme de venn illustrant la quantité de variance partagée par la LES et la PS

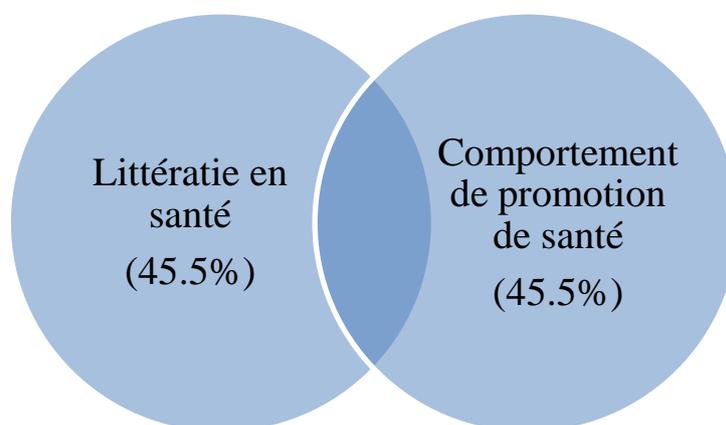


Tableau 7.9*Analyse de variance*

	Modèle	Somme des carrés	Ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	7.752	1	7.752	33.597	.000 ^b
	Résidu	77.985	338	.231		
	Total	85.737	339			

Note. a. Variable dépendante : Moyenne Générale de l'échelle AHPB27

b. Prédicteurs : (Constante), Index moyen des scores de littératie en santé

La table 7.9 renseigne sur la situation de la pente de la droite de régression. Elle nous dit si la pente de la droite de régression est (ou n'est pas) significativement différente de zéro. Ici, F vaut 33.60 et la significativité associée est de $p < .001$. Ceci voudrait dire que la valeur de r observé est assez grande en valeur absolu pour qu'on soit raisonnablement certain que sa vraie r , celui de la population totale, est également non nul. Autrement dit, la relation linéaire entre la littératie en santé et les comportements de santé des adolescents et jeunes adultes est généralisable à la population. L'on peut alors déterminer le coefficient de la pente et l'équation de la droite de régression.

Tableau 7.10*Coefficient de pente entre littératie en santé et promotion de la santé*

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	T	p	Intervalle de confiance à 95,0% pour B	
	B	Erreur standard	Bêta			Borne inférieure	Borne supérieure
1 (Constante)	2.68	.119		22.54	.000	2.447	2.915
HLS-Cam-Q16	.023	.004	.301	5.796	.000	.015	.031

Note. a. Variable dépendante : AHPB27

La table 7.10 nous donne la valeur de la pente β_0 ou de l'ordonnée à l'origine qui est la valeur moyenne d'adoption des comportements de promotion de la santé (2,68) quand celui-ci à une moyenne nulle dans l'échelle de la LES. Elle nous montre également qu'il existe un lien entre la LES et la PS. Autrement dit, la variation des valeurs d'une variable entraîne de fait une variation des valeurs de l'autre variable. Ces résultats nous amènent à rejeter l'hypothèse nulle et à accepter l'hypothèse de recherche. Nous pouvons conclure donc que la fréquence d'adoption des comportements de promotion de la santé par les adolescents et les jeunes adultes dépend de leur niveau en littératie en santé. Aussi, la droite de régression va nous permettre de faire des prédictions pour toutes les valeurs des participants de cet échantillon et même pour des valeurs des participants non observées dans cette étude, mais présentes dans la population. Enfin, l'équation de la droite de régression linéaire est notée : $Y = \beta_0 + \beta_1 X$ (β_1 correspond à la pente de la droite ; β_0 correspond à l'ordonnée de la droite à l'origine, également appelée intercepte ; X correspond à la variable explicative et Y correspond à la variable expliquée). Elle permet de déduire la propension moyenne à adopter les comportements de promotion de santé des participants (Y) connaissant leur score moyen sur l'échelle de la littératie en santé (X). Elle est la suivante :

$$Y = 2.68 + .023X$$

L'intervalle de confiance de r est donné par la table 7.10. La nécessité de déterminer un intervalle de confiance pour tout paramètre dans un travail de recherche réside dans le fait qu'il reste difficile de déterminer avec certitude la qualité de cette estimation malgré que nous savons bien qu'un paramètre comme la moyenne d'un échantillon donne globalement une bonne estimation de la moyenne sur la population (Dancey & Reidy, 2004/2007). C'est exactement alors, la raison d'être des intervalles de confiance que d'encadrer cette estimation ponctuelle, qui n'est sûrement pas parfaite, qu'est la moyenne. L'intervalle de confiance de niveau de confiance 95 % de notre r est la suivante : .301[.015 ; .031]. Étant donné que notre estimateur peut être faux du fait des variables de confusion³⁰, l'intervalle de confiance apporte plus de précision. Il établit ainsi une zone où la probabilité est plus grande pour que le vrai estimateur s'y trouve.

En somme, une régression linéaire simple a été utilisée pour déterminer l'impact du niveau de la LES sur la fréquence d'adoption des comportements de santé par les adolescents et les jeunes

³⁰ Ce sont les variables que les chercheurs ne prennent pas directement en charge mais qui peuvent avoir une influence sur la qualité du résultat.

adultes. Un lien positif significatif a été mis à jour ($r = .301, p < .001$). L'intervalle de confiance pour la pente de la droite de régression (au niveau de significativité de 95%) montre que chaque augmentation d'une unité du niveau de littératie en santé pourrait augmenter la fréquence d'adoption des comportements de promotion de santé des adolescents et jeunes adultes d'une valeur comprise entre .015 et .031 unités.

7.3.3 Régression multiple

Afin de conclure que le lien observé entre la LES et les comportements de santé des adolescents et des jeunes adultes n'est pas dû à l'action des autres variables (variables de confusion), ou de l'interaction entre ces variables, nous avons performé des analyses supplémentaires. L'évaluation de l'impact de ces variables de confusion sur nos résultats nous permettrait de dire avec exactitude le sens, la direction et la force du lien entre la LES et les comportements de santé dans cet échantillon. Elle nous permettra également de dire à quel point il est probable de généraliser les résultats obtenus de cet échantillon sur la population générale. Dancey et Reidy (2004/2007) rapportent que sans cette procédure de contrôle des variables de confusion, « *les conclusions dérivées de la recherche peuvent être sujettes à caution* » (p. 22). Le tableau 7.11 donne les corrélations entre la LES, les comportements de santé et les probables variables de confusion.

Tableau 7.11

Coefficients de détermination de la régression linéaire multiple

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficient standardisé	<i>t</i>	Sig.	Intervalle de confiance à 95 % pour <i>B</i>	
	<i>B</i>	Erreur standard				Borne inf.	Borne sup.
(Constante)	2.531	.435		5.816	.000	1.675	3.386
HLS-Cam-Q16	.025	.004	.318	5.900	.000	.017	.034
Âge	.009	.028	.029	.314	.754	-.046	.064
Sentiment d'auto-efficacité	.054	.054	.059	.985	.325	-.054	.161

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficient standardisé	<i>t</i>	Sig.	Intervalle de confiance à 95 % pour <i>B</i>	
	<i>B</i>	Erreur standard				Borne inf.	Borne sup.
			Bêta				
Croyance en Santé	.063	.039	.094	1.614	.108	-.014	.139
Établissement fréquenté	.000	.027	.000	-.005	.996	-.054	.054
Classe fréquentée	-.103	.048	-.121	-2.158	.032	-.197	-.009
Sexe	-.076	.058	-.070	-1.316	.189	-.189	.037
Statut	-.017	.093	-.017	-.181	.856	-.200	.166

L'ANOVA nous montre que le plan de régression pour ces variables est significativement « penché » (non horizontal). Cela nous révèle très exactement que la connaissance du niveau de littératie en santé, du parcours scolaire, de la croyance fataliste en santé, de la classe et l'établissement fréquenté, du sexe, du sentiment d'auto-efficacité personnelle et de l'âge permettent de faire une estimation du niveau d'adoption des comportements de promotion de la santé, puisque $F(8, 323) = 5.939, p < .001$.

Le lien entre la PS (VD) d'une part, et le croisement de LES, du parcours scolaire, de la croyance fataliste en santé, de la classe et l'établissement fréquenté, du sexe, du sentiment d'auto-efficacité personnelle et de l'âge (huit prédicteurs) est faible ($R = .358$). L'ensemble de ces prédicteurs expliquent globalement 10.4 % des variations du comportement de promotion de la santé ($R^2_{ajusté}$). Quatre des huit prédicteurs sont, sur l'échantillon de cette analyse, liés positivement aux comportements de promotion de la santé. Le coefficient de régression associé à la LES (.025) est significativement positif ($t = 5.90, p < .001$). Toutefois, les coefficients de régression associés à l'âge (.009), au sentiment d'auto-efficacité personnelle (.054), à la croyance fataliste en santé (.063) ne sont pas significativement positifs ($t_{âge} = .314, p = .754$; $t_{sep} = .985, p = .325$; $t_{CroFat} = 1.614, p = .108$). Contrairement à ces variables positivement liées aux comportements de promotion de la santé, trois variables à savoir la classe fréquentée, le sexe et le statut des participants sont plutôt négativement liées. Par ailleurs, la classe fréquentée associée à un coefficient de régression (-.103) significativement positif ($t = -2.158, p = .032$).

À contrario, les coefficients de régression associé au sexe (-.076) et au statut (-.017) ne sont pas significativement positifs ($t_{sexe} = -1.316, p = .189$; $t_{statut} = -.181, p = .856$). Enfin, le coefficient de régression entre l'établissement fréquenté et les comportements de promotion de santé est nul si l'on l'analyse conjointement avec les autres prédicteurs précédents.

Les coefficients de régression standardisés β montrent enfin que la littératie en santé ($\beta = .318$) est le meilleur discriminant parmi tous les prédicteurs. La littératie en santé est suivie respectivement parmi les régressions positives par les croyances fatalistes en santé ($\beta = .063$), le sentiment d'auto-efficacité ($\beta = .054$) et enfin par l'âge ($\beta = .009$).

7.4 Discussion

Les résultats de cette étude indiquent que la LES est positivement et significativement liée à la PS. Lorsque le niveau de littératie en santé d'un adolescent/jeune adulte augmente, sa fréquence d'adoption des comportements qui promeuvent la santé croissent également. Les résultats de cette étude ont montré que la LES est indépendamment liée à la PS au sein de notre échantillon. En effet, l'analyse des corrélations partielles nous a permis d'examiner le lien entre ces deux variables en estimant des paramètres simultanément. C'est-à-dire en contrôlant plusieurs variables potentielles de confusion comme l'âge, la croyance fataliste en santé, le sentiment d'auto-efficacité personnelle, l'établissement, la classe, le sexe et le statut des participants. Nous sommes arrivés à la conclusion qu'en maintenant constant ces variables, la LES reste liée à la PS. Cette analyse nous a permis d'éliminer l'âge, la croyance fataliste en santé, le sentiment d'auto-efficacité personnelle, l'établissement fréquenté, la classe fréquentée, le sexe et le statut des participants comme des variables de confusion. Les conclusions de cette recherche permettent aussi de dire que la LES a un effet sur la PS. En effet, nos résultats permettent de prédire à l'avance la fréquence d'adoption des comportements de PS d'un adolescent/jeune adulte camerounais inscrit dans un établissement scolaire de la ville de Yaoundé en connaissant son niveau de littératie en santé. Cette capacité de prédiction reste significative lorsque les variables de confusion potentielles sont incluses dans le modèle. Ceci confirme alors que la LES est un déterminant indépendant de la PS dans cette échantillon.

Ce travail contribue à enrichir le champ de la recherche concernant le rapport entre la LES et la PS. Rappelons qu'il existe une pénurie de développement conceptuel sur ce rapport dans la littérature (Gugglberger, 2019). Récemment, l'importance de la LES comme un déterminant essentiel de la santé est aujourd'hui reconnue par une série de déclarations internationales mais

aussi par des politiques ainsi que les stratégies nationales et régionales (Bröder et al., 2018 ; Nutbeam et al., 2018 ; Trezona et al., 2018a). Les conclusions de cette étude épousent cette conception antérieure de la littératie comme déterminant essentiel de la santé en y apportant des preuves empiriques qu'elle est un déterminant indépendant des comportements de promotion de la santé auprès des adolescents et jeunes adultes camerounais. Nos résultats s'inscrivent également dans la logique des études empiriques qui ont montré que la LES joue un rôle important dans l'adhérence thérapeutique (Speros, 2005), l'autogestion des maladies (Bouffard, 2010), la prévention des maladies et la PS (Bennett et al., 1998), l'utilisation des services de santé (Vandenbosch et al., 2016). Bref, cette étude en montrant que la LES est un déterminant indépendant de la PS, souligne son importance dans divers domaines (voir les dimensions de l'échelle AHPB-27) qui permettent à l'individu d'avoir plus d'autonomie sur sa santé. L'importance de la LES comme un déterminant indépendant d'hospitalisation avait été révélée chez les patients souffrant de cancer aux États-Unis (Cartwright et al., 2017). Les résultats de notre étude et ceux des études antérieures permettent de consolider l'idée selon laquelle la LES serait le « déterminant de déterminants » de la santé et le meilleur prédicteur de la santé d'une population car à elle seule, elle permet de prédire plus d'un comportement de santé. Notre résultat contraste néanmoins avec ceux de Yadollahi et al. (2018) qui ont constaté dans leur analyse que la LES était inversement associée comme déterminant de la participation à la prise de décision médicale. Notons pour nuancer que, bien que les « *approches de la promotion de la santé ne se concentrent pas sur les expériences de la maladie ou l'usage optimal de services médicaux* » mais plutôt sur « *sur les conditions générales de vie saine et sur les chances de personnes à mener une vie saine* » (Abel, 2008, p. 169). Ces résultats renseignent tout de même de la place importante de la LES pour la santé en général et la promotion des comportements de la santé en particulier.

Le niveau de littératie en santé a été démontré pour être un déterminant indépendant des comportements de promotion de la santé même en contrôlant un grand nombre de variables dont l'âge, la croyance fataliste en santé, le sentiment d'auto-efficacité personnelle, l'établissement fréquenté, la classe fréquentée, le sexe et le statut des participants. Les professionnels de la santé scolaire ou communautaire ne peuvent donc pas supposer sur la base de l'âge, de la croyance fataliste en santé, du niveau de sentiment d'auto-efficacité personnelle, de l'établissement fréquenté, de la classe fréquentée, du sexe ou même du statut qu'une personne a les compétences nécessaires pour comprendre comment la santé est maintenue et améliorée au quotidien ou pour appliquer correctement les comportements de promotion de la

santé requis de leur part. Pour les praticiens de la PS, bien que la LES soit conceptuellement attirante du fait de son lien avec la PS contemporaine, elle doit être la seule à être comprise comme un atout personnel et communautaire (Nutbeam et al., 2018). La littératie en santé doit être alors développée à travers l'éducation et d'autres interventions qui cherchent à capaciter les individus à avoir le plus grand contrôle sur une gamme de déterminants de santé sans prendre en compte de nombreux paramètres comme le sexe ou l'âge. Les actions de formation au sein des jeunes ne devraient pas prendre en considération le statut d'adolescent ou de jeune adulte par exemple. Connaître le niveau de littératie en santé peut permettre d'identifier ceux qui ont besoin d'aide pour un suivi individualisé pour la compréhension des comportements de PS et la nécessité de recherche autant que faire se peut, la possibilité de les mettre en pratique. Ceci est dû au fait que la LES améliore la conscience avec et pour les questions de santé et apparentées, qui sont ce pourquoi toute activité de santé et apparentée devrait prendre vraisemblablement en compte pour mieux aider les individus ayant de bon niveau de littératie en santé que ceux ayant une faible littératie en santé (Nutbeam et al., 2018).

Étant donné que l'ensemble des facteurs potentiels de confusion des comportements de promotion de la santé ont été inclus dans les analyses, nos conclusions traduiraient les difficultés que les personnes ayant un faible niveau de littératie en santé font face pour l'adoption des comportements qui promeuvent la santé. Par ailleurs, les résultats de cette recherche révèlent que le niveau de corrélation est faible entre la LES et la PS. La valeur de la corrélation était de .30. Les corrélations modérées ont été antérieurement observées entre la LES et la PS chez les patients diabétiques de type 2 (Chahardah-Cherik et al., 2017), mais aussi entre la LES et la qualité de vie. Cette dernière étant un construit qui intègre les comportements de promotion de la santé et ceux de protection de la santé (Pender et al., 2014). Les résultats d'une méta-analyse portant sur les études internationales ont révélé que les corrélations étaient faibles ($r = .35$) entre la LES et la qualité de la vie (Zheng et al., 2018). Une conclusion similaire est sortie des travaux d'Ehmann et al. (2020) qui ont obtenu une corrélation de .41. La faible valeur de la corrélation dans cette étude serait due à la faible taille de l'échantillon, mais aussi aux variations culturelles. Les résultats de cette étude montrent également que la LES n'est pas corrélée à l'ensemble des dimensions de la PS. Bien plus, pour les dimensions avec lesquelles elles corrélaient, ces liens sont faibles et/ou modérés. Bien que les études qui aient examiné la relation entre la LES et les dimensions de la PS chez les adolescents et les adultes soient rares, les études sur d'autres populations ont confirmé la relation entre la LES et toutes les dimensions

de la PS (Chahardah-Cherik et al., 2017). Le fait que les deux questionnaires d'évaluation de la PS soient quelque peu différents sur leur contenu et forme peut expliquer ces incohérences.

Cette étude a fourni l'évidence qu'il y a un lien entre la LES et la PS ; et que la connaissance du niveau de littératie en santé permet de prédire la propension à adopter les comportements de promotion de la santé chez les adolescents et les jeunes adultes. Ce faisant, elle révèle le rôle clé que joue la LES dans la PS. La littératie en santé et, par conséquent, les comportements de promotion de la santé jouent des rôles clés dans les promotions de la santé et la qualité de la vie des populations. En ceci, la LES représente une stratégie pour la PS des populations (Nutbeam, 2017a). Par conséquent, la LES doit être considérée comme un facteur qui détermine les comportements de la santé, développe une manière saine de vivre et, finalement, améliore la qualité de vie (Chahardah-Cherik et al., 2017). D'ailleurs, Wångdahl et Mårtensson (2015) soutenaient que l'une des raisons pour lesquelles les activités de PS auraient un faible effet, serait le niveau de littératie en santé des individus qui participent dans les programmes de PS.

7.5 Conclusion

La promotion de la santé représente un processus social et politique global, qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes. L'objet de ce chapitre était de répondre à la question de savoir si le niveau de littératie en santé détermine la PS ? Autrement dit, nous nous demandions si la fréquence d'adoption des comportements de promotion de la santé dépend des compétences en littératie en santé que possède l'adolescent et/ou le jeune adulte. Les résultats révèlent que la littératie en santé est liée de façon significative et positive à la PS et qu'elle se présente d'ailleurs comme un déterminant indépendant de la PS. Ainsi, ceux qui adoptent davantage des comportements de promotion de la santé, sont aussi ceux qui ont les meilleures compétences en littératie en santé. La connaissance de cette dernière permet de prédire la première. Cette étude suggère alors que la LES soit la priorité des acteurs de la PS auprès des adolescents et des jeunes adultes. Toutefois, les études supplémentaires seraient nécessaires à l'effet de vérifier cette conclusion sur une population plus large et dans des catégories variées.

Conclusion de la deuxième partie

La deuxième partie de cette thèse avait pour objectif de présenter les principaux résultats, réponses à la question de savoir quelle est la situation de la littératie en santé au Cameroun dans la promotion de la santé tout au long de la vie dans ce contexte de recrudescence de maladie cardiovasculaire ? Les résultats ont été présentés à l'aide de quatre études conduites en deux phases majeures. Parmi elles, deux portaient sur la validation d'outils de collecte de données. La première portait sur la validation psychométrique d'outils de mesure du niveau de littératie en santé pour la population générale. Il s'agissait en l'occurrence de savoir si la *Cameroonian Health literacy scale questionnaire short forms* (HLS-Cam-Q16 & HLS-Cam-Q6), étaient des outils d'évaluation de la littératie en santé psychométriquement valides pour les populations camerounaises. Les résultats révèlent que ces deux outils ont des bonnes propriétés psychométriques pour pouvoir être utilisés dans les études évaluant la littératie en santé. Les résultats montrent d'ailleurs que le modèle à six items présente de bien meilleures qualités métrologiques. La deuxième étude, avait pour objectif de mettre sur pied un outil aussi complet que possible pour l'évaluation des comportements de promotion de la santé. Cette étude a montré que le questionnaire *composite d'évaluation des comportements de promotion de la santé* (AHPB-27) est un outil d'évaluation des comportements de promotion de la santé psychométriquement valide pour les adolescents et jeunes adultes camerounais. Autrement dit, cet outil présente des qualités psychométriques acceptables pour être utilisé dans l'évaluation des comportements de promotion de la santé auprès des adolescents et des jeunes adultes camerounais.

Les deux autres études ont apporté des réponses empiriques sur le profil de la littératie en santé de la population camerounaise et sur la nature de la relation entre la littératie en santé et la promotion de la santé. La première (étude 3) a révélé que près de $\frac{3}{4}$ (74.3 %) de la population camerounaise ont un niveau de littératie en santé dit limité. Autrement dit, environ 75 % de la population camerounaise manque de motivation ou n'a pas la capacité à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en rapport avec la santé en vue de porter des jugements et prendre des décisions en matière de soins de santé, la prévention des maladies et la promotion de la santé, de manière à maintenir ou améliorer la qualité de vie. Les résultats montrent aussi que le niveau de littératie en santé varie selon la zone d'habitation (zone rurale ou urbaine), de la langue première parlée (Anglais ou Français), du statut social et de la région du pays habitée.

Ceci peut justifier le fait que la prévalence des maladies cardiovasculaires soit élevée au Cameroun. Ils pourraient expliquer le fait que la prévalence de ces maladies puisse varier d'un site à une autre ou d'une région à une autre. La deuxième étude de ce groupe (soit l'étude 4 de la thèse) a permis de conclure que la littératie en santé est un déterminant indépendant de l'adoption des comportements de promotion de la santé chez les adolescents et les jeunes adultes camerounais. Autrement dit, ceux qui adoptent davantage des comportements de promotion de la santé, sont aussi ceux qui ont les meilleures compétences en littératie en santé. La connaissance de cette dernière permet de prédire la première. Cette étude souligne alors que la LES soit considérée comme une priorité par les acteurs de la PS auprès des adolescents et des jeunes adultes.

Conclusion générale

La santé occupe une place de choix tant dans la vie des individus que dans la vie des États. Elle est au cœur de toutes les préoccupations avec des enjeux très variés. Elle l'est davantage à l'heure actuelle, où sévit le nouveau coronavirus et de nombreuses maladies chroniques, les problématiques de santé occupent tous les esprits et que les États se battent contre vent et marée pour assurer une bonne santé à leur population. Dans un tel environnement, il est de bon ton pour les éducateurs à l'instar des psychologues et des experts en santé publique de s'intéresser à cette question. Cette thèse avait pour but d'apporter une contribution à la compréhension, mieux à la l'amélioration de la santé des populations camerounaises en général. Pour ce faire, elle a questionné la situation de la littératie en santé (LES) au Cameroun dans la promotion de la santé (PS) dans un contexte global marqué par l'épidémie des maladies cardiovasculaires. Partant de l'idée selon laquelle la compétence en littératie en santé varie selon le contexte, la culture et l'environnement dans lequel on se trouve, l'objectif de cette thèse était de rendre compte de la situation de la LES au Cameroun en lien avec l'adoption des comportements de promotion de la santé. Spécifiquement, nous voulions dans un premier temps, vérifier si les outils construits et utilisés dans d'autres contextes pour mesurer le niveau de LES et les comportements de promotion de la santé étaient psychométriquement appropriés pour la population camerounaise. Dans un deuxième temps, nous voulions établir le profil de la LES de la population camerounaise ainsi que ses principaux déterminants. Il s'agissait aussi de déterminer s'il existe un lien entre le niveau de LES et l'adoption des comportements de promotion de la santé, notamment ceux liés à la santé cardiovasculaire chez les adolescents et les jeunes adultes camerounais.

Cette thèse méritait-elle d'être conduite ?

L'intérêt de porter à nouveau le débat sur la santé sous le prisme de la LES a été fondé sur plusieurs observations. D'abord, la population camerounaise croît rapidement en même temps que la situation des maladies non transmissibles notamment les maladies cardiovasculaires reste préoccupante avec une prévalence sans cesse croissante. Ensuite, la faiblesse du système de santé qui fait face à de nombreux défis. En effet, le système de santé est confronté à la faiblesse de ses six piliers qui sont : le leadership et gouvernance ; les ressources humaines ; l'offre de services et de soins ; les infrastructures ; les médicaments et technologies sanitaires ; et le financement et système d'information sanitaire obstacles d'ordre structurel, financier, organisationnel et par conséquent, peine à répondre aux besoins sociaux sanitaires des populations. Par conséquent, la santé des individus repose dans leurs mains et dans leur capacité à financer leur propre santé autant que celle de leur famille. Dans un tel contexte, le niveau de

LES joue un rôle primordial. Enfin, l'intérêt de mener cette recherche était lié à l'évolution des connaissances sur l'importance de la LES comme déterminant le plus important pour la santé au 21^e siècle. Autrement dit, un déterminant de l'adoption des comportements de promotion de la santé. En effet, la LES est aujourd'hui présentée comme un prédicteur plus important de l'état de santé d'une personne que ses revenus, sa situation professionnelle, son niveau d'instruction et son groupe ethnique. Malgré l'abondante littérature sur les avantages des compétences en littératie en santé pour la santé des citoyens, l'adhésion thérapeutique, et bien d'autres aspects ; au Cameroun, aucune étude n'a encore jusqu'ici abordé la problématique de l'adoption des comportements de promotion sous le prisme de cette nouvelle variable qui pourtant est en pleine expansion et qui augure d'un bel avenir pour la santé de la planète et de ses citoyens. Ce manque a nourri notre motivation et nous avons décidé de mener cette étude précepte au Cameroun.

Nous avons analysé notre objet d'étude en utilisant une méthode « stratifiée » et cela se traduit très bien dans la structuration de cette thèse qui a deux parties. La première partie était consacrée au cadre théorique. Elle donnait des renseignements essentiels pour la compréhension de la situation sanitaire globale du Cameroun en insistant sur l'exemple des maladies cardiovasculaires ; mais également pour la compréhension de la LES et de la PS. La deuxième partie était, pour sa part, réservée à la vérification des caractéristiques psychométriques d'outils de collecte de données. Elle faisait aussi la part belle à la présentation du profil de la LES de la population camerounaise ainsi que du lien entre le niveau de LES et l'adoption des comportements de promotion de la santé.

Principales conclusions

La première partie était constituée de trois chapitres. Le chapitre premier a permis de répondre à la double question centrale d'une recherche que Chevrier a formulé en 2009, à savoir : pourquoi est-il nécessaire de réaliser cette recherche et quelle est l'importance de connaître les résultats qu'elle propose ? Ce chapitre a montré que la problématique des maladies cardiovasculaires était plus que d'actualité dans le monde et notamment au Cameroun. Il a aussi montré que le système sanitaire peine à faire face à l'augmentation sans cesse de la prévalence chez toutes les catégories sociales. Pire, il révèle que malgré cette difficulté du système sanitaire et malgré le fait que les études ont montré que la LES pouvait constituer une solution efficace, ni les chercheurs, ni les professionnels de la santé ou les éducateurs, encore moins les politiques n'ont daigné jusqu'ici oser explorer cette nouvelle piste pour le bonheur de la population en général et des malades cardiovasculaires spécifiquement.

Le chapitre deuxième consacré à la littératie en santé, l'a exploré sur la base de trois points : ce qu'elle est, ses approches théoriques et sa mesure. Il en ressort que la LES est un domaine récent mais aussi un concept multidimensionnel, complexe, hétérogène et difficile à définir. Si à ses débuts, la LES était principalement focalisée sur les seuls services de santé et avait donc une portée limitée ; au fil du temps, son acception a évolué pour inclure des capacités plus complexes, interconnectées, comme celle de comprendre des informations sur la santé, de communiquer ses besoins aux professionnels de santé tout comme celle de saisir des instructions de santé et la capacité à synthétiser l'information dans un contexte d'infobésité. Les théories la conçoivent comme une compétence individuelle mais aussi organisationnelle. Les outils de mesure s'inscrivent eux aussi dans ces deux orientations. On dénombre à ce jour plus de 150 questionnaires consacrés à la mesure de la LES avec plus ou moins quelques faiblesses psychométriques. Le chapitre troisième réservé à la PS a suivi le même canevas d'analyse en trois points. Les réflexions ont permis de comprendre que la promotion de la santé, toute la santé qui est sa finalité sont des concepts complexes à définitions multiples. Elle est à la fois présentée comme une théorie et une pratique qui peut (et doit) se fonder soit sur : l'individu, la famille, la communauté, le statut socioéconomique, la culture et/ou l'environnement. Ses modèles théoriques sont variés et peuvent être classés en théories du problème, théories du changement ; en théories mettant l'accent sur le niveau intrapersonnel (individuel), le niveau interpersonnel et le niveau communautaire (population) ou tout simplement en théories fondées sur l'individu et celles fondées sur la communauté. Le dernier point de ce chapitre trois a donné les indications sur ce qui est très souvent mesuré en PS tout comme avec quoi cela peut être évalué. Les analyses de ce chapitre ont mis un point d'honneur les outils d'évaluation quantitative. Cependant, l'ensemble de ces outils étaient conçus ailleurs et nécessitaient soit des validations psychométriques soit des adaptations transculturelles.

La deuxième partie de ce travail était consacrée aux résultats. Elle avait deux sous-parties. La première, ayant deux chapitres, portait sur la validation, la traduction et l'adaptation transculturelle d'outils de mesure de la LES de même que des comportements de promotion de la santé. Le chapitre quatrième a permis de vérifier l'adaptation psychométrique d'un outil de mesure du niveau de LES pour la population générale. Il s'agissait en l'occurrence de *l'European Union Health Literacy Survey Questionnaire short-forms* dans sa validation camerounaise (HLS-Cam-Q16 & HLS-Cam-Q6). Les analyses ont permis sur la base des indices fondamentaux et des indices incrémentaux, de confirmer l'adaptation psychométrique de cet outil pour la population camerounaise. Le chapitre cinquième était consacré à la mise sur

piéd d'un outil de mesure de mesure des comportements de promotion de la santé complets du point de vue des dimensions mesurées et des caractéristiques psychométriques. Contrairement aux HLS-EU-Q16 & HLS-EU-Q6 dont les versions françaises existaient, et dont l'objet était de vérifier la compréhension des items (et si possible leur ajustement) pour une meilleure compréhension de notre cible, ce chapitre avait une mission double. À partir de la littérature sur les outils de mesure des comportements de promotion de la santé, ce chapitre a permis de développer un questionnaire composite de mesure des comportements de promotion de la santé chez les adolescents et les jeunes adultes. Il s'agit du *Composite Adolescents Health Promotion Behaviors scale* (AHPB-27). Cet outil mesure huit domaines de comportements de promotion de la santé à partir de 27 items. L'activité d'adaptation qui a fait l'objet de cette partie était une exigence d'équité et d'éthique préalable à toute initiative de mesure. En effet, lorsqu'on exporte un test ou un instrument de mesure conçu dans une culture, il est exigé de l'adapter avant de s'en servir dans une autre culture. Ceci est d'autant plus vrai et nécessaire que la culture source et la culture cible sont sensiblement différentes.

La deuxième sous-partie de la deuxième partie cette thèse était portée par le souci d'établir le profil de la LES de la population camerounaise et du lien entre le niveau de la LES et l'adoption des comportements de promotion de la santé. Deux chapitres y ont été présentés. L'objectif du chapitre sixième était de déterminer le niveau de LES de la population camerounaise ainsi que ses principaux déterminants. Les résultats montrent que la population camerounaise a un niveau de littératie en santé limité. En effet, environ 3/4 (74.3 %) de nos participants ont un niveau de littératie en santé limité (insuffisant et problématique), alors que 20.3 % ont un niveau de littératie en santé suffisant et seulement 5.4 % ont un excellent niveau de littératie en santé. Le niveau de LES de la population camerounaise dépend de la langue parlée, du statut social, de la région de résidence et le statut sanitaire.

Le chapitre septième était destiné à la détermination du lien entre le niveau de LES et l'adoption des comportements de promotion de la santé, notamment la santé cardiovasculaire chez les adolescents et les jeunes adultes camerounais. Il ressort que la LES est positivement et significativement liée à la PS chez les adolescents et jeunes adultes camerounais. Autrement dit, ceux qui adoptent davantage des comportements de promotion de la santé, sont aussi ceux qui ont les meilleures compétences en littératie en santé. Spécifiquement, cette étude révèle que la LES est un déterminant indépendant des comportements de promotion de la santé chez ces catégories. Plus concrètement, ces résultats renseignent sur le fait que la seule connaissance du niveau de littératie en santé d'une personne suffit pour prédire si la personne adoptera ou pas

les comportements de promotion de la santé. Cette étude suggère alors que l'évaluation de la LES soit la priorité des acteurs de la PS auprès des adolescents et des jeunes adultes.

Les synthèses des deux parties décrites ci-dessus renseignent à suffire sur la richesse que constitue le champ de la LES et la nécessité de continuer les recherches sur cette question au Cameroun. En effet, la deuxième partie a permis de statuer sur nos différentes hypothèses de recherche. Les résultats nous permettent de conclure que le domaine de la LES au Cameroun est encore à l'état embryonnaire. Cependant, un outil de mesure de la LES et un autre pour l'évaluation des comportements de promotion de la santé sont désormais disponibles pour les citoyens de ce pays. Toutefois, bien que son niveau de compétence chez les individus soit limité, la possession d'un bon niveau de LES est liée à l'adoption des comportements de promotion de la santé dans ce contexte de recrudescence de maladies cardiovasculaires. Ainsi, comme il a été démontré dans d'autres contextes, la LES au Cameroun constitue un espoir pour la prise en charge, la prévention de la maladie et la promotion de la santé. Ceci pourrait constituer une plus-value de ce travail, en même temps qu'il ouvre des perspectives de recherches futures.

Plus-value de la thèse

La plus-value de cette thèse se situe à plusieurs niveaux. Sur le plan théorique, la présente étude contribue à éclairer la population camerounaise en général et en particulier les autorités en charge des politique publique d'éducation et de santé sur les déterminants de la littératie en santé, et par ricochet sur les déterminants de la santé. En effet, la plupart des études en LES menées en Afrique subsaharienne se fondaient sur l'approche conceptuelle de la LES développée par l'IOM qui donnait pourtant une « *définition problématique* » à la LES. Contrairement à ces études, la présente thèse s'est fondée sur l'approche théorique développée par le Consortium européen pour la littératie en santé. Selon cette approche mixte qui intègre à la fois les modèles cliniques et ceux de la santé publique, la LES est conçue comme un processus d'autonomisation influencé par les déterminants sociaux et situationnels. Ce modèle insiste sur une conception de la LES fondée sur les connaissances et les compétences requises pour l'ensemble de la gamme allant des soins de santé (au niveau individuel) jusqu'à la prévention des maladies et la promotion de la santé (au niveau de la population) en exposant les facteurs proximaux et distaux qui influent sur la LES, et les chemins qui lient la LES aux résultats de santé. Ce modèle à partir d'une revue de littérature a relevé les principaux déterminants de la littératie en santé. Notre travail contribue à enrichir cette cagnotte en y ajoutant la langue parlée (Anglais), le mode numérique de remplissage (qui pourrait être

assimilé dans la littérature à ce qu'on appelle littératie numérique) et la résidence en zone urbaine, tout au moins en ce qui concerne les participants à cette étude.

Sur le plan socio-sanitaire et de la planification, cette thèse donnera à coup sûr des outils aux responsables politiques en charge de la santé des populations pour améliorer les politiques publiques de santé. Elle permettra également aux enseignants, psychologues et toute personne dont la mission est de pourvoir les individus et les communautés en empowerment ou en pouvoir d'agir. En effet, nombres d'auteurs ont reconnu qu'une nette maîtrise du niveau de compétences en LES de la population serait une grande opportunité pour une meilleure efficacité des politiques de prise en charge sanitaire, de prévention de la maladie et de PS et donc, une garantie de bonne santé des citoyens. Bien plus, étant donné l'idée selon laquelle la compétence en LES varie selon le contexte, la culture et l'environnement dans lequel on se trouve, cette thèse a décrit le niveau de compétences en LES de la population camerounaise en général et en particulier celui des adolescents et jeunes adultes en lien avec une adoption des comportements de promotion de la santé. Elle a montré que la grande majorité des citoyens avaient un niveau limité de littératie en santé. Ceci peut aider à comprendre pourquoi la prévalence des MCV est en nette augmentation au sein de la population. La plupart des pays africains et notamment le Cameroun ne maîtrisent pas encore le niveau de compétences en LES de leur population, alors même qu'ils peinent à adopter les politiques publiques de promotion de santé efficiente et adaptées à leurs ressources. Cette étude leur donne une piste de réflexion pour la planification des actions de promotion de la santé. Ces actions doivent prioritairement visées à améliorer le niveau de LES des individus afin de les rendre autonome dans la prise des décisions de santé qui promeuvent leur bien-être global. Par l'amélioration des politiques de planification, les résultats de cette thèse auraient atteint l'un de ses objectifs implicites, celui de réduire l'accès inégal des populations aux connaissances en santé mais aussi, de comprendre le rôle du contexte socio-culturel camerounais dans le développement des compétences en LES de la population.

Sur plan méthodologique, la présente recherche a adopté une méthode « stratifiée » et a apporté de nouveaux outils pour l'évaluation de la LES et des comportements de promotion de la santé. En effet, au début de cette présente recherche doctorale, nous avons été confronté à l'absence totale des données statistiques sur la LES des populations camerounaises. Cette situation a influencé notre approche méthodologique. Nos objectifs ont été ainsi construits au fur et à mesure de l'évolution de nos données de terrains. Nous avons ainsi fait plusieurs collectes de données. Dans un premier temps, il était question de situer le niveau de LES de la population

camerounaise et ses déterminants. Cette étape nous semblait fondamentale pour décider sur l'orientation à donner à nos hypothèses de recherche dans la suite. Mais avant, nous avons été confronté à une difficulté majeure : avec quoi pouvons-nous mesurer objectivement le niveau de LES de la population camerounaise étant donné qu'aucun outil valide et adapté n'existait pour ce groupe culturel ? Cette question se posait autant pour l'outil d'évaluation des comportements de promotion de la santé. Dans l'optique de répondre à cette question psychométrique, nous avons consacré dans la présente recherche, une sous partie constituée de deux chapitres. Les analyses de cette sous partie ont permis de mettre des outils psychométriques valides à la disposition des chercheurs camerounais et même de ceux d'ailleurs qui veulent conduire des recherches dans le domaine de la LES au Cameroun. L'apport de cette partie va au-delà de proposition des outils et concerne d'ailleurs leurs originalités.

La validation du HLS-EU-Q16 dans le cadre de ce travail par exemple s'est faite sous le prisme des quatre types de compétences (ou domaines d'aptitude) : 1) obtenir/accéder à des informations pertinentes sur la santé ; 2) comprendre ces informations ; 3) traiter/ évaluer ces informations pour décider quelles sont celles qui sont pertinentes ; et 4) mettre en application ces informations pour prendre des décisions permettant de conserver et d'améliorer son état de santé. Elle ne s'est donc pas faite sous le prisme des trois domaines d'action sanitaire/de continuum : a) les soins de santé ; b) la prévention des maladies ; et c) la promotion de la santé comme nombre d'auteurs l'on fait dans la littérature. Cette orientation donne ainsi un ancrage à la LES dans le domaine de l'éducation. Regarder la LES sous le prisme de ces compétences, donnent aux enseignants et aux éducateurs en général les outils d'action pour ajuster leur pratique pédagogique. Ils peuvent alors envisager de mener des activités qui visent le développement de chaque compétence de la LES ou les activités menant au développement global de l'ensemble des compétences. Cet outil peut aussi servir de test diagnostique pour les enseignants dans leur salle de classe dans le but de déterminer le niveau de compétence général de leurs apprenants en matière de santé afin d'anticiper sur les éventuels risques. L'AHPSB-27 peut également jouer ce même rôle dans le cadre d'une salle de classe ou toute activité de PS systématiquement menée avec les adolescents et les jeunes adultes.

Sur le plan heuristique, cette thèse fait partie des études pionnières dans le domaine de la LES en Afrique subsaharienne francophone et notamment au Cameroun. Mais, comment les résultats de la présente thèse participent-ils à l'avancement des connaissances sur la LES de façon générale et plus particulièrement sur le lien avec la promotion des comportements de santé

auprès des adolescents et jeunes adultes dans cette période marquée par l'augmentation des cas des MCV. Avant de démontrer comment cette thèse contribue à documenter la littérature sur cette problématique, soulignons qu'elle apporte un éclairage nouveau et particulier sur le lien entre la LES et l'adoption des comportements de promotion de la santé dans un Cameroun marqué par l'absence totale de l'intérêt accordé à ce concept. Les résultats de cette thèse contribuent de plusieurs façons à l'avancement des connaissances dans le domaine de la LES et de la PS. Nous avons indiqué plus haut que cette thèse a permis de développer un nouvel outil de mesure des comportements de promotion de la santé notamment le questionnaire composite de mesure des comportements de promotion de la santé chez les adolescents et jeunes adultes (AHPB27). Notre étude a aussi démontré que le HLS-Cam-Q16 et le HLS-Cam-Q6, deux outils de mesure de la LES pour population générale, sont psychométriquement valides pour la population camerounaise. Ces outils vont augmenter le nombre important d'outils de mesure existant pour améliorer l'évaluation des comportements individuels. Nous avons également relevé dans nos résultats que le niveau de la LES de la population camerounaise est limité. Ceci permettrait de faire des comparaisons internationales afin d'améliorer les politiques globales de promotion de la santé.

Par ailleurs, d'autres déterminants de la LES en lien avec le contexte camerounais ont été rapportés. Bien plus, cette étude a apporté la preuve que la LES est un déterminant indépendant des comportements de promotion de la santé chez les adolescents et les jeunes adultes. Dans la littérature, la LES a été analysée dans son rôle dans l'adhérence thérapeutique, l'autogestion des maladies, la prévention des maladies et la PS, l'utilisation des services de santé. Ceci a valu à la LES d'être considérée aujourd'hui comme un médiateur permettant de lutter contre les inégalités en santé et de faire d'elle le meilleur prédicteur de l'état de santé de toute personne. Son analyse en lien avec la PS s'est faite davantage théoriquement qu'empiriquement. C'est ainsi que la relation entre la LES et la PS est présentée comme multifacette. Car, les imbrications entre ces deux expressions sont complexes et se situent à des niveaux variés. Dès lors, selon les cas, la LES serait une fondation, un résultat, une partenaire, une conductrice et même une informatrice de la PS. Cette étude apporte une preuve empirique que la LES est un déterminant de la PS. Bien plus, nos résultats montrent que la LES seule, permet de prédire le comportement de promotion de la santé. Ces résultats ouvrent de nouvelles perspectives pour l'analyse de la LES et du lien entre LES et la PS.

Limites et perspectives

La littératie en santé est présentée comme n'étant pas une caractéristique fixe et par conséquent ne saurait être évaluée uniquement sur le plan individuel. Par conséquent, il est recommandé d'adresser le rôle des organisations et systèmes des soins de santé dans la réponse au défi de la prédominance de bas niveau de LES au sein des populations. D'ailleurs, un mouvement de promotion de la LESO est née vers les années 2000. Aujourd'hui, ce domaine connaît une croissance remarquable à travers les continents et pays, mais également dans ses développements théoriques. Or, dans cette thèse, nous avons prioritairement porté l'intérêt sur la littératie en santé individuelle (LESI) en ignorant la littératie en santé organisationnelle (LESO). Des études futures explorant ce facteur permettrait de mieux comprendre le niveau de littératie de la population et l'origine des principaux déterminants. Ces études peuvent portées sur la LESO des institutions de santé, des établissements d'enseignement et/ou de toute autre institution en charge des questions de santé des individus et des populations. Les chercheurs peuvent également prendre en compte à la fois ces deux variables de LES dans leurs études comme l'ont si bien démontré les programmes *Ophelia* et *HealthLit4Kid*.

Dans ce travail, la volonté d'avoir des outils fiables, valides et adaptés à notre cible nous a conduit à faire des validations et adaptations transculturelles d'outils de mesure de la LES et de la PS. Ceci est fait parce que comparer, classer, distinguer, différencier, et dégager les invariants universels dans le fonctionnement psychique humain exigent des méthodes communes et d'outils de mesure équivalents. Nous avons ainsi mis sur pied, un nouvel outil de mesure des comportements de promotion de la santé, mais aussi validé psychométriquement un outil de mesure de la littératie en santé. Nous avons ainsi enrichi la liste d'outils de mesure utilisables soit pour l'évaluation de la LES soit pour déterminer les comportements de santé à risque. Ce faisant, nous avons contribué à la construction de la pire situation pour la psychologie scientifique, qui est de se retrouver avec autant d'outils de mesure de comportements que de chercheurs, autant d'instruments de mesure que de groupes socio-ethniques, autant de tests que de psychologues. Au-delà de cette observation globale et transversale aux deux études sur la validation d'outils de mesure, chacune a néanmoins quelques points qui pourront être améliorés dans les recherches futures.

Dans l'étude sur la validation psychométrique d'outils de mesure de la LES (HLS-Cam-Q16 & HLS-Cam-Q6), quelques points ont été relevés qui pourraient entacher selon certains, la généralisation de son utilisation auprès de l'ensemble de la population camerounaise. En effet,

dire que cet outil pourrait être utilisé pour l'évaluation du niveau de LES de la population camerounaise serait un abus de langage ; car, les participants ont été constitués uniquement des adolescents et jeunes adultes âgés entre 15 et 25 ans. Or, les enfants et les adolescents de moins que 15 ans qui représentent 42.5 % de la population totale du Cameroun ont été exclus de cette étude. Par conséquent un accent devrait être mis sur le développement d'outils de mesure de la LES pour les enfants et adolescents de moins de 15 ans. Le développement de ces outils devrait être basé sur le même design ou sur un design semblable qui peut permettre que les résultats soient comparables à ceux de la population générale adulte. Par ailleurs, trois régions du Cameroun ont une représentativité très faible dans l'échantillon. Les futures études s'avèrent nécessaires à l'effet de combler ce manquement de la présente étude. Ce serait d'ailleurs plus intéressant de prendre en considération un échantillon proportionnel pour chaque région comme ce fut le cas dans l'étude originelle ayant conduit à l'élaboration de ces questionnaires.

Concernant l'étude sur la traduction et l'adaptation française d'un questionnaire composite d'évaluation des comportements de promotion de la santé pour adolescents et jeunes adultes (AHPB-27), quelques observations peuvent également être faites. En effet, les différences culturelles peuvent exister entre adolescents des différentes régions géographiques du Cameroun ou au regard des quatre grandes aires culturelles du pays. Notre analyse n'a pas pris cette catégorisation dans le processus menant au choix des participants. L'étude a été menée dans une petite partie de la ville de Yaoundé. Connaissant que Yaoundé est une ville cosmopolite, en choisissant un échantillon représentatif des différents groupes culturels qui s'y trouvent, on aurait pu contourner ce biais. Dès lors, il serait intéressant d'éprouver les qualités métrologiques de ce nouvel outil à partir d'un échantillon représentatif d'une ville cosmopolite comme Yaoundé, Douala ou dans les autres régions du pays afin de confirmer sa robustesse. En plus, l'AFE et l'AFC n'ont pas été faites sur deux échantillons différents comme le recommandent certaines études. Ceci, est dû à la taille limitée de l'échantillon, qu'il convient alors d'élargir pour les futures recherches. L'adolescence est une période qui commence selon de nombreuses sources vers 13 ans. Or, cette recherche n'a prise en compte que les adolescents et jeunes adultes âgés entre 15 et 25 ans. Il s'avère alors nécessaire pour les études futures de tester la validité de cet instrument auprès de cette catégorie. Une autre limite de l'AHPB-27 est qu'il ne permet pas de mesurer tous les aspects du comportement de promotion de la santé. Il ne permet pas par exemple d'évaluer les comportements alimentaires des adolescents alors même que l'alimentation est reconnue pour être une cause majeure des maladies cardiovasculaires.

De recherches futures sont nécessaires pour apporter des éléments de réponses à une autre limite de l'AHPB-27. En effet, le questionnaire que nous avons élaboré est issu de la synthèse des items de trois questionnaires conçus dans d'autres contextes. Bien qu'un travail de fond ait été fait pour améliorer sa qualité, il n'en demeure pas moins que le développement initial d'un questionnaire à partir de nos propres réalités, aurait une plus-value remarquable. La procédure de traduction n'est pas une procédure parfaite. L'adaptation optimale d'un test à des langues et cultures différentes vise à réduire les multiples biais tout en cherchant à augmenter l'équivalence avec la version source. Afin d'éviter les biais de construit, les biais de méthode et les biais d'item liés à la procédure de traduction et d'adaptation d'un texte, une construction initiale des items est fondamentale. Les futurs chercheurs dans le domaine de la promotion de la santé, de la psychologie de la santé et de l'éducation à la santé sont invités ainsi à se lancer dans les initiatives de développement d'outils psychométriques qui partent des réalités locales et qui prennent en compte à la fois les façons de faire et de penser des populations cibles.

Nous avons également dans le cadre de cette thèse fait une enquête afin de déterminer le niveau de LES de la population camerounaise ainsi que ses principaux déterminants. Selon le modèle intégré de la littératie en santé, cadre théorique encadrant cette étude, les déterminants de la santé individuelle se recrutent à trois niveaux : personnel, contextuel, et sociétaux et/ou environnementaux. Or, cette étude n'a pas pris en compte ces différents niveaux de déterminants. Par exemple, plusieurs variables sociodémographiques et situationnelles qui auraient pu rehausser l'interprétation des résultats n'ont pas été testées, telles que la situation matrimoniale, les revenus. Dans les perspectives de recherche à venir, analyser ces variables apportera à coup sûr de nouvelles informations sur les déterminants de la LES. La dernière étude de cette thèse avait pour objet l'analyse de lien entre la LES et la PS. Elle a montré que les deux variables étaient liées et que la LES était un déterminant indépendant des comportements de promotion de la santé chez les adolescents et les jeunes adultes constituant notre échantillon. De nouvelles techniques d'analyse existent aujourd'hui permettant d'aller plus loin dans les analyses. Ces techniques d'analyse complémentaires et supplémentaires mobilisant de plus en plus des tests de modération et de médiation (Cadario et al., 2017 ; Hayes, 2018). Il serait intéressant pour les prochaines perspectives de s'intéresser à l'analyse de la relation entre la LES et la PS en utilisant ces nouvelles techniques, mais aussi en ajoutant d'autres variables comme le sentiment d'auto-efficacité, les croyances en santé qui ont un fort lien avec l'adoption des comportements sains.

Références

- Aaby, A., Friis, K., Christensen, B., Rowlands, G., & Maindal, H. T. (2017). Health literacy is associated with health behaviour and self-reported health: A large population-based study in individuals with cardiovascular disease. *European Journal of Preventive Cardiology*, 24(17), 1880-1888. <http://doi:10.1177/2047487317729538>
- Abegunde, D. O., Mathers, C. D., Adam, T., Ortegon, M., & Strong, K. (2007). The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 370, 1929-1938.
- Abel, T. (2008). Measuring health literacy: moving towards a health-promotion perspective. *International Journal of Public Health*, 53, 169-170.
- Adams, K., & Corrigan, J. M. (Dirs.). (2003). *Priority areas for national action: Transforming health care quality*. Institute of Medicine, Board on Health Care Services, Committee on Identifying Priority Areas for Quality Improvement. National Academies Press. <https://www.researchgate.net/publication/2422204688>
- Adler, A. (1950). *Le sens de la vie Étude de la psychologie individuelle* (H. Schaffer, Trans.). Éditions Payot. (Original work published 1933).
- Adriouch, S. (2017). *Prévention nutritionnelle des maladies cardiovasculaires : comportement alimentaire et apports en polyphénols* (Thèse de doctorat non publiée). Université Paris 13.
- Agence américaine pour le développement international. (2016). *Résoudre la montée des maladies non transmissibles en Afrique par l'amélioration de la réglementation sur les produits médicaux*. Arlington.
- Ajamzibad, H., Foroughan, M., Shahboulaghi, F. M., Rafiey, H., & Rassouli, M. (2019). Development and validation of the elder's spiritual health scale. *Educational Gerontology*, 1-10. <https://doi.org/10.1080/03601277.2019.1565138>
- Ajar, D., Dassa, C. & Gougeon, H. (1983). L'échantillonnage et le problème de la validité externe de la recherche en éducation. *Revue des sciences de l'éducation*, 9(1), 3-21. <https://doi.org/10.7202/900396ar>

- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: a theory of planned behavior. In J. Kuhl, & J. Beckman (Dirs.), *Action control. Springer Series in Social Psychology* (1st ed., pp. 11-39). Heidelberg.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organisational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. (2002). Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(4), 665-683.
- Allgood, M. R. (2010). Models and theories: critical thinking structures. In M. R. Allgood (Ed.), *Nursing theory: Utilization & application* (4th ed., pp. 43-65). Mosby
- Almaleh, R., Helmy, Y., Farhat, E., Hassan, H., & Abdelhafez, A. (2017). Assessment of health literacy among outpatient clinics attendees at Ain Shams University Hospitals, Egypt: a cross-sectional study. *Public Health*, 151, 137-145.
- Altin, S. V., Finke, I., Kautz-Freimuth, S., & Stock, S. (2014). The evolution of health literacy assessment tools: A systematic review. *BMC Public Health*, 14, 1207-1220. <http://doi:10.1186/1471-2458-14-1207>
- American Educational Research Association, American Psychological Association & National Council on Measurement in Education. (2014). *Standards for educational and psychological testing*. American Educational Research Association.
- Amoah, P. A. (2018). Social participation, health literacy, and health and well-being: A cross-sectional study in Ghana. *SSM - Population Health*, 4, 263-270. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2018.02.005>
- Amoah, P. A. (2019). The relationship among Functional Health Literacy, Self-Rated Health, and Social Support among Younger and Older Adults in Ghana. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, 3188-3201. <http://doi:10.3390/ijerph16173188>
- Amoah, P. A., & Phillips, D. R. (2018). Health literacy and health: rethinking the strategies for universal health coverage in Ghana. *Public Health*, 159, 40-49. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.03.002>

- Amoah, P. A., Koduah, A. O., Gyasi, R., Gwenzi, G., & Anaduaka, S. U. (2019). The relationship between functional health literacy, health-related behaviors and sociodemographic characteristics of street-involved youth in Ghana. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 57, 116-132.
- Amoah, P. A., Phillips, D. R., Gyasi, R. M., Koduah, A. O., & Edusei, J. (2017). Health literacy and self-perceived health status among street youth in Kumasi, Ghana. *Cogent Medicine*, 4, Article 1275091. <http://dx.doi.org/10.1080/2331205X.2016.1275091>
- Andersen, L. B., Harro, M., Sardinha, L. B., Froberg, K., Ekelund, U., Brage, S., & Anderssen, S. A. (2006). Physical activity and clustered cardiovascular risk in children: a cross-sectional study (The European Youth Heart Study). *The Lancet*, 22, 299-304.
- Andrulis, D. P., & Brach, C. (2007). Integrating literacy, culture, and language to improve healthcare quality for diverse populations. *American Journal of Health Behaviors*, 31, S122-S133. <http://doi:10.5993/AJHB.31.s1.16>
- Ansu-Yeboah, E., Edusei, A., & Gulis, G. (2019). Comprehensive health literacy among undergraduates: A Ghanaian University-based cross-sectional study. *Health Literacy Research and Practice*, 3(4), e227-e237. <https://doi.org/10.3928/24748307-20190903-01>
- Aqtam, I., & Darawwad, M. (2018). Health Promotion Model: An Integrative Literature Review. *Open Journal of Nursing*, 8, 485-503. <https://doi.org/10.4236/ojn.2018.87037>
- Armer, J. M., & Radina, M. E. (2006). Definition of health and health promotion behaviors among Midwestern old order Amish families. *Journal of multicultural Nursing and health*, 12(3), 44-53.
- Asparouhov, T., & Muthén, B. (2009). Exploratory structural equation modeling. *Structural Equation Modeling*, 16, 397-438. <https://doi.org/10.1080/10705510903008204>
- Augoyard, P., & Renaud, L. (1998). Le concept d'« empowerment » et son application dans quelques programmes de promotion de la santé. *Promotion & Education*, 5(2), 28-35.
- Awang, Z. (2014). *A Handbook on Structural Equation Modeling*. MPWS Rich Resources.
- Azoughe, S. (2019). *Santé psychologique au travail dans le milieu scolaire public : étude des déterminants organisationnels et psychologiques chez les enseignants marocains*

- (Thèse de doctorat non publiée). Université de Grenoble Alpes ; Université Mohammed V. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-02371977/document>
- Baba-moussa, A. R., Malam Moussa, L., & Rakotozary, J. (2014). *Fondements et philosophie de l'éducation des adultes en Afrique. Institut de l'UNESCO pour l'apprentissage tout au long de la vie*. Institut de l'UNESCO pour l'apprentissage tout au long de la vie (UIL) ; Les Presses universitaires d'Afrique.
- Baker, D. W. (2006). The meaning and the measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 878-883.
- Baker, D. W., Wolf, M. S., Feinglass, J., Thompson, J. A., Gazmararian, J. A., & Huang, J. (2007). Health Literacy and Mortality among Elderly Persons. *Archeology International Medicine*, 167(14), 1503-1509. <http://doi:10.1001/archinte.167.14.1503>
- Bandari, R., Shahboulaghi, F. M., & Montazeri, A. (2020). Development and psychometric evaluation of the healthy lifestyle questionnaire for elderly (heal). *Health and Quality of Life Outcomes*, 18, 277-285. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01529-3>
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice Hall.
- Bandura, A. (1995). Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. In A. Bandura (Ed.), *Self-efficacy in changing societies* (pp. 1-45). Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1997). *Auto-efficacité : le sentiment d'efficacité personnelle*. De Boeck University.
- Bandura, A., & Locke, E. A. (2003). Negative self - efficacy and goal effects revisited. *Journal of Applied Psychology*, 88(1), 87-99.
- Bandura, A., & Walters, R. H. (1963). *Social learning and personality development*. Holt, Rinehart & Winston.
- Baron, R., & Kenny, D. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.

- Barré-de Miniac, C. (2002). La notion de littéracie et les principaux courants de recherche. *La Lettre de la DFLM*, 1(30), 27-33. <https://doi.org/10.3406/airdf.2002.1519>
- Bas-Sarmiento, P., Poza-Méndez, M., Fernández-Gutiérrez, M., González-Caballero, J. L., & Romero, M. F. (2020). Psychometric Assessment of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q16) for Arabic/French-Speaking Migrants in Southern Europe. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 8181-8195. <http://doi:10.3390/ijerph17218181>
- Batterham, R. W., Hawkins, M., Buchbinder, R., & Osborne, R. H. (2016). Health literacy: applying current concepts to improve health services and reduce health Inequalities. *Public health*, 132, 3-12. <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2016.01.001>
- Batterham, R., Buchbinder, R., Beauchamp, A., Dodson, S., Elsworth, G., & Osborne, R. (2014). The OPTimising HEalth LIterAcy (Ophelia) process: study protocol for using health literacy profiling and community engagement to create and implement health reform. *BMC Public Health*, 14, 694-704.
- Baum, F., & Laris, P. (2010). Improving health equity: Action on the social determinants of health through Health in All Policies. In I. Kickbusch & K. Buckett (Dirs.), *Implementing Health in All Policies Adelaide 2010* (pp. 25-37). Department of Health, Government of South Australia.
- Bauman, A., Phongsavan, P., Schoeppe, S., & Owen, N. (2006). Physical activity measurement— a primer for health promotion. *IUHPE – Promotion & Education*, 13(2), 92-103.
- Baynham, M. (1995). *Literacy Practices: Investigating literacy in social contexts*. Longman.
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *Spine*, 25(24), 3186-3191.
- Beauregard, G. (2010). *Inégaux devant l'information santé*. Bureau de soutien à la communication en santé publique.
- Becker, M. H. (1974). The Health Belief Model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 324-508.

- Becker, M. H., Rayon, S. M., & Rosenstock, I. M. (1978). Conformité à un régime médical pour l'asthme : un essai du modèle de croyance de santé. *La Santé Publique Rapport*, 93, 268-277.
- Becker, M.H. & Maiman, L.A. (1975). Socio-behavioural determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical care*, 13, 10-14.
- Béland, S., & Michelot, F. (2020). Une note sur le coefficient oméga (ω) et ses déclinaisons pour estimer la fidélité des scores. *Mesure et évaluation en éducation*, 43(3), 103-122. <https://doi.org/10.7202/1084526ar>
- Bennett, C. L., Ferreira, M. R., Davis, T. C., Kaplan, J., Weinberger, M., Kuzel, T., Seday, M. A., & Sartor, O. (1998). Relation between literacy, race, and stage of presentation among low-income patients with prostate cancer. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 16(9), 3101-3104.
- Berkman, L. F. Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social & Medicine*, 51, 843-857.
- Berkman, N. D., Davis, T. C., & McCormack, L. (2010). Health literacy: what is it? *Journal of Health Communication*, 15(2), 9-19. <http://dx.doi.org/10.1080/10810730.2010.499985>
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155, 97-107.
- Berthet, E. (1983). *Information et éducation sanitaire*. Presses universitaires de France.
- Bhagat, K., Howard, D. E., & Aldoory, L. (2016). The Relationship between Health Literacy and Health Conceptualizations: An Exploratory Study of Elementary School-Aged Children. *Health Communication*, 1-8. <http://dx.doi.org/10.1080/10410236.2016.1250188>
- Bilmans, S. (2015). *La Quarantaine, une mesure désuète ou nécessaire pour prévenir les pandémies ?* (Mémoire de Master non publié). Hogere Zeevaartschool Antwerpen. <https://www.scriptiebank.be/sites/default/files/La%20quarantaine.pdf>

- Bissa, C. (1995). *Les médias audiovisuels et les adolescents au Cameroun : étude comparée de l'impact en milieu urbain et rural* (Thèse de doctorat non publiée). Université de Paris 2.
- Bizzoni-Prévieux, C., Otis, J., Mérini, C., Grenier, J. & Jourdan, D. (2010). L'éducation à la santé à l'école primaire : approche comparative des pratiques au Québec et en France. *Revue des sciences de l'éducation*, 36(3), 695-715. <https://doi.org/10.7202/1006252ar>
- Blais, M. R., Vallerand, R. J., Pelletier, L. G., & Brière, N. M. (1989). L'Échelle de satisfaction de vie : Validation canadienne-française du "Satisfaction with Life Scale". *Revue canadienne des sciences du comportement*, 21(2), 210-223.
- Bonaccorsi, G., Romiti, A., Ierardi, F., Innocenti, M., Del Riccio, M., Frandi, S., Bachini, L., Zanobini, P., Gemmi, F., & Lorini, C. (2020). Health-Literate Healthcare Organizations and Quality of Care in Hospitals: A Cross-Sectional Study Conducted in Tuscany. *Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 2508-2523. <http://doi:10.3390/ijerph17072508>
- Bonnin, F., & Palicot, A. -M. (2001). L'éducation pour la santé : un service au public, un enjeu de la modernisation du système de santé. Proposition du réseau des comités d'éducation pour la santé. *Santé Publique*, 13(3), 287-294. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2001-3-page-287.htm>
- Boombhi, J., Menanga, A., Doualla, J. P., Hamadou, B., Kuate, L., Ntep, M., & Kingue, S. (2016). Prévalence et mortalité des maladies cardiovasculaires en milieu hospitalier camerounais : Cas de deux hôpitaux de référence de la ville de Yaoundé. *Cardiologies tropicales*. <http://tropical-cardiology.com/Accueil/index.php/2013-08-10-06-44-55/volume-n-145/177-prevalence-et-mortalite-des-maladies-cardiovasculaires-en-milieu-hospitalier-camerounais-cas-de-deux-hopitaux-de-referance-de-la-ville-de-yaounde>
- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Cross-Cultural Adaptation and Validation of Psychological Instruments: Some Considerations. *Paidéia*, 22(53), 423-432. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-43272253201314>
- Bouchet, C., & Caprioli, A. (1996). L'éducation pour la santé. Du discours à la pratique : État des lieux. *Actualité et dossier en santé publique*, 16, 7-15.

- Bouffard, M. (2010). *Littératie et autogestion du diabète : Impact à court terme d'un programme de formation de 4 jours versus un programme de 2 jours sur le développement des compétences chez les patients diabétiques de type 2*. (Mémoire de master non publié). Université de Montréal.
- Boyer, F., & Guénard, C. (2014). Sous-employés, chômeurs ou entrepreneurs : les jeunes face à l'emploi. *Autrepart*, 71(3), 3-31.
- Brach, C. (2017). The Journey to Become a Health Literate Organization: A Snapshot of Health System Improvement. *Studies on Health Technology and Information*, 240, 203-237.
- Brach, C., Hernandez, K. D., Baur, L. M., Parker, C., Dreyer, R., Schyve, B., Lemerise, P. A. J., & Schillinger, D. (2012). *Ten Attributes of Health Literate Health Care Organisations*. The National Academies Press.
- Bradette-Laplante, M., Carbonneau, E., Provencher, V., Bégin, C., Robitaille, J., Desroches, S., Vohl, M. C., Corneau, L., & Lemieux, S. (2016). Development and Validation of a Nutrition Knowledge Questionnaire for a Canadian Population. *Public Health Nutrition*, 20(7), 1-9.
- Bragard, I., Margat, A., Dieng, S., & Pétré, B. (2018). Regards croisés sur la littératie en santé. In M. Préau & A. Siméone (Dirs.), *De l'expertise scientifique à l'expertise profane : Postures, enjeux et méthodes dans le champ de la psychologie de la santé* (pp. 17-31). Éditions des archives contemporaines.
- Brits, E. (2021, 20 octobre). *Le lourd fardeau de la santé mentale des jeunes en Afrique*. <https://www.nature.com/articles/d44148-021-00098-x>
- Bröder, J., Chang, P., Kickbusch, I., Levin-Zamir, D., McElhinney, E., Nutbeam, D., Okan, O., Osborne, R., Pelikan, J., Rootman, I., Rowlands, G., Nunes-Saboga, L., Simmons, R., Sørensen, K., Van den Broucke, S., Velardo, S., & Wills, J. (2018). IUHPE Position Statement on Health Literacy: a practical vision for a health literate world. *Global Health Promotion*, 25, 79-88. <https://doi.org/10.1177/1757975918814421>
- Bröder, J., Okan, O., Bauer, U., Bruland, D., Schlupp, S., Bollweg, T.M., Saboga-Nunes, L., Bond, E., Sørensen, K., Bitzer, E.-M., Jordan, S., Domanska, O., Firnges, C., Carvalho, G. S., Bittlingmayer, U. H., Levin-Zamir, D., Pelikan, J., Sahrai, D., Lenz, A., Wahl, P. ... & Pinheiro, P. (2017). Health literacy in childhood and youth: A systematic review

- of definitions and models. *BMC Public Health*, 17, 361-3825. <http://doi:10.1186/s12889-017-4267-y>
- Bröder, J., Okan, O., Bauer, U., Schlupp, S., & Pinheiro, P. (2019b). Advancing perspectives on health literacy in childhood and youth. *Health Promotion International*, 35(3), 575-585. <http://doi:10.1093/heapro/daz041>
- Bröder, J., Okan, O., Bollweg, T. M., Bruland, D., Pinheiro, P., & Bauer, U. (2019a). Child and Youth Health Literacy: A Conceptual Analysis and Proposed Target-Group-Centred Definition. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, 3417-3433. <http://doi:10.3390/ijerph16183417>
- Broussouloux, S., & Houzelle-Marchal, N. (2006). *Éducation à la santé en milieu scolaire Choisir, élaborer et développer un projet*. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.
- Brubaker, B. H. (1983). Health promotion a linguistic analysis. *Advances in Nursing Science*, 5(3), 1-14.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2001). Concepts, stress, coping : le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. *Recherche en soins infirmiers*, 67, 68-83.
- Bury, J. (1988). *Éducation pour la santé : concepts, enjeux, planifications*. De Boeck Université.
- Bwalwel, J. P. (1998). *Famille et habitat. Implications éthiques de l'éclatement urbain. Cas de la ville de Kinshasa*. Peter Lang.
- Byrne, B. M. (1994). *Structural equation modeling with EQS and EQS/Windows*. Thousand Sage Publications.
- Cadario, R., Butori, R., & Parguel, B. (2017). *Méthode expérimentale : analyses de modération et médiation*. De Boeck Supérieur.
- Cadman, K. P. (2017). Lay worker health literacy: A concept analysis and operational definition. *Nursing Forum*, 52(4), 348-356.

- Cambon, L., Bergeron, H., Castel, P., Ridde, V., & Alla, F. (2021). Quand la réponse mondiale à la pandémie de COVID-19 se fait sans la promotion de la santé [Éditorial]. *IUHPE – Global Health Promotion*, 28(2), 92-95. <https://doi.org/10.1177/17579759211015131>
- Caron, J. (1999). *Un guide de validation transculturelle des instruments de mesure en santé mentale*. Technical Report. <http://dx.doi:10.13140/RG.2.1.2157.7041>
- Carricano, M., & Poujol, F. (2009). *Analyse de données avec SPSS®*. Pearson Education France.
- Cartwright, L. A., Dumenci, L., Cassel, J. B., Tomson, M. D., & Matsuyama, R. K. (2017). Health Literacy is an Independent Predictor of Cancer Patients' Hospitalizations. *HLLRP: Health Literacy Research and Practice*, 4(1), e153-e162.
- Castillo, F. (1987). *Le chemin des écoliers - L'éducation à la santé en milieu scolaire* (2e éd.). De Boeck Université.
- Catford, J. (2007, June 10-15). Ottawa 1986 : pivot du développement de la santé mondiale [Conférence]. IUHPE, St Denis, France.
- Chahardah-Cherik, S., Gheibizadeh, M., Jahani, S., & Cheraghian, B. (2017). The relationship between health literacy and health promoting behaviors in patients with type 2 diabetes. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 6, 65-75.
- Champion, V. L., & Skinner, C. S. (2008). The Health Belief Model. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Éds.), *Health behavior and health education. Theory, Research, and Practice* (pp. 45-66). John Wiley & Sons.
- Chang, L. C. (2010). Health Literacy, self-reported status and health promoting behaviours for adolescents in Taiwan. *Journal of Clinic Nursing*, 20(1-2), 190-196.
- Chang, Y.-W., Li, T.-C., Chen, Y.-C., Lee, J.-H., Chang, M.-C., & Huang, L.-C. (2020). Exploring Knowledge and Experience of Health Literacy for Chinese-Speaking Nurses in Taiwan: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 7609- 7622. <http://doi:10.3390/ijerph17207609>
- Charafeddine, R., Demarest, S., & Berete, F. (2019). Enquête de santé 2018 : Littératie en santé. *Sciensano*, 1-38. www.enquetesante.be

- Chauvin, B. (2014). *La perception des risques. Apports de la psychologie à l'identification des déterminants du risque perçu*. De Boeck Université.
- Chen, M.-L., Chou, L.-N., & Li, C.-H. (2017). Validation for the Children Health Promotion Scale: Development and Psychometric Testing. *Global Journal of Health Science*, 9(9), 1-9. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v9n9p1>
- Chen, M.-Y., Hsiao, Y. C., & Gau, Y. M. (2007). Comparison of adolescent's health-related behavior in different family structure. *Journal of Nursing Research*, 15, 1-10.
- Chen, M.-Y., Lai, L.-J., Chen, H.-C., & Gaete, J. (2014). Development and validation of the short-form adolescent health promotion scale. *BMC Public Health*, 14, 1106-1115. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/1106>
- Chen, M.-Y., Wang, E. K., & Chang, C. J. (2006). Cross-validation and discriminant validity of adolescent health promotion scale among overweight and non-overweight adolescents in Taiwan. *Public Health Nursing*, 24, 546-551.
- Chen, M.-Y., Wang, E. K., Yang, R. J., & Liou, Y. M. (2003). Adolescent health promotion scale: development and psychometric testing. *Public Health Nursing*, 20(2), 104-110.
- Cheung, S. F., Chan, D. K. S., & Wong, Z. S. Y. (1999). Re-examining the theory of planned behavior in understanding wastepaper recycling. *Environment and Behavior*, 31, 587-612
- Chevrier, J. (2009). La spécification de la problématique. In B. Gauthier (Dir.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (pp. 53-87). Presses de l'Université du Québec.
- Chinn, D., & McCarthy, C. (2013). All Aspects of Health Literacy Scale (AAHLS): developing a tool to measure functional, communicative and critical health literacy in primary healthcare settings. *Patient Education Counseling*, 90(2), 247-253. <http://doi:10.1016/j.pec.2012.10.019>
- Cho, E. (2016). Making reliability reliable: A Systematic approach to reliability coefficients. *Organizational Research Methods*, 19, 651-682.

- Chung, S.-Y., & Nahm, E.-S. (2015). Testing reliability and validity of the eHealth Literacy Scale (eHEALS) for older adults recruited online. *Computers, Informatics, Nursing*, 33(4), 150-156. <http://doi:10.1097/CIN.0000000000000146>
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- Cohen-Emérique, M. (1991). Le modèle individualiste du sujet : écran à la compréhension des personnes issues de sociétés non occidentales. In M. Lavallée, F. Ouellet & F. Larose (Dir.), *Identité, culture et changement social* (pp. 248-264). L'Harmattan.
- Collège Régional d'Éducation pour la Santé de Bretagne. (2009). *L'éducation pour la santé et la promotion de la santé... au service des acteurs de terrain, des élus et des décideurs*. <http://www.cresbretagne.fr>
- Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. WHO.
- Conférence nationale de santé. (2017). *La littératie en santé : usagers et professionnels : Tous concernés ! Pour un plan d'action à la hauteur des inégalités sociales de santé*. https://solidariteessante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_plen_060717_litteratie_en_sante_v_diffusee_env_pmc_2304_vuap_24_250418.pdf
- Conseil canadien sur l'apprentissage. (2007). *Littératie en santé au Canada : Résultats initiaux de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes*. Ottawa.
- Conseil canadien sur l'apprentissage. (2008). *La littératie en santé au Canada : une question de bien-être*. Ottawa. <http://www.bdaa.ca/biblio/recherche/cca/sante/sante.pdf>
- Cooper, J., Davenport, M., Gaillard, K., & Kompier, A. (2011). *Health literacy in practice program evaluation*. School of Social Work, Western Michigan University.
- Cormier, M. (2017). La littératie, tout au long de la vie. [Liminaire]. *Éducation et francophonie*, 45(2), 1-4. <https://doi.org/10.7202/1043525ar>
- Coughlan, D., Turner B., & Trujillo, A. (2013). Motivation for a health literate healthcare system-does socioeconomic status play a substantial role? Implications for an Irish

- health policymaker. *Journal of Health Communication*, 18, 158-171. <https://doi.org/10.1080/10810730.2013.825674>
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297–334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555>
- Cronbach, L. J., & Shavelson, R. J. (2004). My current thoughts on coefficient alpha and successor procedures. *Educational and Psychological Measurement*, 64, 391-418.
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2007). *Statistiques sans maths pour psychologues. SPSS pour Windows, QCM et exercices corrigés*. (N. Gauvit, Trans. ; 3e éd.). De Boeck Université. (Original work published 2004).
- David, J. (2015). Literacy-litéracie-littératie : évolution et destinée d'un concept. *Le français aujourd'hui*, 190(3), 9 -22. <https://www.cairn.info/revue-le-francais-aujourd-hui-2015-3-page-9.htm>
- Davis, D. W., Jones, V. F., Logsdon, M. C., Ryan, L., & Wilkerson-McMahon, M. (2013). Health promotion in pediatric primary care: importance of health literacy and communication practices. *Clinical Pediatrics*, 52, 1127-1134.
- Davis, L. F., Ramírez-Andreotta M. D., & Sanlyn Buxner, S. (2020). Engaging Diverse Citizen Scientists for Environmental Health: Recommendations from Participants and Promotoras. *Citizen Science: Theory and Practice*, 5(1-7), 1-27. <https://doi.org/10.5334/cstp.253>
- Davis, L. F., Ramirez-Andreotta, M. D., McLain, J. E. T., Kilungo, A., Abrell, L., & Buxner, S. (2018). Increasing environmental health literacy through contextual learning in communities at risk. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(10), 2203-2225. <http://doi:10.3390/ijerph15102203>
- De Jordy, L. C. (2018). *Traduction et validation française canadienne du questionnaire de la littératie en santé (QLS)* (Mémoire non publié). Université du Québec à Chicoutimi.
- De la Tribonnière, X., Ait El Mahjoub, B., Puech, S. I., Benslimane, F., & Petit, R. (2019). Éducation thérapeutique hors programme : recensement et réflexion sur des critères de qualité. *Éducation Thérapeutique du Patient/Therapeutic Patient Education*, 11, 10201-10222. <https://doi.org/10.1051/tpe/2018016>

- de Lacy-Vawdon, C., & Livingstone, C. (2020). Defining the commercial determinants of health: a systematic review. *BMC public health*, 20(1), 1022-1037. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09126-1>
- Deborah, A. H., Domingo, S. Z., Hamdache, L. Z., Manchaiah, V., Thammaiah, S., Evans, C., Wong, L. L. N., & International Collegium of Rehabilitative Audiology and TINnitus Research NETwork. (2018). A good practice guide for translating and adapting hearing-related questionnaires for different languages and cultures. *International Journal of Audiology*, 57(3), 161-175.
- Debussche, X., Lenclume, V., Balcou-Debussche, M., Alakian, D., Sokolowsky, C., Ballet, D., Elsworth, G.R., Osborne, R. H., & Huiart, L. (2018). Characterisation of health literacy strengths and weaknesses among people at metabolic and cardiovascular risk: Validity testing of the Health Literacy Questionnaire. *SAGE Open Medicine*, 6, 1-12. <http://doi.org/10.1177/2050312118801250>
- Delcey, M. (2002). Notion de situation de handicap (moteur) : les classifications internationales des handicaps. In APF (Ed.), *Déficiences motrices et situations de handicaps* (pp. 1-17). APF.
- Demeulemeester, R. (2005, 22 Novembre). *Quelles sont les stratégies de promotion de la santé qui permettent d'engager une personne durablement dans une activité physique ?* [Conférence]. Vandoeuvre les Nancy, France.
- Demeulemeester, R. (2007). Promotion de l'activité physique : des stratégies qui ont fait leurs preuves. *La Santé de l'Homme*, 387, 17-20.
- Diagne, M. (2005). *Les Différents Genres de l'oralité*. In *Critique de La Raison Orale : Les Pratiques Discursives en Afrique Noire*. Karthala.
- Diederichs, C., Jordan, S., Domanska, O., & Neuhauser, H. (2018). Health literacy in men and women with cardiovascular diseases and its association with the use of health care services - Results from the population-based GEDA2014/ 2015-EHIS survey in Germany. *PLoS ONE*, 13(12), Article e0208303. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208303>
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.

- Dietscher, C., & Pelikan, J. M. (2017). Health-literate hospitals and healthcare organizations – Results from an Austrian feasibility study on the self-assessment of organizational health literacy in hospitals. In D. Schaeffer & J. M. Pelikan (Dirs.), *Health Literacy Forschungsstand und Perspektiven* (pp. 303-313). Hogrefe.
- Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2010). *Carte de la santé et de ses déterminants*. Bibliothèque et Archives nationales du Québec.
- Dodson, S., Beauchamp, A., Batterham, R. W., & Osborne, R. H. (2014). Information sheet 11: About the Information and Support for Health Actions Questionnaire (ISHA-Q). Part A: Introduction to health literacy. www.ophelia.net.au
- Dodson, S., Good, S., & Osborne, R. H. (2015). *Health literacy toolkit for low and middle-income countries: a series of information sheets to empower communities and strengthen health systems*. WHO-South-East Asia.
- Donnelly, J. E., Hillman, C. H., Castelli, D., Etnier, J. L., Lee, S., Tomporowski, P., Lambourne, K., & Szabo-Reed, A. N. (2016). Physical Activity, Fitness, Cognitive Function, and Academic Achievement in Children: A Systematic Review. *Medical Sciences of Sports Exercise*, 48(6), 1197-222.
- Doumont, D., & Aujoulat, I. (2008). *L'efficacité de la promotion de la santé : une question de stratégies ? État de la question*. Service Communautaire de Promotion de la Santé.
- Drost, E. A. (n.d.). Validity and Reliability in Social Science Research. *Education Research and Perspectives*, 38(1), 105-123.
- Dsouza, J. P., Van den Broucke, S., & Pattanshetty, S. (2021). Validity and Reliability of the Indian Version of the HLS-EU-Q16 Questionnaire. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 495-504.
- Dunn, T. J., Baguley, T., & Brunsden, V. (2013). From alpha to omega: A practical solution to the pervasive problem of internal consistency estimation. *British Journal of Psychology*, 105, 399-412. <https://doi.org/10.1111/bjop.12046>
- Duong, T. V., Aringazina, A., Kayupova, G., Nurjanah, Pham, T. V., Pham, K. M., Truong, T. Q., Nguyen, K. T., Oo, W. M., Su, T. T., Majid, H. A., Sørensen, K., Lin, I-F., Chang,

- Y., Yang, S.-H., & Chang, P. W. S. (2019b). Development and Validation of a New Short-Form Health Literacy Instrument (HLS-SF12) for the General Public in Six Asian Countries. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, 3(2), e90-e102.
- Duong, T. V., Chang, P. W., Yang, S.-H., Chen, P.-C., Chao, W.-T., Chen, T., Chiao, P., & Huang, H.-L. (2017). A New Comprehensive Short-form Health Literacy Survey Tool for Patients in General. *Asian Nursing Research*, 31, 30-35.
- Duong, T. V., Nguyen, T. T. P., Pham, K. M., Nguyen, K. T., Giap, M. H., Tran, T. D. X., Nguyen, C. X., Yang, S.-H., & Su, C.-T. (2019a). Validation of the Short-Form Health Literacy Questionnaire (HLS-SF12) and Its Determinants among People Living in Rural Areas in Vietnam. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, 3346-3356. <http://doi:10.3390/ijerph16183346>
- Dupin, C. M., Deubelbeiss, S., Rodrigues, K. D. S., De Oliveira, D. M., Thentz, C., & Quilleau, M. (2019). Interventions infirmières pour promouvoir la fidélisation des donneurs de sang : une revue rapide et réaliste de la littérature. *Recherche en Soins Infirmiers*, 136, 6-17. <https://www.researchgate.net/publication/332783649>
- Dupuis, P. (2014). La littératie en santé : comprendre l'incompréhension. *Education santé*, 309, 8-10.
- Durie, M. (2004). An Indigenous model of health promotion. *Health Promotion Journal of Australia*, 15, 181-85.
- Ehmann, A. T., Groene, O., Rieger, M. A., & Siegel, A. (2020). The Relationship between Health Literacy, Quality of Life, and Subjective Health: Results of a Cross-Sectional Study in a Rural Region in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 1683-1694. <http://doi:10.3390/ijerph17051683>
- Eichler, K., Wieser, S., & Brügger, U. (2009). The costs of limited health literacy: a systematic review. *International Journal of Public Health*, 54(5), 313-324. <http://doi.org/10.1007/s00038-009-0058-2>
- Ekoko, O. E. (2020). An Assessment of Health Information Literacy among Rural Women in Delta State, Nigeria. *Library Philosophy and Practice (e-journal)*, Article 3533. <https://digitalcommons.unl.edu/libphilprac/3533>

- Elgar, F. J., Pförtner, T.-K., Moor, I., De Clercq, B., Stevens, G. W. J. M., & Currie, C. (2015). Socioeconomic inequalities in adolescent health 2002–2010: a time-series analysis of 34 countries participating in the Health Behaviour in School-aged Children study. *Lancet*, 385, 2088-2095. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61460-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61460-4)
- Engel, G. (1997). From biomedical to biopsychosocial: Being scientific in the human domain. *Psychosomatics*, 30(6), 521-526.
- Epacka Ewane, M., Mandengue, S. H., Belle Priso, E., Moumbe Tamba, S., Ahmadou, & Bitá Fouda, A. (2012). Dépistage des maladies cardiovasculaires chez des étudiants de l'Université de Douala et influence des activités physiques et sportives. *The Pan African Medical Journal*, 11, 77-82. <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/11/77/full/>
- Epstein, J., Santo, R. M., & Guillemin, F. (2015). A Review of Guidelines for Cross-Cultural Adaptation of Questionnaires Could Not Bring Out a Consensus. *Journal of Clinical Epidemiology*, 68, 435-441. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2014.11.021>
- Eronen, J., Paakkari, L., Erja Portegijs, E., Saajanaho, M., & Rantanen, T. (2018). Assessment of health literacy among older Finns. *Aging Clinical and Experimental Research*, 31, 549-556. <https://doi.org/10.1007/s40520-018-1104-9>
- Estrada, C. A. M., Lomboy, M. F. T. C., Gregorio Jr. E. R., Amalia, E., Leynes, C. R., Quizon, R. R., & Kobayashi, J. (2019). Religious education can contribute to adolescent mental health in school settings. *International Journal of Mental Health System*, 13, 28-32.
- Ewles, L., & Simnett, I. (2003). *Promoting health: A practical guide* (5e ed.). Bailliere Tindall Elsevier Limited.
- Eymard, C. (2004). Essai de modélisation des liens entre éducation et santé. *Questions vives*, 2(5), 13-34.
- Eymard, C. (2005). *De la formation par la recherche aux caractéristiques d'une relation éducative en santé* (Note de synthèse pour l'habilitation à diriger des recherches). Provence Aix-Marseille I.
- Farmanova, E., Bonneville, L., & Bouchard, L. (2018). Organizational health literacy: Review of theories, frameworks, guides, and implementation issues. *Inquiry: A Journal of*

Medical Care Organization, Provision, and Financing, 55, 1-17.
<https://doi.org/10.1177/0046958018757848>

Ferguson, E., & Cox, T. (1993). Exploratory factor analysis: a user's guide. *International Journal of Select Assessment*, 1, 84-94.

Fernandez, D. M., Larson, J. L., & Zikmund-Fisher, B. J. (2016). Associations between health literacy and preventive health behaviors among older adults: findings from the health and retirement study. *BMC of Public Health*, 16, 596-604. <http://doi10.1186/s12889-016-3267-7>

Finbråten, H. S., Wilde-Larsson, B., Nordström, G., Pettersen, K. S., Trollvik, A., & Guttersrud, Ø. (2021). Establishing the HLS-Q12 short version of the European Health Literacy Survey Questionnaire: latent trait analyses applying Rasch modelling and confirmatory factor analysis. *BMC Health Services Research*, 18, 506-522.

Finn, S., & O'Fallon, L. (2017). The emergence of environmental health literacy-from its roots to its future potential. *Environmental Health Perspectives*, 125, 495-501.
<http://dx.doi.org/10.1289/ehp.1409337>

Firnges, C., Domanska, O., & Jordan, S. (2019). Developing an instrument for measuring the health literacy of adolescents: Lessons learned. In O. Okan, U. Bauer, D. Levin-Zamir, P. Pinheiro & K. Sørensen (Dirs.), *International handbook of health literacy: Research, practice and policy across the lifespan* (pp. 99-114). Policy Press.

Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Addison-Wesley.

Follenfant, A. (2005). *Effets de l'activation de stéréotypes sur le comportement : le paradoxe de la suppression* (Thèse de doctorat non publiée). Université Paris X – Nanterre.

Fond des nations unies pour l'enfance. (2012a). *The State of the World's Children 2012*. UNICEF.

Fondation Suisse de Cardiologie. 2018. *Cœur et psychisme : Brochure d'information à l'intention du patient*. FSC.

Fortin, M.-P. (2020). *La littératie en santé chez les personnes présentant des troubles mentaux graves*. (Mémoire non publié). Université du Québec à Chicoutimi.

- Freedman, D. A., Bess, K. D., Tucker, H. A., Boyd, D. L., Tuchman, A. M., & Wallston, K. A. (2009). Public health literacy defined. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(5), 446-451. <http://doi:10.1016/j.amepre.2009.02.001>
- Freud, S. (1900/1953). *L'interprétation des rêves*. Presses Universitaires de France.
- Friis, K., Aaby, A., Lasgaard, M., Pedersen, M. H., Osborne, R. H., & Maindal, H. T. (2020). Low Health Literacy and Mortality in Individuals with Cardiovascular Disease, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Diabetes, and Mental Illness: A 6-Year Population-Based Follow-Up Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 9399-9408. <http://dx.doi:10.3390/ijerph17249399>
- Friis, K., Vind, B. D., Simmons, R. K., & Maindal, H. T. (2016). The Relationship between Health Literacy and Health Behaviour in People with Diabetes: A Danish Population-Based Study. *Journal of Diabetes Research*, Article 7823130. <http://dx.doi.org/10.1155/2016/7823130>
- Frosch, D. L., & Elwyn, G. (2014). Don't blame patients, engage them: transforming health systems to address health literacy. *Journal of Health Communication*, 19, 10-14.
- Gaete, J., Olivares, E., Godoy, M. I., Cárcamo, M., Montero-Marín, J., Hendricks, C., & Araya, R. (2019). Adolescent Lifestyle Profile-Revised 2: validity and reliability among adolescents in Chile. *Journal de Pediatria*, Article JPED-859. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2019.11.005>
- Gaillard Desmedt, S., & Shaha, M. (2013). La place de la spiritualité dans les soins infirmiers : une revue de littérature. *Association de Recherche en Soins Infirmiers*, 115(4), 19-35.
- Gaini, M., Guignon, N., Legleye, S., Moisy, M., Spilka, S., & Vilain, A. (2020). Les inégalités sociales de santé apparaissent avant la naissance et se creusent durant l'enfance. In T. Mainaud, & É. Raynaud (Dirs.), *France, Portrait social* (pp. 93-108). Institut national de la statistique et des études économiques
- Gana, K., & Boudouda, N. E. (2021). Cadres méthodo-épistémologiques actuels pour la construction et l'adaptation transculturelle de tests et échelles de mesure psychologiques [Éditorial]. *Pratiques psychologiques*, Article PRPS-545. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2021.04.001>

- Gana, K., & Broc, G. (2018). *Introduction à la modélisation par équations structurales. Manuel pratique avec Lavaan*. ISTE éditions.
- Gana, K., Boudouda, N. E., Ben Youssef, S., Calcagni, N., & Broc, G. (2021). Adaptation transculturelle de tests et échelles de mesure psychologiques : guide pratique basé sur les Recommandations de la Commission Internationale des Tests et les Standards de pratique du testing de l'APA. *Pratiques psychologiques*, 27, 223-240.
- Gauchet, A. (2005). *Les déterminants psychosociaux de l'observance thérapeutique chez les personnes infectées par le VIH : représentations et valeurs* (Thèse de doctorat non publiée). Université de Metz.
- Gavin, L. A., Wamboldt, M. Z., Sorokin, N., Levy, S. Y., & Wamboldt, F. S. (1999). Treatment alliance and its association with family functioning, adherence, and medical outcome in adolescents with severe, chronic asthma. *Journal of Pediatric Psychology*, 24(4), 355-365.
- Gele, A., Pettersen, K. S., Torheim, L. E., & Kumar, B. (2016). Health literacy: the missing link in improving the health of Somali immigrant women in Oslo. *BMC Public Health*, 16(1), 1134-1143. <http://doi10.1186/s12889-016-3790-6>
- Gélinas, A., Fortin, R., Schoonbroodt, C., & Vanasse, A. (1997). Éducation pour la santé : vers une gestion appropriative de la santé. In R. Féger (Dir.) *L'éducation face aux nouveaux défis* (pp. 355-365). Éditions Nouvelles.
- Geukes, C., Bröder, J., & Latteck, Ä.-D. (2019). Health Literacy and People with Intellectual Disabilities: What We Know, What We Do Not Know, and What We Need: A Theoretical Discourse. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, 463-473. <http://doi:10.3390/ijerph16030463>
- Ghaffari, M., Rakhshanderou, S., Ramezankhani, A., Mehrabi, Y., & Safari-Moradabadi, A. (2020). Systematic review of the tools of oral and dental health literacy: assessment of conceptual dimensions and psychometric properties. *BMC Oral Health*, 20, 186-197. <https://doi.org/10.1186/s12903-020-01170-y>
- Giampaoli, S., Stamler, J., Donfrancesco, C., Panico, S., Vanuzzo, D., Cesana, D., Moncia, G., Pilotto, L., Mattiello, L., Chiodini, L., & Palmieri, L. (2009). The metabolic syndrome:

- a critical appraisal base on the CUORE epidemiologic study. *Preventive Medicine*, 48, 525-531.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Lewis, F. M. (2002). *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (3rd ed.). Jossey - Bass.
- Goigoux, R. (2007). Un modèle d'analyse de l'activité des enseignants. *Éducation et didactique*, 1(3), 47-70.
- Gollwitzer, P. M. (1993). Goal Achievement: The role of Intentions. *European Review of Social Psychology*, 4, 141-185.
- Goretzko, D., Pham, T. T. H., & Bühner, M. (2019). Exploratory factor analysis: Current use, methodological developments and recommendations for good practice. *Current Psychology*, 1-12. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00300-2>
- Government of Canada. (2018). *Social determinants of health and health inequalities*. <https://www.canada.ca/en/public-he>
- Graham, H. (2004). Social Determinants and Their Unequal Distribution: Clarifying Policy Understandings. *The Milbank Quarterly*, 82(1), 101-124.
- Gray, K. M. (2018). From Content Knowledge to Community Change: A Review of Representations of Environmental Health Literacy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15, 466-483. <http://doi:10.3390/ijerph15030466>
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1999). *Health promotion planning: an educational and ecological approach* (3rd ed.). Mayfield.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach* (4th ed.). McGraw-Hill Higher Education.
- Green, S. B., & Yang, Y. (2015). Evaluation of dimensionality in the assessment of internal consistency reliability: Coefficient alpha and omega coefficients. *Educational Measurement: Issues and Practice*, 34, 14-20. <https://doi.org/10.1111/emip.12100>
- Greenman, P. S., Morin-Turmel, A., & Grenier, J. (2009). L'intégration d'un traitement psychologique en réadaptation cardiaque à l'Hôpital Montfort : une diminution des

- risques associés aux maladies cardiaques. *Francophonies d'Amérique*, 28, 91-113. <https://doi.org/10.7202/044984ar>
- Grondin, J., Dionne, É., Fleuret, C., & Boiteau, N. (2015). Sources d'invalidité et d'erreur dans la traduction ou l'adaptation de tests : un état de la question. *Revue de l'Université de Moncton*, 46(1-2), 291-323. <https://doi.org/10.7202/1039041ar>
- Guadagnoli, E., & Velicer, W. F. (1988). Relation of sample size to the stability of component patterns. *Psychological Bulletin*, 103, 265-275.
- Gudmundsson, E. (2009). Guidelines for translating and adapting psychological instruments. *Nordic Psychology*, 61(2), 29-45. <https://doi.org/10.1027/1901-2276.61.2.29>
- Gugglberger, L. (2019). The multifaceted relationship between health promotion and health literacy [Editorial]. *Health Promotion International*, 34, 887-891. <http://doi:10.1093/heapro/daz093>
- Gustafsdottir, S. S., Sigurdardottir, A. K., Arnadottir, S. A., Heimisson, G. T., & Mårtensson, L. (2020). Translation and cross-cultural adaptation of the European Health Literacy Survey Questionnaire, HLS-EU-Q16: The Icelandic version. *BMC Public Health*, 20, 61-71. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8162-6>
- Guttersrud, O., Dalane, J., & Pettersen, S. (2014). Improving measurement in nutrition literacy research using Rasch modelling: examining construct validity of stage specific “critical nutrition literacy” scales. *Public Health Nutrition*, 17(4), 877-883. <http://doi:10.1017/S1368980013000530>
- Guzys, D., Kenny, A., Dickson-Swift, V., & Threlkeld, G. (2015). A critical review of population health literacy assessment. *BMC Public Health*, 15, 215-221. <http://doi:10.1186/s12889-015-1551-6>
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (1998). Factor analysis. In J. F. Hair, R. E. Anderson, R. L. Tatham, & W. C. Black (Drs.), *Multivariate data analysis* (5th ed., pp.87-138.). Prentice Hall International, Inc.
- Halaris, A. (2013). Psychocardiology: moving toward a new subspecialty. *Future cardiology*, 9(5), 635-640.

- Hambleton, R. K. (2005). Issues, designs, and technical guidelines for adapting tests into multiple languages and cultures. In R. K. Hambleton, P. F. Merenda & C. D. Spielberger (Dirs.), *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment* (pp. 3-38). Lawrence Erlbaum.
- Hampson, S. E., Edmonds, G. W., & Goldberg, L. R. (2019). The Health Behavior Checklist: Factor structure in community samples and validity of a revised good health practices scale. *Journal of Health Psychology*, 24(8), 1103-1109. <http://doi:10.1177/1359105316687629>
- Hanana, E. B., & Houfaïdi, S. (2016). Construction d'une échelle de mesure évaluant la satisfaction du personnel des administrations publiques: Cas du Maroc. *International Journal of Innovation and Scientific Research*, 23(2), 274-288.
- Harris, D. M., & Guten, S. (1979). Health-protective behavior: an exploratory study. *Journal of Health and Social Behavior*, 20(1), 17-29. <http://www.jstor.org/stable/2136475>
- Haun, J. N., Valerio, M. A., McCormack, L. A., Sørensen, K., & Paasche-Orlow, M. K. (2014). Health Literacy Measurement: An Inventory and Descriptive Summary of 51 Instruments. *Journal of Health Communication: International Perspectives*, 19(2), 302-333. <http://dx.doi.org/10.1080/10810730.2014.936571>
- Haute Autorité de santé. (2007). *Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques*. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf
- Haute Autorité de Santé. (2013). *Outil d'aide au questionnement sur le critère 23a. Éducation thérapeutique du patient*. https://www.has-sante.fr/portail/upload/./2013./demarche_centree_patient_web.pdf
- Haute Autorité de Santé. (2015). *Proposer une éducation thérapeutique au patient. Quand proposer une ETP ?* (fiche 2). https://www.has-sante.fr/portail/upload/./2015./demarche_centree_patient_web.pdf
- Hayes, A. F. (2018). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach* (2e éd.). The Guilford Press.

- Hays, R. D., & Hayashi, T. (1990). Beyond internal consistency reliability: Rationale and user's guide for multitrait analysis program on the microcomputer. *Behavior Research Methods Instruments & Computers*, 22(2), 167-175. <http://doi:10.3758/BF03203140>
- Hendricks, C., Murdaugh, C., & Pender, N. (2006). The adolescent lifestyle profile: development and psychometric characteristics. *Journal Native Black Nurses Association*, 17, 1-5.
- Henrard, G., & Prévost, M. (2016). La « littératie en santé », avatar creux ou concept dynamisant ? *Santé conjugale*, 77, 30-35.
- Higgins, E. T., Rholes, W. S., & Jones, C. R. (1977). Category accessibility and impression formation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 13, 141-154.
- Hoarau, A.-M. (2020). *Frise chronologique : La promotion de la santé au cours des grandes conférences internationales*. <https://www.pinterest.fr/pin/613193305497880724/>
- Hohwü, L., Lyshol, H., Gissler, M., Jonsson, S. H., Petzold, M., & Obel, C. (2013). Web-Based Versus Traditional Paper Questionnaires: A Mixed-Mode Survey With a Nordic Perspective. *Journal of Medical Internet Research*, 15(8), e173-e183. <https://www.researchgate.net/publication/256118851>
- Honoré, B. (2011). De la spiritualité dans le soin. *Perspective soignante*, 41, 52-72.
- Hood, L., & Auffray, C. (2013). Participatory medicine: a driving force for revolutionizing healthcare. *Genome Medicine*, 5(12), 110. <http://doi:10.1186/gm514>
- Hooper, D., Joseph Coughlan, J., & Mullen, M. R. (2008). Structural Equation Modelling: Guidelines for Determining Model Fit. *Electronic Journal of Business Research Methods*, 6(1), 53-60.
- Horton, R. (2020). Offline: COVID-19 is not a pandemic. *The Lancet*, 396, 874.
- Houeto, D. (2008). La promotion de la santé en Afrique subsaharienne : état actuel des connaissances et besoins d'actions. *Promotion & Education*, 15, 19-53.
- Houéto, D. (2008). La promotion de la santé en Afrique subsaharienne : état actuel des connaissances et besoins d'actions. *Promotion & Education*, 15, 49-54. http://ped.sagepub.com/content/15/1_suppl/49

- Houéto, D., & Laverack, G. (2014). *Promotion de la sante et autonomisation dans le contexte africain*. Rossendale Books.
- Houle, G. (1979). L'idéologie : un mode de connaissance. *Sociologie et sociétés*, 11(1), 123-145. <https://doi.org/10.7202/001352ar>
- Houpe, J.-P. (2015). *Prendre soin de son cœur. Introduction à la psychocardiologie*. Dunod.
- Houpe, J.-P. (2017). La psychocardiologie : une nouvelle spécialité. *Hegel*, 7(1), 36-46. <https://www.cairn.info/revue-hegel-2017-1-page-36.htm>
- Hu, L.-T., & Bentler, P. M. (1999). Indices d'ajustement dans la modélisation de la structure de covariance : sensibilité aux erreurs de spécification du modèle sous-paramétré. *Méthodes psychologiques*, 3(4), 424-453. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.3.4.424>
- Ifrah, N., Bloch, G., & Salomon, L. (2021). Face aux défis de prévention, la mobilisation des institutions françaises pour la recherche interventionnelle en santé des populations [Éditorial]. *IUHPE – Global Health Promotion*, 28(1), 3-5. <https://doi.org/10.1177/1757975920986780>
- Institut National de la Statistique & Inner City Fund International. (2012). *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Cameroun 2011*. INS & ICF International.
- Institut National de la Statistique & Inner City Fund International. (2020). *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Cameroun 2018*. INS & ICF International.
- Institut National de la Statistique & Ministère de la Santé Publique. (2014). *Enquête mondiale sur le tabagisme chez les adultes (Global Adult Tobacco Survey, GATS) - Cameroun 2013*. Institut National de la Statistique.
- Institut National de la Statistique. (2010). *2e enquête sur le suivi des dépenses publiques et le niveau de satisfaction des bénéficiaires dans les secteurs de l'éducation et de la santé au Cameroun (PETS 2) : Rapport principal, volet santé*. Institut National de la Statistique.
- Institut National de la Statistique. (2014). *Quatrième Enquête Camerounaise Auprès des Ménages (ECAM III)*. Institut National de la Statistique.

- Institut national de la statistique. (2016). *Annuaire statistique du Cameroun*. Institut National de la Statistique
www.stat.cm/downloads/2016/annuaire2016/CHAPITRE7_SANTE.pdf
- Institute of Medicine. (2004). *Health literacy: a prescription to end confusion*. Institute of Medicine.
- International Test Commission. (2017). *The ITC guidelines for translating and adapting tests* (2nd ed.). <http://www.InTestCom.org/>
- Irvine, L., Elliott, L., Wallace, H., & Crombie, I. K. (2006). A review of major influences on current public health policy in developed countries in the second half of the 20th century. *Journal of Research and Social Promotion of Health*, 126(2), 73-78.
- Ishikawa, H., & Yano, E. (2008). Patient health literacy and participation in the health-care process. *Health Expectations*, 11, 113-122. <http://doi:10.1111/j.1369-7625.2008.00497.x>
- Jabot, F., Ridde, V., Wone, I., & Fond-Harmant, L. (2014). L'évaluation, une voie pour faire progresser la promotion de la santé en Afrique ? [Hors-série]. *Santé Publique*, 1, 21-34. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-HS-page-21.htm>
- Jack, L. Jr., M Grim, L., Gross, T., Lynch, S., & McLin, C. (2010). Theory in Health Promotion Programs. In C. I. Fertman, & D. D. Allensworth (Éds.), *Health promotion programs: From Theory to Practice Society for Public Health* (pp. 57-88). Society for Public Health Education.
- Jacobs, A. C., Viljoen, C. T., & van der Walt, J. L. (2012). Spiritual well-being and lifestyle choices in adolescents: A qualitative study among Afrikaans-speaking learners in the North West province of South Africa. *Journal of child and adolescent mental health*, 24(1), 89-98.
- Jaffré, J.-P. (2004). La littéracie: histoire d'un mot, effets d'un concept. In C. Barré-de Miniac, C. Brissaud & Rispaïl, M. (Dirs.), *La littéracie : conceptions théoriques et pratiques d'enseignement de la lecture-écriture* (pp. 21-41). L'Harmattan.

- Jiménez, T. I., Lehalle, H., Murgui, S., & Musitu, G. (2007). Le rôle de la communication familiale et de l'estime de soi dans la délinquance adolescente. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, 2, 5-26.
- Joint Committee on National Health Education Standards. (1995). *National health education standards: achieving health literacy*. American cancer society.
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231-243.
- Jorm, A. F. (2019). The concept of mental health literacy. In O. Okan, U. Bauer, D. Levin-Zamir, P. Pinheiro & K. Sørensen (Dirs.), *International handbook of health literacy: Research, practice and policy across the lifespan* (pp. 53-66). Policy Press.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Rodgers, B., Pollitt, P., Jacomb, P. A., Christensen, H., & Jiao, Z. (1997). Belief systems of the general public concerning the appropriate treatments for mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(8), 468-473.
- Jörns-Presentati, A., Napp, A.-K., Dessauvagie, A. S., Stein, D. J., Jonker, D., Breet, E., Charles, W., Swart, R. L., Lahti, M., Suliman, S., Jansen, R., van den Heuvel, L. L., Seedat, S., & Groen, G. (2021) The prevalence of mental health problems in sub-Saharan adolescents: A systematic review. *PLoS ONE*, 16(5), Article e0251689.
- Juillière, Y. (2015). Préface. In J.-P. Houpe, *Prendre soins de son cœur : introduction à la psychocardiologie* (pp. xv-xvii). Dunod.
- Juvinyà-Canal, D., Suñer-Soler, R., Porquet, A. B., Vernay, M., Blanchard, H., & Bertran-Noguer, C. (2020). Health Literacy among Health and Social Care University Students. *International Journal of Environment Research in Public Health*, 17, 2273-2292. <http://doi:10.3390/ijerph17072273>
- Kamara, M. (2007). Éducation et conquête coloniale en Afrique francophone subsaharienne. <http://journal.afroeuropa.eu/index.php/afroeuropa/article/viewFile/33/57>
- Kamdem, F., Djomou, F. A., Hamadou, B. Ngonsala, S., Jingi, A. M., Biholong, C., Djaya, J., Kenmegne, C., Samuel Kingue, S. (2018). Connaissance des Facteurs de Risque Cardiovasculaires et Attitudes de Prévention par la Population du District de Santé de

- Deido-Cameroun. *Health Sciences and Disease*, 19(1), 36-42.
<https://www.researchgate.net/publication/323202771>
- Kanj, M., & Mitic, W. (2009, October 26-30). *Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap* [Working document]. Global Conference on Health Promotion, 7th Meeting, Nairobi, Kenya.
- Kar, S. B., Pascual, C. A., & Chickering, K. L. (1999). Empowerment of women for health promotion: a meta-analysis. *Social Science and Medicine*, 49(11), 1431-1460.
- Kasl, S. V., & Cobb, S. (1966). Health behavior, illness behavior, and sick-role behavior. *Archives of Environmental Health: an international journal*, 12(1), 246-266.
- Katamay, S. W., Krista A. Esslinger, Vigneault, M., Johnston, J. L., Junkins, B. A., Robbins, L. G. Sirois, I. V., Jones-McLean, E. M., Kennedy, A. F., Bush, M. A. A., Brule, D., & Martineau, C. (2007). Eating Well with Canada's Food Guide (2007): Development of the Food Intake Pattern. *Nutrition Reviews*, 65(4), 155-166.
- Kate, A. L. (2006). Study design III: Cross-sectional studies. *Evidence-Based Dentistry*, 7(1), 24-25. <http://dx.doi:10.1038/sj.ebd.6400375>
- Kerlinger, F. N. (1986). *Foundations of behavioral research* (3rd ed.). Holt, Rinehart & Winston.
- Khemakhem, K. H., Ayadi, H., Moala, Y., jellouli, S., Walha, A., & Ghribi, F. (2009). Facteurs de risque de la consommation des substances psychoactives chez l'adolescent : Étude rétrospective. *Arab Journal of Psychology*, 22(21), 235-260.
- Khorasani, E. C., Sany, S. B. T., Tehrani, H., Doosti, H., & Peyman, N. (2020). Review of Organizational Health Literacy Practice at Health Care Centers: Outcomes, Barriers and Facilitators. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 7544-7559. <http://doi:10.3390/ijerph17207544>
- Kickbusch, I. (2001). Health Literacy: addressing the health and education divide. *Health Promotion International*, 16, 289-297.
- Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F., & Tsouros, A. D., (2013). *Health literacy: the solid facts*. Organisation Mondiale de la Santé.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf

- Kim, K. B., Han, H. R., Huh, B., Nguyen, T., Lee, H., & Kim, M. T. (2014). The effect of a community based self-help multimodal behavioral intervention in Korean American seniors with high blood pressure. *American Journal of Hypertension*, 27(9), 1199-1208. <http://doi:10.1093/ajh/hpu041>
- Kim, M. T., Song, H.-J., Han, H.-R., Song, Y., Nam, S., Nguyen, T. H., Lee, H.-C. B., & Kim, K. B. (2012). Development and validation of the high blood pressure-focused health literacy scale. *Patient Education and Counselling*, 87(2), 165-170. <http://doi:10.1016/j.pec.2011.09.005>
- Kim, Y. M., Kols, A., Nyakauru, R., Marangwanda, C., & Chibatamoto, P. (2001). Promotion de la responsabilité sexuelle des jeunes au Zimbabwe [numéro spécial]. *Perspectives Internationales sur le Planning Familial*, 10-19.
- Kim, Y. M., Kols, A., Nyakauru, R., Marangwanda, C., & Chibatamoto, P. (2001). Promotion de la responsabilité sexuelle des jeunes au Zimbabwe [Numéro spécial]. *Perspectives Internationales sur le Planning Familial*, 10-19.
- Kimbally Kaky, G., & Bolanda, J. D. (2004). *Hypertension artérielle et les autres facteurs de risque cardio-vasculaires à Brazzaville : rapport d'enquête*. OMS-Bureau régional de l'Afrique.
- Kindig, D. A. (2004). Preface. In L. Nielsen-Bohlman, A. M. Panzer, D. A. Kindig (Dirs.), *Health Literacy: A Prescription to End Confusion* (pp. xii-xiv). The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/10883>
- Kingue, S., Ndong Ngoe, C., Menanga, A. P., Jingi, A. M., Noubiap, J. J. N., Fesuh, B., Nouedoui, C., Andze, G., & Muna, W. F. T. (2015). Prevalence and Risk Factors of Hypertension in Urban Areas of Cameroon: A Nationwide Population-Based Cross-Sectional Study. *The Journal of Clinical Hypertension*, 17, 819-824. <http://doi:10.1111/jch.12604>
- Kinouani, S. (2019). *La cigarette électronique chez les étudiants : trajectoires de consommation et profils d'usage* (Thèse de doctorat non publiée). Université de Bordeaux. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-02898190>
- Kirscht, J. P. (1974). The Health Belief Model and Illness Behavior. *Health Education Monographs*, 2, 2387-2408.

- Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications.
- Kobayashi, L. C., Wardle, J., Wolf, M. S., & von Wagner, C. (2015). Cognitive Function and Health Literacy Decline in a Cohort of Aging English Adults. *Journal of General Internal Medicine*, *30*, 958-964.
- Koduah, A. O., Amoah, P. A., Nkansah, J. O., & Leung, A. Y. M. (2021). A Comparative Analysis of Student and Practising Nurses' Health Literacy Knowledge in Ghana. *Healthcare*, *9*, 38-54. <https://doi.org/10.3390/healthcare9010038>
- Kones, R. (2011). Primary prevention of coronary heart disease: integration of new data, evolving views, revised goals, and role of rosuvastatin in management, a comprehensive survey. *Drug Design, Development and Therapy*, *5*, 325-380.
- Kothari, C. R. (2004). *Research methodology: methods and techniques*. New Age International.
- Koyuncu, I., & Kılıç, A. F. (2019). The Use of Exploratory and Confirmatory Factor Analyses: A Document Analysis. *Education and Science*, *44*(198), 361-388.
- Kraemer, H., Wilson, T., Fairburn, C., & Agras, W. (2002). Mediators and moderators of treatment effects in randomized clinical trials. *Archives of General Psychiatry*, *59*, 877-883.
- Kutcher, S., & Wei Y. (2013). Educator mental health literacy: a programme evaluation of the teacher training education on the mental health & high school curriculum guide. *Advance School of Mental Health Promotion*, *6*(2), 83-92. <https://doi.org/10.1080/1754730X.2013.784615>
- Kuyinu, Y. A., Femi-Adebayo, T. T., Adebayo, B. I., Abdurraheem-Salami, I., & Odusanya, O. O. (2020). Health literacy: Prevalence and determinants in Lagos State, Nigeria. *PLoS ONE*, *15*(8), Article e0237813. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237813>
- La Toupie. (n.d.). « Toupictionnaire » : Le dictionnaire de politique. Consulté le 15 Mars 2022. <https://www.toupie.org/Dictionnaire/Ideologie.htm>
- Lalonde, M. (1974). *New perspective on the health of Canadians*. A working document. <https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>

- Lambourne, K., & Donnelly, J. E. (2011). The role of physical activity in pediatric obesity. *Pediatric Clinic of North America*, 58(6), 1481-1491.
- Lang, T. (2014). Inégalités sociales de santé. *Les tribunes de la santé*, 43, 31-38. <http://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2014-2-page-31.htm>
- Lannes, L. (2012). Éditorial. In A. Seck & L. Saint-Pierre (Dirs.), *25 ans d'histoire : les retombées de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé dans divers pays francophones* (pp. 11-17). Réseau francophone international pour la promotion de la santé (RÉFIPS).
- Lannes, L., & Sanni Yaya, H. (2012). Conclusion. In A. Seck & L. Saint-Pierre (Dirs.), *25 ans d'histoire : les retombées de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé dans divers pays francophones* (pp. 83-87). Réseau francophone international pour la promotion de la santé (RÉFIPS).
- Lapierre, J., Ndengeyingoma, A., & Boucher, J. (2012). L'intégration de la santé dans toutes les politiques dans la gouvernance pour la santé : une pratique issue de l'axe des politiques publiques favorables de la Charte d'Ottawa. In L. Lannes & Y. Lannes, *25 ans d'histoire : les retombées de la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé dans divers pays francophones* (pp. 75-82). Réseau francophone international pour la promotion de la santé (RÉFIPS).
- Lastrucci, V., Lorini, C., Caini, S., Florence Health Literacy Research Group, Bonaccorsi, G. (2019). Health literacy as a mediator of the relationship between socioeconomic status and health: A cross-sectional study in a population based sample in Florence. *PLoS ONE* 14(12), Article e0227007. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227007>
- Lauber, K., Rutter, H., & Gilmore, A. B. (2021). Big food and the World Health Organization: a qualitative study of industry attempts to influence global-level non-communicable disease policy. *British Medical Journal of Global Health*, 1-20. <http://doi:10.1136/bmjgh-2021-005216>
- Laurent-Beq, A. (2016). Démocratie sanitaire et promotion de la santé : les carnets secrets d'une sociologue. *Horizon pluriel*, 31, 18-19.
- Laveault, D. (2012). Soixante ans de bons et mauvais usages de l'alpha de Cronbach. *Mesure et évaluation en éducation*, 35(2), 1-7. <https://doi.org/10.7202/1024716ar>

- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. In W. D. Gentry (Ed.), *Handbook of behavior medicine* (pp. 282-325). Guilford.
- Le Bigot, J.-Y., Porton-Deterne, I., & Lott-Vernet, C. (2004). *Les 11-25*. Eyrolles.
- Lefevre, K., Ferron, C., & Rusch, E. (2017). *La littératie en santé : usagers et professionnels : Tous concernés ! Pour un plan d'action à la hauteur des inégalités sociales de santé*. https://solidaritessante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_plen_060717_litteratie_en_sante_v_diffu_see_env_pmc_2304_vuap_24_250418.pdf
- Legendre, R. (2005). *Dictionnaire actuel de l'éducation* (3^e ed). Guérin.
- Lespinet-Najib, V., & Belio, C. (2013). Classification des handicaps : enjeux et controverses. *Hermès, La Revue*, 2(66), 104-110.
- Levin-Zamir, D., & Wills, J. (2012). Health literacy, culture and community. In D. Begoray, G. Rowlands & D. Gillis (Dirs.), *Health literacy in context: An international perspective* (pp. 99-123). Nova Science.
- Levin-Zamir, D., Baron-Epel, O. B., Cohen, V., & Elhayany, A. (2016). The Association of Health Literacy with Health Behavior, Socioeconomic Indicators, and Self-Assessed Health from a National Adult Survey in Israel. *Journal of Health Communication*, 21(2), 61-68. <http://dx.doi.org/10.1080/10810730.2016.1207115>
- Li, J., & Siegrist, J. (2012). Physical Activity and Risk of Cardiovascular Disease-A Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9, 391-407. <http://doi:10.3390/ijerph9020391>
- Linnan, L., Peabody, K. L., & Wieland, J. (2010). Health promotion programs in work place setting. In C. I. Fertman, & D. D. Allensworth (Dirs.), *Health promotion programs: From Theory to Practice Society for Public Health* (pp. 369-392). Society for Public Health Education.
- Liu, H., Zeng, H., Shen, Y., Zhang, F., Sharma, M., Lai, W., Zhao, Y., Tao, G., Yuan, J., & Zhao, Y. (2018). Assessment Tools for Health Literacy among the General Population: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15, 1711-1726. <http://dx.doi:10.3390/ijerph15081711>

- Liu, C., Wang, D., Liu, C., Jiang, J., Wang, X., Chen, H., Ju, X., & Zhang, X. (2020). What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. *Family Medicine Community Health*, 8(2), Article e000351. <http://doi:10.1136/fmch-2020-000351>
- Lloyd, J. E., Song, H. J., Dennis, S. M., Dunbar, N., Harris, E., & Harris, M. F. (2018). A paucity of strategies for developing health literate organizations: a systematic review. *PLOS One*, 13(4), Article e0195018. <http://doi:10.1371/journal.pone.0195018>
- Loignon, C., Dupéré, S., Martin Fortin, M., Ramsden, V. R., & Karoline Truchon, K. (2018). Health literacy – engaging the community in the co-creation of meaningful health navigation services: a study protocol. *BMC Health Services Research*, 18, 505-511. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3315-3>
- Longtin, M., Richard, L., & Bisailon, A. (2006). L'intégration de la promotion de la santé au sein de la discipline infirmière. *Recherche en soins infirmiers*, 87(12), 4-15.
- Lopez-Fontana, I., Perrot, A., Krueger, K. R., Le Scanff, C., Bherer, L., & Castanier, C. (2020). A global lifestyle assessment: Psychometric properties of the General Lifestyle Questionnaire. *Psychologie française*, Article PSFR-454. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2019.06.004>
- Lorini, C., Santomauro, F., Grazzini, M., Mantwill, S., Vettori, V., Lastrucci, V., Bechini, A., Bocalini, S., Bussotti, A., & Bonaccorsi, G. (2017). Health literacy in Italy: a cross-sectional study protocol to assess the health literacy level in a population based sample, and to validate health literacy measures in the Italian language. *British Medical Journal Open*, 0, Article e017812. <http://doi:10.1136/bmjopen-2017-017812>
- Loveland-Cherry, C. J. (2000). Family health risks. In M. Stanhope & J. Lancaster (Dirs.), *Community and public health nursing* (5th ed., pp. 506-526). Mosby.
- Machteld, H., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., van der Meer, J. W. M., Schnabel, P., Smith, R., van Weel, C., & Smid, H. (2011). How should we define health? [Analysis]. *British Medical Journal*, 343, Article d4163. <https://www.researchgate.net/publication/51523299>

- Mackert, M., Champlin, S., Su, Z., Guadagno, M. (2015). The many health literacies: Advancing research or fragmentation?. *Health Communication, 30*(12), 1161-1165. <http://dx.doi.org/10.1080/10410236.2015.103742>
- Mahmood, S. S., Levy, D., Vasan, R. S., & Wang, T. J. (2014). The Framingham Heart Study and the epidemiology of cardiovascular disease: a historical perspective. *The Lancet, 383*, 999-1008. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/>
- Maindal, H. T., Kayser, L., Norgaard, O., Bo, A., Elsworth, G. R., & Osborne, R. H. (2016). Cultural adaptation and validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ): robust nine-dimension Danish language confirmatory factor model. *SpringerPlus, 5*, 1232-1247. <http://doi10.1186/s40064-016-2887-9>
- Malik, V. S., Willett, W. C., & Hu, F. B. (2013). Global obesity: trends, risk factors and policy implications. *Nature review of endocrinology, 9*, 13-27.
- Malloy-Weir, L. J., Charles, C., Gafni, A., & Entwistle, V. (2016). A review of health literacy: Definitions, interpretations, and implications for policy initiatives. *Journal of Public Health Policy, 37*(3), 334-352. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27193502/>
- Mancuso, J. M. (2009). Assessment and measurement of health literacy: an integrative review of the literature. *Nursing Health Sciences, 11*(1), 77-89. <http://doi:10.1111/j.1442-2018.2008.00408.x>
- Mantwill, S., Monestel-Umana, S., & Schulz, P. J. (2015). The Relationship between Health Literacy and Health Disparities: A Systematic Review. *PLoS ONE, 10*(12), Article e0145455. <http://doi:10.1371/journal.pone.0145455>
- Margat, A., de Andrade, V., & Gagnayre, R. (2014). “Health Literacy” et éducation thérapeutique du patient : Quels rapports conceptuel et méthodologique ?. *Éducation Thérapeutique du Patient, 6*(1), 12-26.
- Margat, A., Gagnayre, R., Lombrail, P., de Andrade V., & Azogui-Levy, S. (2017). Interventions en littératie en santé et éducation thérapeutique : une revue de la littérature. *Santé Publique, 29*(6), 811-820.

- Marimwe, C., & Dowse, R. (2019). Health literacy test for limited literacy populations (HELT-LL): Validation in South Africa. *Cogent Medicine*, 6(1), Article 1650417. <https://doi.org/10.1080/2331205X.2019.1650417>
- Mårtensson, L., & Hensing, G. (2012). Health literacy – A heterogeneous phenomenon: A literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(1), 151-160.
- Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Bélair, S., & Battaglini, A. (1998). Élaboration et validation d'un outil de mesure du bien-être psychologique : L'ÉMMBEP. *Revue canadienne de santé publique*, 89, 352-357.
- Massey, P. M., Prelip, M., Calimlim, B. M., Quiter, E. S., & Glik, D. C. (2012). Contextualizing an expanded definition of health literacy among adolescents in the health care setting. *Health Education Research*, 27(6), 961-974.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35(9), 807-817. <http://doi:10.1037/0003-066X.35.9.807>
- Mattig, T. (2014). *L'autonomie, un défi pour la promotion de la santé*. Promotion Santé Suisse. www.promotionsante.ch/publications
- Mayou, R. A, Gill, D., Thompson, D. R., Jour, U., Hicks, N., Volmink, J., & Neil, A. (2000). Depression and Anxiety as Predictors of Outcome after Myocardial Infarction. *Psychosomatic Medicine*, 62(2), 212-219.
- McAlister, A. L., Perry, C. L., & Parcel, G. S. (2008). How individuals, environments, and health behaviors interact: social cognitive theory. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Éds.), *Health behavior and health education. Theory, Research, and Practice* (pp. 169-189). John Wiley & Sons.
- McClintock, H., Schrauben, S., Andrews, A., & Wiebe, D. (2017). Measurement of health literacy to advance global health research: a study based on Demographic and Health Surveys in 14 sub-Saharan countries. *The Lancet Global Health*, 5, 18.
- Meggetto, E., Ward, B., & Isaccs, A. (2017). What's in a name? An overview of organizational health literacy terminology. *Australian Health Review*, 42(1), 21-30. <https://doi.org/10.1071/AH17077>

- Meirieu, P. (2002). Transmettre, oui... mais comment ? *Sciences humaines*, 36, 40-45.
- Menahem, G. (2004). Inégalités sociales de santé et problèmes vécus dans l'enfance. *Revue Pratique*, 54, 2255-2262.
- Menai, M., Charreire, H., Kesse-Guyot, Andreeva, E., V. A., Hercberg, S., Galan, P., Oppert, J.-M., Fezeu, L.K. (2016). Determining the association between types of sedentary behaviours and cardiometabolic risk factors: A 6-year longitudinal study of French adults. *Diabetes & Metabolism*, 42(2), 112-121. <https://doi.org/10.1016/j.diabet.2015.08.004>
- Meneton, P., Lemogne, C., Herquelot, E., Bonenfant, S., Larson, M. G., Vasan, R. S., Ménard, J., Goldberg, M., & Zins, M. (2016). A Global View of the Relationships between the Main Behavioural and Clinical Cardiovascular Risk Factors in the GAZEL Prospective Cohort. *PLoS ONE*, 11(9), Article e0162386. <http://doi:10.1371/journal.pone.0162386>
- Mialhe, F. L., Moraes, K. L., Bado, F. M. R., Brasil, V. V., Sampaio, H. A. C., & Rebustini, F. (2021). Psychometric properties of the adapted instrument European Health Literacy Survey Questionnaire short-short form. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29, e3436-e3446. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4362.3436>
- Michaelson, V., Brooks, F., Jirásek, I., Inchley, J., Whitehead, R., King, N., Walsh, S., Davison, C. M., Mazur, J., Pickett, W., & Spiritual Health Writing Group. (2016). Developmental patterns of adolescent spiritual health in six countries. *SSM -Population Health*, 2, 294-303. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ssmph.2016.03.006>
- Michaelson, V., Smigelskas, K., King, N., Inchley, J., Malinowska-Cieślik, M., Pickett, W., & Spiritual Health Writing Group. (2021). Domains of spirituality and their importance to the health of 75 533 adolescents in 12 countries. *Health Promotion International*, 1-11. <https://doi.org/10.1093/heapro/daab185>
- Miller, A. E., MacDougall, J. D., Tarnopolsky, M. A., & Sale, D. G. (1993). Gender differences in strength and muscle fiber characteristics. *European Journal of Applied Physiology and Occupational Physiology*, 66(3), 254-62.
- Ministère de l'Économie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire & Programme des Nations Unies pour le Développement. (2013). *Rapport national sur le développement humain au Cameroun*. MINEPAT.

Ministère de l'Économie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire. (2009a). *Cameroun vision 2035*. MINEPAT.

Ministère de l'Économie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire. (2009b). *Document de stratégie pour la croissance et l'emploi*. MINEPAT.

Ministère de l'Économie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire. (2020). *Stratégie nationale de développement 2020-2030 : Pour la transformation structurelle et le développement inclusif*. MINEPAT.

Ministère de l'Économie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire a Programme des Nations Unies pour le Développement. (2013). *Rapport national sur le développement humain au Cameroun*. MINEPAT.

Ministère de l'éducation de base du Cameroun. (2018a). *Curriculum de l'enseignement maternel francophone camerounais*. MINEDUB.

Ministère de l'éducation de base du Cameroun. (2018b). *Curriculum de l'enseignement primaire francophone camerounais. Niveau 1 : cycle des initiations (SIL-CP)*. MINEDUB.

Ministère de l'éducation de base du Cameroun. (2018c). *Curriculum de l'enseignement primaire francophone camerounais. Niveau 2 : cycle des apprentissages fondamentaux (CE1-CE2)*. MINEDUB.

Ministère de l'éducation de base du Cameroun. (2018d). *Curriculum de l'enseignement primaire francophone camerounais. Niveau 3 : cycle des approfondissements (CM1-CM2)*. MINEDUB.

Ministère de la Santé Publique & Fond des Nations unies pour l'enfance. (2017). *Enquête nutritionnelle et de mortalité rétrospective chez les femmes, adolescentes et enfants au Cameroun SMART 2017*. Rapport final SMART, 2017. MINSANTE.

Ministère de la Santé Publique du Cameroun. (2011a). *Cadre de Dépenses à Moyen Terme 2011-2013*. MINSANTE.

Ministère de la Santé Publique du Cameroun. (2011b). *Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015*. MINSANTE.

- Ministère de la Santé Publique du Cameroun. (2014). *Plan stratégique national de la santé des adolescents et des jeunes au Cameroun (2015–2019)*. MINSANTE.
- Ministère de la santé publique du Cameroun. (2016a). *Stratégie sectorielle de la santé 2016-2027*. MINSANTE. <https://www.minsante.cm/site/?q=fr/content/strat%C3%A9gie-sectorielle-de-sant%C3%A9-2016-2027-1>
- Ministère de la santé publique du Cameroun. (2016b). *Profil sanitaire analytique 2016 Cameroun*. MINSANTE. <https://minsante.cm/site/?q=fr/content/profil-sanitaire-analytique-du-cameroun-2016>
- Ministère de la santé publique du Cameroun. (2020). *Plan Stratégique National de Prévention et de Lutte contre le Cancer (PSNPLCa) 2020 – 2024*. MINSANTE. <https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/FINAL%20COPY%20PSNPLCa%20FRENCH.pdf>
- Ministère de la santé publique du Cameroun. (2020a). *Agenda de transformation du système de sante camerounais : le temps d’agir*. MINSANTE.
- Mitchell, S. E. Sadikova, E., Jack, B. W., & Paasche-Orlow, M. K. (2012). Health Literacy and 30-Day Postdischarge Hospital Utilization. *Journal of Health Communication: International Perspectives*, 17(3), 325-338. <http://dx.doi.org/10.1080/10810730.2012.715233>
- Mitic, W. D., & Rootmann, I. (2012). *Une approche intersectorielle pour améliorer la littératie en santé des Canadiens et Canadiennes*. Public Health Association of British Columbia.
- Mohammadpoorasl, A., Nedjat, S., Yazdani, K., Fakhari, A., Foroushani, A. R., & Fotouhi, A. (2012). Intention to start smoking and its related factors in never smoked adolescents in Tabriz, 2010. *International Journal of Preventive Medicine*, 3, 880-886.
- Mommersteeg, P. M., Schoemaker, R. G., Naudé, P. J., Eisel, U. L., Garrelds, I. M., Schalkwijk, C. G., Westerhuis, B. W., Kop, W. J., & Denollet, J. (2016). Depression and markers of inflammation as predictors of all-cause mortality in heart failure. *Brain Behavior and Immunology*, 57, 144-150.
- Montaño, D. E., & Kasprzyk, D. (2008). Theory of reasoned action, theory of planned behavior, and the integrated behavioral model. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Éds.),

Health behavior and health education. Theory, Research, and Practice (pp. 68-97).
John Wiley & Sons.

- Moreau, A. C., Hébert, M., Lépine, M., & Ruel, J. (2013). Le concept de littératie en francophonie : que disent les définitions ? *Revue Consortium national de recherche sur l'intégration sociale (CNRIS)*, 4(2), 14-18.
<https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/gscw031?>
- Moreau, A. C., Lépine, M., & Hébert, M. (2011, 22 Novembre). *Le concept de « littératie » en francophonie canadienne : Recension, analyse et synthèse de définitions de la notion de littératie en francophonie* [Présentation colloque]. Université de la Réunion Campus universitaire du Tampon, France.
- Morel, J. (2007)., L'approche communautaire de la santé : une des stratégies d'intervention sur les déterminants socio-économiques. *Santé Conjuguée*, 40, 75-77.
- Moren-Cross, J. L., & Lin, N. (2006). Social networks and health. In R. H. Binstock & L. K. George (Dirs.), *Handbook of aging and the social sciences* (6th ed., pp. 111-125). Academic Press.
- Mottillo, S., Filion, K. B., Genest, J., Joseph, L., Pilote, L., Poirier, P., Rinfret, S., Schiffrin, E. L., & Eisenberg, M. J. (2010). The Metabolic Syndrome and Cardiovascular Risk: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American College of Cardiology*, 56(14), 1113- 1132. <http://doi:10.1016/j.jacc.2010.05.034>
- Moumouni, A. (1964). *L'éducation en Afrique*. Maspero.
- Muhanga, M. I., & Malungo, J. R. S. (2017). The what, why and how of health literacy: a systematic review of literature. *International Journal of Health*, 5(2), 107-114.
<https://www.researchgate.net/publication/318454610>
- Murray, C. J. L., Aravkin, A. Y., Zheng, P., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abbasi-Kangevari, M., Abd-Allah, F., Abdelalim, A., Abdollahi, M., Abdollahpour, I., Abegaz, K. H., Abolhassani, H., Aboyans, V., Abreu, L. G., Abrigo, M. R. M., Abualhasan, A., Abu-Raddad, L. J., Abushouk, A. I., Adabi, M., ... Lim, S.S. (2020). Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the global burden of disease study 2019. *Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study*

2019. *The Lancet*, 396(10258), 1223-1249. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)
- Murray, C. J. L., Barber, R. M., Foreman, K. J., Ozgoren, A. A., Abd-Allah, F., Abera, S. F., Aboyans, V., Abraham, J. P., Abubakar, I., Abu-Raddad, L. J., Abu-Rmeileh, N. M., Achoki, T., Ackerman, I. N., Ademi, Z., Adou, A. K., Adsuar, J. C., Afshin, A., Agardh, E. E., Alam, S. S., ... Vos, T. (2015). Global, regional and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990–2013: quantifying the epidemiological transition. *The Lancet*, 386(10009), 2145-2191. [http://doi:10.1016/S0140-6736\(15\)61340-X](http://doi:10.1016/S0140-6736(15)61340-X)
- Muvuka, B., Combs, R. M., Ayangeakaa, S. D., Ali, N. M., Wendel, M. L., & Jackson, T. (2020). Health Literacy in African-American Communities: Barriers and Strategies. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, 4(3), 138-143.
- Nakamura, K., Barzi, F., Huxley, R., Lam, T. H., Suh, I., Woo, J., Kim, H. C., Feigin, V. L., Gu, D., & Woodward, M. (2009). Does cigarette smoking exacerbate the effect of total cholesterol and high density lipoprotein cholesterol on the risk of cardiovascular diseases? *Heart*, 95, 909-916. <https://heart.bmj.com/content/95/11/909.long>
- Nash, R., Elmer, S., Thomas, K., Osborne, R., MacIntyre, K., Shelley, B., Murray, L., Harpur, S., & Webb, D. (2018). HealthLit4Kids study protocol; crossing boundaries for positive health literacy outcomes. *BMC Public Health*, 18, 690-703.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2015). *Health Literacy: Past, Present, and Future: Workshop Summary*. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/21714>
- Ndjepel, J., Ngangue, P., & Mballa Elanga VII, E. (2014). Promotion de la santé au Cameroun : état des lieux et perspectives [Hors-série]. *Santé Publique*, 1, 35-38. <http://doi10.3917/spub.140.0035>
- Ngah Essomba, H. C., Tachom Waffo, B., Soh, G., & Gouertoumbo Mete, A. R., Tagne Nossi A. (2022). Mediating Role of Fatalism on the Relationship between Emotional Intelligence and Psychological Reactance in a Health Crisis Context (Covid-19). *International Journal of Research and Innovation in Social Science*, 6(2), 704-710.

- Nguédong, A. (2015). *Compétences volitionnelles d'autorégulation et intention de carrière professionnelle* (Mémoire de master non publié). Université de Yaoundé I, Yaoundé.
- Nguyen, T. H., Paasche-Orlow, M. K., Kim, M. T., Han, H.-R., & Chan, K. S. (2015). Modern Measurement Approaches to Health Literacy Scale Development and Refinement: Overview, Current Uses, and Next Steps. *Journal of Health Communication*, 20(2), 112-115. <http://dx.doi.org/10.1080/10810730.2015.1073408>
- Niedorys, B., Chrzan-Rodak, A., & Ślusarska, B. (2020). Health Literacy – a review of research using the European Health Literacy Questionnaire (HLS-EU-Q16) in 2010-2018. *Prace Pogladowe*, 19(1), 70-83. <http://dx.doi:10.2478/pielxxiw-2020-0001>
- Ninot, G. (2019a). *Définir la notion de santé*. Blog en santé, L1.
- Ninot, G. (2019b). *Guide professionnel des interventions non médicamenteuses*. Dunod.
- Noar, S. M., Chabot, M., & Zimmerman, R. S. (2007). Applying health behaviour theory to multiple behaviour change: considerations and approaches. *Preventive Medicine*, 46, 275-280.
- Nolasco, A., Carmen Barona, C., Tamayo-Fonseca, N., Irlsb, M. Á., Mása, R., Tuells, J., & y Pereyra-Zamora, P. (2018). Alfabetización en salud: propiedades psicométricas del cuestionario HLS-EU-Q16. *Gac Sanit*, 34(4), 399-402.
- Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006a). eHealth literacy: essential skills for consumer health in a networked world. *Journal of Medical Internet Research*, 8(2), e9-e19. <http://doi:10.2196/jmir.8.2.e9>
- Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006b). eHEALS: The eHealth Literacy Scale. *Journal of Medical Internet Research*, 8(4), e27-e33. <http://doi:10.2196/jmir.8.4.e27>
- Noumbissie, C. D. (2010). *Attitude et changement de comportement sexuel face au VIH/Sida : de l'intention d'agir à l'action. Étude de la résistance à l'usage du préservatif chez les adolescents-élèves des classes terminales de Yaoundé (Cameroun)* (Thèse de doctorat non publiée). Université Lumière Lyon 2 ; Université de Yaoundé I.
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349-364.

- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies in the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. <https://www.researchgate.net/publication/31229130>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078. <http://doi:10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? *International Journal of Public Health*, 54, 303-305.
- Nutbeam, D. (2015). Defining, measuring and improving health literacy. *Health Evaluation and Promotion*, 42(4), 450-455. <http://doi:10.7143/jhep.42.450>
- Nutbeam, D. (2017a). Health literacy as a population strategy for health promotion. *Japanese Journal of Health Education and Promotion*, 25, 210-222.
- Nutbeam, D. (2017b). *Promoting, measuring and implementing health literacy: Implications for policy and practice in non-communicable disease prevention and control*. World Health Organization. <https://www.researchgate.net/publication/315091628>
- Nutbeam, D., & Muscat, D. M. (2021). Health Promotion Glossary of Terms 2021. *Health Promotion International*, 36(6), 1578-1598. <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa157>
- Nutbeam, D., Levin-Zamir, D., & Rowlands, G. (2018). Littératie en santé et promotion de la santé en contexte [Éditorial]. *IUHPE–Global Health Promotion*, 25(4), 93-95. <http://doi10.1177/1757975918814436>
- Nyock Ilouga, S., & Moussa-Mouloungui, A. C. (2019). Le Sens du Travail dans un contexte Entropique. *International Journal of Innovation and Applied Studies*, 26(1), 218-229.
- O'Connor, M., & Casey, L. (2015). The Mental Health Literacy Scale (MHLS): a new scale based measure of mental health literacy. *Psychiatry Research*, 229(1-2), 511-516. <http://doi:10.1016/j.psychres.2015.05.064>
- O'Neill, M. (1999). Promotion de la santé : enjeux pour l'an 2000. *Canadian Journal of Nursing Research*, 30(4), 249- 256.
- O'Neill, M. (2004). Le débat international sur l'efficacité de la promotion de la santé : d'où vient-il et pourquoi est-il si important ? [Hors-série]. *Promotion et éducation*, 1, 6-10.

- O'Neill, M. (2005). La Charte de Bangkok aurait-elle autant d'impact que celle d'Ottawa ? *Reviews of Health Promotion and Education*. <http://www.rhpeo.net/reviews/2005/2/index.htm>
- O'Neill, M. (2011a, 9 septembre). *25 ans après, doit-on enterrer la Charte d'Ottawa ? L'état de la promotion de la santé sur les scènes internationale, canadienne et québécoise* [Conférence]. DSP, ARSSS Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Gaspé, Canada.
- O'Neill, M. (2011b). *La Charte d'Ottawa, encore d'actualité 25 ans plus tard ? L'Espace Communication en santé publique*. http://www.espacecom.qc.ca/s-inspirer/lectures-rencontres/Rencontre_Michel_O_Neill_expert_promo_sante.aspx
- O'Neill, M. (2012). La Charte d'Ottawa : une charte pour les indignés ? In A. Seck & L. Saint-Pierre (Dir.), *25 ans d'histoire : les retombées de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé dans divers pays francophones* (pp. 83-87). Réseau francophone international pour la promotion de la santé (RÉFIPS).
- O'Neill, M., & Cardinal, L. (1998). Les ambiguïtés de la promotion de la santé au Québec. *Recherches Sociographiques*, 39(1), 9-37.
- Okan, O. (2019). From Saranac Lake to Shanghai: A brief history of health literacy. In O. Okan, U. Bauer, D. Levin-Zamir, P. Pinheiro & K. Sørensen (Dir.), *International handbook of health literacy: Research, practice and policy across the lifespan* (pp. 21-37). Policy Press.
- Okan, O., Bollweg, T. M., Berens, E.-M., Hurrelmann, K., Bauer, U., & Schaeffer, D. (2020). Coronavirus related health literacy: a cross-sectional study in adults during the COVID-19 infodemic in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 5503-5523. <http://doi:10.3390/ijerph17155503>
- Okan, O., Lopes, E., Bollweg, T. M., Bröder, J., Messer, M., Bruland, D., Bond, E., Carvalho, G. S., Sørensen, K., Saboga-Nunes, L., Levin-Zamir, D., Sahrai, D., Bittlingmayer, U. H., Pelikan, J. M., Thomas, M., Bauer, U., & Pinheiro, P. (2018). Generic health literacy measurement instruments for children and adolescents: a systematic review of the literature. *BMC Public Health*, 18, 166-184. <http://doi:10.1186/s12889-018-5054-0>
- Okan, O., Paakkari, L., Aagaard-Hansen, J., Weber, M., & Barnekow, V. (2021). *Health literacy in the context of health, well-being and learning outcomes the case of children*

and adolescents in schools: the case of children and adolescents in schools. Concept paper. WHO-Europe. <https://www.researchgate.net/publication/354423940>

O'Neill, M., & Stirling, A. (2006). Travailler à promouvoir la santé ou travailler en promotion de la santé. In M. O'Neill, S. Dupéré, A. Pederson, & I. Rootman (Dir.), *Promotion de la santé au Canada et au Québec - Perspective critique* (pp. 42-61). Presses de l'Université Laval.

Orem, D. E., Taylor, S. G., & Rempenny, K. N. (2003). *Self-care theory in nursing*. McGraw-Hill Inc.

Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, Fonds international de développement agricole, Organisation mondiale de la Santé, le Programme alimentaire mondial & Fonds des Nations Unies pour l'enfance. (2019). *L'État de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans le monde 2019. Se prémunir contre les ralentissements et les fléchissements économiques*. FAO.

Organisation des nations unies pour l'éducation, la science et la culture. (2015). *Déclaration d'Incheon et Cadre d'action pour la mise en œuvre de l'Objectif de développement durable 4 : Assurer à tous une éducation équitable, inclusive et de qualité et des possibilités d'apprentissage tout au long de la vie*. UNESCO.

Organisation des nations unies pour la science et la culture. (2006). *Éducation pour tous : l'alphabétisation, un enjeu vital : rapport mondial de suivi sur l'EPT 2006*. UNESCO. http://www.unesco.org/education/GMR2006/full/chap6_fr.pdf

Organisation des nations unies. (2015). *Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030*. ONU. http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=F

Organisation internationale de la Francophonie. (2019). *La langue française dans le monde 2015-2018*. Guillemard.

Organisation Mondiale de la Santé. (1946a). *Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé*. Organisation mondiale de la santé. <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf>

- Organisation mondiale de la santé. (1946b). *Actes officiels de l'organisation mondiale de la santé*. Organisation mondiale de la santé.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Organisation mondiale de la santé. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf
- Organisation mondiale de la Santé. (1988). *Les recommandations d'Adélaïde : Politique Publique Saine Deuxième Conférence Internationale sur la Promotion de la Santé*. Organisation mondiale de la santé.
- Organisation mondiale de la Santé. (1991). *La déclaration de Sundsvall : des environnements favorables à la santé*. Organisation mondiale de la santé.
- Organisation mondiale de la Santé. (1997). *Déclaration de Jakarta sur la Promotion de la Santé au XXIème Siècle*. Organisation mondiale de la santé.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1998). *Éducation Thérapeutique du Patient. Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques*. Organisation mondiale de la santé. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/145296/E93849.pdf
- Organisation mondiale de la Santé. (2000a). *Maladies non transmissibles : stratégie de la région africaine*. Organisation mondiale de la santé.
- Organisation mondiale de la Santé. (2000b). *Health and Health Behaviour among young people: Health policy for children and adolescents (Vol. 1)*. OMS-Europe.
- Organisation mondiale de la Santé. (2000c). *La Déclaration ministérielle de Mexico pour la promotion de la sante*. Organisation mondiale de la santé.
- Organisation mondiale de la Santé. (2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*. Organisation mondiale de la santé.
- Organisation mondiale de la Santé. (2002). *Rapport sur la santé en Europe 2002*. Organisation mondiale de la santé.
- Organisation mondiale de la santé. (2003). *Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action*. Organisation mondiale de la santé. <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4883e/s4883e.pdf>

- Organisation mondiale de la Santé. (2004). *Atlas of heart disease and stroke*. Organisation mondiale de la santé.
- Organisation mondiale de la santé. (2005). *Les maladies cardiovasculaires dans la région africaine : situation actuelle et perspectives*. Organisation mondiale de la santé.
- Organisation mondiale de la Santé. (2005b). *La charte de Bangkok pour la promotion de la sante à l'heure de la mondialisation*. Organisation mondiale de la santé.
- Organisation mondiale de la santé. (2007). *Prévention des maladies cardiovasculaires. Guide de poche pour l'évaluation et la prise en charge du risque cardiovasculaire*. Organisation mondiale de la santé.
- Organisation mondiale de la santé. (2008). *Le rapport sur le paludisme en Afrique*. Organisation mondiale de la santé.
- Organisation mondiale de la Santé. (2009a). *Appel à l'action de Nairobi pour promouvoir la santé et le développement, et réduire le fossé de la mise en œuvre de la promotion de la santé*. Organisation mondiale de la santé.
- Organisation mondiale de la santé. (2009b). *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Organisation mondiale de la santé.
- Organisation mondiale de la santé. (2010). *Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2010*. Organisation mondiale de la santé.
- Organisation mondiale de la santé. (2012). *Systèmes de santé en Afrique : Perceptions et perspectives communautaires*. Organisation mondiale de la santé.
- Organisation mondiale de la santé. (2013a). *Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020*. Organisation mondiale de la santé.
- Organisation mondiale de la santé. (2013b). *The solid facts: Health literacy*. World Health Organization.
- Organisation mondiale de la santé. (2013c). *Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques. Contribuer au développement économique et social pour une action intersectorielle durable pour améliorer la santé et l'équité en santé*. Organisation mondiale de la santé.

Organisation Mondiale de la santé. (2014a). *Profils de pays pour les maladies non transmissibles*. Organisation mondiale de la santé.

Organisation mondiale de la santé. (2014b). *Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2014. Atteindre les neuf cibles mondiales : une responsabilité partagée*. Organisation mondiale de la santé.

Organisation mondiale de la santé. (2014c). *Alcohol consumption: levels and patterns*. Organisation mondiale de la santé.

Organisation mondiale de la santé. (2014d). *Statistiques sanitaires mondiales 2014*. Organisation mondiale de la santé.

Organisation mondiale de la santé. (2016). *Déclaration de Shanghai sur la promotion de la santé dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030. Neuvième conférence mondiale pour la promotion de la santé*. Organisation mondiale de la santé.

Organisation mondiale de la santé. (2017a). *Combattre les maladies non transmissibles. Meilleurs choix*. Organisation mondiale de la santé.

Organisation mondiale de la santé. (2017b, 17 mai). *Maladies cardiovasculaires : les principaux faits*. Organisation mondiale de la santé.

Organisation mondiale de la santé. (2017c). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2017: monitoring tobacco use and prevention policies*. Organisation mondiale de la santé.
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255874/1/9789241512824-eng.pdf?ua=1&ua=1>

Organisation mondiale de la santé. (2017d). Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. *Health Promotion International*, 32(1), 7-8.

Organisation mondiale de la Santé. (2018a). *Activités de l'OMS dans la Région africaine 2017-2018 : rapport annuel de la Directrice régionale*. Organisation mondiale de la santé.

Organisation Mondiale de la Santé. (2018b). *Profils des pays pour les maladies non transmissibles (MNT) 2018*. Organisation mondiale de la santé.
https://www.who.int/nmh/countries/cmr_fr.pdf

- Organisation mondiale de la santé. (2018c). *Cameroun : Stratégie de coopération, un aperçu*.
 Organisation mondiale de la Santé
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/137093/ccsbrief_cmr_fr.pdf;jsessionid=1E67537E18EB284DFB792E5A74138D75?sequence=1
- Organisation mondiale de la Santé. (2019a). *Présence de l’OMS dans les pays, territoires et zones. Rapport 2019. Résumé d’orientation*. Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2019b). *Projet de feuille de route européenne de l’OMS pour la mise en œuvre d’initiatives en matière de littératie en santé à toutes les étapes de la vie*. Organisation mondiale de la Santé, Région Europe.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2019c). *Déclaration de Rotorua. WAIORA : Promouvoir la santé planétaire et le développement durable pour tous. Vingt troisième conférences mondiales de l’Union internationale de Promotion de la Santé et d’Éducation pour la Santé (UIPES)*. Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la santé. (2020). *COVID-19 global risk communication and community engagement strategy*. <https://www.unicef.org/documents/covid-19-global-risk-communication-and-communityengagement-strategy>
- Organisation mondiale de la Santé. (2021a). *Lignes directrices de l’OMS sur l’activité physique et la sédentarité*. Organisation mondiale de la Santé. <http://apps.who.int/iris>
- Organisation mondiale de la santé. (2021b). *Conférence mondiale sur la promotion de la santé ouvre la voie à la création de « sociétés du bien-être »*. Organisation mondiale de la Santé. cdn.who.int/media/docs/default-source/health-promotion/aaff_health_is_everywhere_geneva_charter_well-being_fr.pdf?sfvrsn=f55dec7_21&download=true
- Ortabag, T., Ozdemir, S., Bakir, B., & Tosun, N. (2011). Health Promotion and Risk Behaviors among Adolescents in Turkey. *Journal of School Nursing*, 27(4), 304-315.
- Osborne, R. H., Batterham, R. W., Elsworth, G. R., Hawkins, M., & Buchbinder, R. (2013). The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*, 13, 658-674.
- Paakkari, L., & Paakkari, O. (2012). Health literacy as a learning outcome in schools. *Health Education*, 112(2), 133-152. <https://doi.org/10.1108/09654281211203411>

- Paakkari, O., Torppa, M., Kannas, L., & Paakkari, L. (2016). Subjective health literacy: Development of a brief instrument for school-aged children. *Scandinavian journal of public health*, 44(8), 751–757. <https://doi.org/10.1177/1403494816669639>
- Paasche-Orlow, M. K., & Wolf, M. S. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behavior*, 31(1), S19-S26.
- Paasche-Orlow, M., Schillinger, D., Greene, S. M., & Wagner, E. H. (2006). How healthcare systems can begin to address the challenge of limited literacy [Commentaries]. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), 884-887. <http://doi:10.1111/j.1525-1497.2006.00544.x>
- Palumbo, R. (2016). Designing health-literate health care organizations: a literature review. *Health Care Manage Review*, 29(3), 79-87. <http://doi:10.1177/0951484816639741>
- Pancha Mbouemboue, O., Ngoufack, J. O., Koonaa Koonaa, A., Maha, F., & Kingue, S. (2015). Place et Profil Évolutif des Maladies Cardiovasculaires en Milieu Hospitalier Nord Camerounais : Le Cas de l'Hôpital Régional de Ngaoundéré. *Health Sciences and Diseases*, 16(1), 1-7. www.hsd-fmsb.org
- Paré Kaboré, A., & Nabaloum-Bakyono, R. (2014). *Socio-psychologie de l'éducation des adultes en Afrique*. Institut de l'UNESCO pour l'apprentissage tout au long de la vie ; Les Presses universitaires d'Afrique.
- Parker, E. A., Baldwin, G. T., Israel, B., & Salinas, M. A. (2004). Application of Health Promotion Theories and Models for Environmental Health. *Health Education & Behavior*, 31(4), 491-509. <https://www.researchgate.net/publication/8413745>
- Parker, R. M. (2009). Measuring health literacy: what? So what? Now what? In L. Hernandez (Ed.), *Measures of Health Literacy: Workshop Summary, Roundtable on Health Literacy* (pp. 91-98). National Academies Press. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK45386/>
- Parker, R. M., & Hernandez, L. M. (2012). What makes an organization health literate? *Journal of Health Communication: International Perspectives*, 17(5), 624-627. <https://doi.org/10.1080/10810730.2012.685806>

- Parker, R. M., & Ratzan, S. C. (2010). Health literacy: A second decade of distinction for Americans. *Journal of Health Communication, 15*(2), 20-33.
- Parker, R. M., Baker, D. W., Williams, M. V., & Nurss, J. R. (1995). The Test of Functional Health Literacy in Adults: A new instrument for measuring patients' literacy skills. *Journal of General Internal Medicine, 10*(10), 537-541.
- Pavot, W. G., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment, 5*, 164-172.
- Payo, R. M., Méndez, X. G., Cano, C. P., & Alvarez, J. S. (2018). Development and validation of a questionnaire for assessing the characteristics of diet and physical activity in patients with type 2 diabetes. *Psicothema, 30*(1), 116-122. <http://doi:10.7334/psicothema2017.269>
- Pelikan, J. M. (2016, November 7-9). *Developing short forms for the HLS-EU-Q47 instrument to measure comprehensive Health Literacy in general and specific populations* [Paper presentation]. International Health Literacy Association, 4th international conference, Haiphong, Vietnam. <https://slideplayer.com/slide/13026267/>
- Pelikan, J. M. (2019). Health-literate healthcare organisations. In O. Okan, U. Bauer, D. Levin-Zamir, P. Pinheiro & K. Sørensen (Dirs.), *International handbook of health literacy: Research, practice and policy across the lifespan* (pp. 539-553). Policy Press.
- Pelikan, J. M., & Dietscher, C. (2015). Why should and how can hospitals improve their organizational health literacy? *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 58*(9), 989-995.
- Pelikan, J. M., & Ganahl, K. (2017). Measuring health literacy in general populations: Primary findings from the HLS-EU Consortium's health literacy assessment effort. In R. A. Logan & E. R. Siegel (Dirs.), *Health literacy: New directions in research, theory and practice* (pp. 34-59). IOS Press.
- Pelikan, J. M., Dietscher, C., & Schmied, H. (2013). Health promotion for NCDs in and by hospitals: A health promoting hospital perspective. In D. McQueen (Ed.), *Global handbook on non-communicable diseases and health promotion* (pp. 441-460). Springer.

- Pelikan, J. M., Dietscher, C., Krajic, K., & Nowak, P. (2005). 18 core strategies for health promoting hospitals (HPH). In O. Groene & M. Garcia-Barbero (Dirs.), *Health promotion in hospitals: Evidence and quality management*, (pp. 48-67). WHO.
- Pelikan, J. M., Ganahl, K., Van den Broucke, S., & Sørensen, K. (2019). Measuring health literacy in Europe: Introducing the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). In O. Okan, U. Bauer, D. Levin-Zamir, P. Pinheiro & K. Sørensen (Dirs.), *International handbook of health literacy: Research, practice and policy across the lifespan* (pp. 115-138). Policy Press.
- Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., & Boltzmann, L. (2014, November 3-4). *Measuring comprehensive health literacy in general populations: Validation of instrument, indices and scales of the HLS-EU study* [Paper presentation]. Health Literacy Research Conference, 6th Annual Meeting, Maryland, Hyatt Regency Bethesda, USA.
- Pender, N. J., & Barkauskas, V. H. (1992). Health promotion and disease prevention: toward excellence in nursing practice and education. *Nursing Outlook*, 40(3), 106-112.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1614893/>
- Pender, N. J., Carolyn, L., & Murdaugh, C. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3rd ed.). Appleton & Lange.
- Pender, N. J., Carolyn, L., & Murdaugh, C. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice* (6th ed.). Pearson.
- Pender, N. J., Carolyn, L., & Murdaugh, C. (2014). *Health Promotion in Nursing Practice* (7th ed.). Pearson.
- Ping, W., Cao, W., Tan, H., Guo, C., Dou, Z., & Yang, J. (2018). Health protective behavior scale: Development and psychometric evaluation. *PLoS ONE* 13(1), Article e0190390.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190390>
- Pingeon, M. (2012). *La santé et ses déterminants : mieux comprendre pour mieux agir*. Ministère de la santé et des services sociaux – Direction des communications.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>
- Pleasant, A. (2012). *Health Literacy around the World: Part 1 Health Literacy Efforts Outside Of the United States*. <https://www.researchgate.net/publication/255964772>

- Pleasant, A. (2013). *Health Literacy around the World: Part 2 Health Literacy Efforts within the United States and a Global Overview*.
<https://www.researchgate.net/publication/258201195>
- Pleasant, A. (2014). Advancing health literacy measurement: a pathway to better health and health system performance. *Journal of Health Communication, 19*, 1481-1496.
- Pleasant, A., & Kuruvilla, S. (2008). A tale of two health literacies: public health and clinical approaches to health literacy. *Health Promotion International, 23*(2), 152-159.
<http://doi:10.1093/heapro/dan001>
- Pleasant, A., McKinney, J., & Rickard, R. (2011). Health literacy measurement: A proposed research agenda. *Journal of Health Communication, 16*(3), 11-21.
- Plucker, J. A. (2003). Exploratory and Confirmatory Factor Analysis in Gifted Education: Examples with Self-Concept Data. *Journal for the Education of the Gifted, 27*(1), 20-35.
- Poirier, A. (2012). Préface. In A. Seck, & L. Saint-Pierre (Dirs.), *25 ans d'histoire : les retombées de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé dans divers pays francophones* (pp. 5-6). Réseau francophone international pour la promotion de la santé (RÉFIPS).
- Pommier, J. (n.d.). Introduction à l'Éducation et la Promotion de la Santé.
- Potvin, L., Bilodeau, A., & Gendron, S. (2008). Trois défis pour l'évaluation en promotion de la santé. *IUHPE – Promotion & Education, 1*, 17-21.
<http://doi:10.1177/1025382308093991>
- Potvin, L., Ferron, C., Terral, P., Di Ruggiero, E., Cervenka, I., & Foucaud, J. (2021). Recherche, partenariat, intervention : le triptyque de la recherche interventionnelle en santé des populations [Éditorial]. *IUHPE–Global Health Promotion, 28*(1), 6-7.
<https://doi.org/10.1177/1757975920987111>
- Poureslami, I., Nimmon, L., Rootman, I., & Fitzgerald, M. J. (2017). Health literacy and chronic disease management: Drawing from expert knowledge to set an agenda. *Health Promotion International, 32*(4), 743-754. <http://doi:10.1093/heapro/daw003>

- Promosanté. (2018). *Chartes et Déclarations : De la Charte d'Ottawa (1986) à la déclaration de Shanghai (2016)*. <http://promosante.org/promotion-de-la-sante-en-bref/chartes-et-declarations/>
- Quinodoz-Kerspern, M.-N. (2011). *Développer une posture de promotion de la santé chez les étudiants Bachelor en soins infirmiers en élaborant un projet de promotion de santé avec une population*. (Mémoire de Maîtrise non publié). Université de Genève.
- Raingruber, B. (2014). Health promotion theories. In B. Raingruber (Dir.), *Contemporary health promotion in nursing practice* (2nd ed., pp. 53-94). Jones & Bartlett Learning.
- Rask, M., Uusiautti, S., & Määttä, K. (2013). The fourth level of health literacy. *International Quarterly of community Health Education*, 34(1), 51-71.
- Ratzan, S. (2001). Health literacy: communication for the public good. *Health Promotion International*, 16(2), 207-214.
- Ratzan, S. C., Parker, R. M., & Zorn, M. (2000). *National Library of Medicine Current Bibliographies in Medicine: Health Literacy*. <https://www.researchgate.net/publication/230877250>
- Regaieg, S., Charfi, N., Elleuch, M., Mnif, F., Marrakchi, R., Yaich, S., Jammousi, K., Damak, J., & Abid, M. (2015). Obésité, activité physique et temps de sédentarité chez des adolescents scolarisés, âgés de 15 à 18 ans de la ville de Sfax (Tunisie). *Pan African Medical Journal*, 22, 370-380. <http://doi:10.11604/pamj.2015.22.370.6121>
- Reisi, M., Javadzade, S. H., Heydarabadi, A. B., Mostafavi, F., Tavassoli, E., & Sharifirad, G. (2014). The relationship between functional health literacy and health promoting behaviors among older adults. *Journal of Education and Health Promotion*, 3, 119-223. <http://doi:10.4103/2277-9531.145925>
- Reuter, Y. (2003). La littératie. Perspectives pour la didactique. *Lidil*, 17, 11-23.
- Richard, C., & Lussier, M.-T. (2009). La littératie en santé, une compétence en mal de traitement. *Pédagogie Médicale*, 10(2), 123-130. <http://doi:10.1051/pmed/20080366>
- Richard, C., Lussier, M.-T., Galarneau, S., & Jamouille, O. (2010). Compétence en communication professionnelle en santé. *Pédagogie Médicale*, 11(4), 255-272. <http://doi:10.1051/pmed/2011009>

- Rispail, M. (2011). *Littéracie : une notion entre didactique et sociolinguistique – enjeux sociaux et scientifiques*. http://www.forumlecture.ch/fokusartikel1_2011_1.cfm
- Rojas-Barahona, C. A., Gaete, J., Olivares, E., Förster, C. E. Chandia, E., & Chen, M.-Y. (2017). Psychometric Evaluation of the Adolescent Health Promotion Scale in Chile: Differences by Socioeconomic Status and Gender. *The Journal of Nursing Research*, 25(6), 471-480. <http://doi:10.1097/jnr.000000000000196>
- Rondia, R., Adriaenssens, J., Van Den Broucke, S., & Kohn, L. (2019). *Littératie en santé : quels enseignements tirer des expériences d'autres pays ? Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE)*. <http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-publications-du-kce>
- Rootman, I. (2002). *Health Literacy and Health Promotion*. Ontario Health Promotion E-Bulletin. http://www.ohpe.ca/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=175
- Rootman, I., & Gordon-El-Bihbety, D. (2008). *Vision d'une culture de la santé au Canada : rapport du Groupe d'experts sur la littératie en matière de santé*. Association canadienne de santé publique. https://www.cpha.ca/sites/default/files/assets/portals/h-l/execsum_f.pdf
- Rootman, I., & Ronson, B. (2001). Literacy and health research in Canada: where have we been and where should we go? *Canadian Journal of Public Health*, 96(2), 62-77.
- Rootman, I., Goodstadt, M., Potvin, L., & Springett, J. (2001). A framework for health promotion evaluation. In I. Rootman, M. Goodstadt, B. Hyndman, D. V. McQueen, L. Potvin, J. Springett, & E. Ziglio (Dirs.), *Evaluation in health promotion: Principles and perspectives* (pp. 7-38). Organisation mondiale de la santé.
- Rosenstock, I. M. (1960). What Research in Motivation Suggests for Public Health. *American Journal of Public Health*, 50, 295–302.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2, 328-335.
- Rouquette, A., Nadot, T., Labitrie, P., Van den Broucke, S., Mancini, J., Rigal, L., & Ringa, V. (2018). Validity and measurement invariance across sex, age, and education level of

- the French short versions of the European Health Literacy Survey Questionnaire. *PLoS ONE* 13(12), Article e0208091. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208091>
- Rowlands, G., Russell, S., O'Donnell, A., Kaner, E., Trezona, A., Rademakers, J., & Nutbeam, D. (2018). *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 ?* OMS.
- Rowlands, G., Shaw, A., Jaswal, S., Smith, S., & Harpam, T. (2017). Health literacy and the social determinants of health: A qualitative model from adult learners. *Health Promotion International*, 32, 130-138.
- Rowlands, G., Trezona, A., Russell, S., Lopatina, M., Pelikan, J., Paasche-Orlow, M. Drapkina, O., Kontsevaya, A., & Sørensen, K. (2019). *Que sait-on des méthodes, des cadres et des indicateurs utilisés pour évaluer les politiques, les programmes et les interventions en matière de littératie en santé aux niveaux régional, national et organisationnel ?* OMS-Europe.
- Rudd, R. E. (2010) Improving Americans' health literacy. *The New England Journal of Medicine*, 363, 2283-2285.
- Rudd, R. E. (2017). Health literacy: Insights and issues. *Studies in Health Technology and Informatics*, 240, 60-78.
- Rudd, R. E., & Anderson, J. E. (2006). *The Health Literacy Environment of Hospitals and Health Centers*. National Center for the Study of Adult Learning and Literacy.
- Rudd, R. E., Moeykens, B. A., & Colton, T. (1999). Health and Literacy: a review of the medical and public health literature. *Annual Review of Adult Learning and Literacy*, 1, 1-41. <http://www.ncsall.net/?id=522>
- Ruel, J., & Moreau, A. C. (2017). Pour mieux définir la littératie ! Communiquer pour tous : les enjeux de la littératie en santé. *La santé en action*, 440, 10.
- Sabbahi, D. A., Lawrence, H. P., & Limeback, H. (2009). Development and evaluation of an oral health literacy instrument for adults. *Community Dental and Oral Epidemiology*, 37(5), 451-462. <http://doi:10.1111/j.1600-0528.2009.00490.x>

- Saboga-Nunes, L., Levin-Zamir, D., Bittlingmayer, U., Contu, P., Pinheiro, P., Ivassenko, V., Okan, O., Comeau, L., Barry, M., Van den Broucke, S., & Jourdan, D. (2020). *Une réflexion prospective des acteurs de la promotion de la santé en réponse à l'épidémie COVID-19. Promouvoir la santé de tous en temps de crise et au-delà !* EUPHA-HP, UIPES, Chaire UNESCO Education & Santé.
- Sabourin, C. (2018). *Adaptation française et processus de validation de questionnaires portant sur le développement positif des jeunes et les habiletés de vie en sport* (Mémoire non publié). Université de Laval.
- Salmon, J., Hesketh, K. D., Arundell, L., Downing, K. L., & Biddle, S. J. H. (2020). Changing behavior using ecological models. In M. S. Hagger, L. D. Cameron, K. Hamilton, N. Hankonen, & T. Lintunen (Dirs.), *The Handbook of Behavior Change* (pp. 237-250). Cambridge University Press.
- Sandon, A. (2015). *Inégalités sociales de santé et promotion de la santé*. Dossier technique n° 7. Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé.
- Sandrin-Berthon, B. (2010). Diagnostic éducatif ou bilan éducatif partagé ? *Médecine des maladies métaboliques*, 4(1), 38-43.
- Santos-Beneit, G., Sotos-Prieto, M., Bodega, P., Rodríguez, C., Orrit, X., Pérez-Escoda, N., Bisquerra, R., Fuster, V., & Peñalvo, J. L. (2015). Development and validation of a questionnaire to evaluate lifestyle-related behaviors in elementary school children. *BMC Public Health*, 15, 901-907. <http://doi:10.1186/s12889-015-2248-6>
- Schinckus, L., Dangoisse, F., Van den Broucke, S., & Mikolajczak, M. (2018). When knowing is not enough: Emotional distress and depression reduce the positive effects of health literacy on diabetes self-management. *Patient Education and Counseling*, 101(2), 324-330. <http://doi:10.1016/j.pec.2017.08.006>
- Scholz, N. (2015). *L'Organisation mondiale de la santé : Au cœur de sa réforme*. Service de recherche du Parlement européen.
- Schrader, G., Cheok, F., Hordacre, A.-L., & Guiver, N. (2004). Predictors of Depression three Months after Cardiac Hospitalization. *Psychosomatic Medicine*, 66(4), 514-520.

- Schrauben, S. J., & Wiebe, D. J. (2017). Health literacy assessment in developing countries: A case study in Zambia. *Health Promotion International*, 32, 475-481. <http://doi:10.1093/heapro/dav108>
- Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (2004). *A beginner's guide to structural equation modelling*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Scribner, S. & Cole, M. (1981/1999). *The Psychology of Literacy*. Harvard university press.
- Séne, A. (2004). *Les structures anthropologiques de l'imaginaire en Afrique noire traditionnelle ou vers une archétypologie des concepts de pratiques rituelles et de représentations sociales* (Thèse de doctorat non publiée). Université Pierre Mendès-Grenoble II.
- Sentell, T., Vamos, S., & Okan, O. (2020). Interdisciplinary Perspectives on Health Literacy Research around the World: More Important than Ever in a Time of COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 3010-3022. <http://doi:10.3390/ijerph17093010>
- Setia, M. S. (2016). Methodology Series Module 3: Cross-sectional Studies. *Indian Journal of Dermatology*, 61, 261-264. <http://dx.doi:10.4103/0019-5154.182410>
- Shah, R., & Goldstein, S. (2006). Use of structural equation modeling in operations management research: Looking back and forward. *Journal of Operational Management*, 24, 148-169.
- Shankland, R., & Lamboy, B. (2011). Utilité des modèles théoriques pour la conception et l'évaluation de programmes en prévention et promotion de la santé. *Pratiques psychologiques*, 17, 153-172. <https://www.researchgate.net/publication/251663925>
- Sheeran, P. (2002). Intention-behavior relations: a conceptual and empirical review. *European Review of Social Psychology*, 12, 1-36.
- Sheppard, B. H., Jon Hartwick, J., & Warshaw, P. R. (1988). The Theory of Reasoned Action: A Meta-Analysis of Past Research with Recommendations for Modifications and Future Research. *Journal of Consumer Research*, 15, 325-343. <https://doi:10.1086/209170>

- Shi, J., Qi, L., Li, Y., & Liu, X. (2020). Investigation of Health Literacy Status in Beijing, China. *Health Literacy Research and Practice*, 4(3), e174-e184.
- Shiroma, E. J., & Lee, I. M. (2010). Physical activity and cardiovascular health: lessons learned from epidemiological studies across age, gender, and race/ethnicity. *Circulation*, 122, 743-752.
- Simar, C. & Jourdan, D. (2010). Éducation à la santé à l'école : étude des déterminants des pratiques des enseignants du premier degré. *Revue des sciences de l'éducation*, 36(3), 739-760. <https://doi.org/10.7202/1006254ar>
- Simonds, S. K. (1974). Health education as social policy. *Health Education and Monographs*, 2, 1-10. <https://doi.org/10.1177/10901981740020S102>
- Sireci, S. G., Yang, Y., Harter, J., & Ehrlich, E. J. (2006). Evaluating guidelines for test adaptations: A methodological analysis of translation quality. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 37(5), 557-567. <http://doi:10.1177/0022022106290478>
- Sizaret, A. (2018). *Faire le tour de la promotion de la santé en 180 minutes (ou presque) ... Dossier documentaire destiné aux acteurs du Service sanitaire*. Instance Régionale d'Éducation et la Promotion de la Santé (IREPS) de la Nouvelle Aquitaine.
- Sizaret, A. (2019, 30 juin - 5 juillet). *La promotion de la santé en tous genres, la mixité en questions* [Conférence]. Université d'été francophone en santé publique, 16ème édition, Besançon, Bourgogne-Franche-Comté, France.
- Skinner, B. F. (1938). *The behavior of organisms: An experimental analysis*. Appleton
- Smith, D. P., Weber, M. F., Soga, K., Korda, R. J., Tikellis, G., Patel, M. I., Clements, M. S., Dwyer, T., Latz, I. K., & Banks, E. (2014). Relationship between lifestyle and health factors and severe lower urinary tract symptoms (LUTS) in 106,435 middle-aged and older Australian men: population-based study. *PLoS One*, 9(10), Article e109278. <https://doi.org/10.1371/journal>
- Soh, G., Tachom Waffo, B., Wamba A., Saah Kewihnu, H., & Tagne Nossi, A. (2022a). Being a confined teacher, dealing with the psychological effects during the covid-19 outbreak and getting out of it. *International Journal of Innovation and Scientific Research*, 63(2), 126-136.

- Soh, G., Tachom Waffo, B., Wamba A., Saah Kewihnu, H., & Wansi Nitcheu, D. J. (2022b). Facteurs de santé psychologique durant le confinement dû à la COVID-19 chez les enseignants camerounais. *International Journal of Advanced Studies and Research in Africa*, 11(1), 6-18. <https://www.africasciencenetwork.org/wp-content/uploads/2022/09/1.-SOH-et-al.pdf>
- Sørensen, K. (2016). *Health literacy is a political choice. A health literacy guide for politicians*. Global Health Literacy Academy. <https://www.researchgate.net/publication/311455482>
- Sørensen, K. (2017, 8-11 October). *Health literacy typology: Exploring the amplification of health literacy terminology used in research* [Conference]. ICCH & HARC Conference, Baltimore, Canada.
- Sørensen, K. (2018). The development of the social movement of health literacy in Europe and beyond. *European journal of public health*, 28(4), Article cky213.177. <http://doi:10.1093/eurpub/cky213.777>
- Sørensen, K. (2019). Defining health literacy: Exploring differences and commonalities. In O. Okan, U. Bauer, D. Levin-Zamir, P. Pinheiro & K. Sørensen (Dirs.), *International handbook of health literacy: Research, practice and policy across the lifespan* (pp. 5-20). Policy Press.
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agrafiotis, D., Uiters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., van den Broucke, S., Helmut Brand, H., & HLS-EU Consortium. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053-1058.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, F., Doyle, G., Pelikan, P., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *British Medicine Centre for Public Health*, 12(1), 80-92. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J. M., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., Kondilis, B., Stoffels, V., Osborne, R. H., Brand, H., & HLS-EU Consortium. (2013). Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the

- European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*, 13, 948-957. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/948>
- Speros, C. (2005). Health literacy: Concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 50(6), 633–640. <http://doi:10.1111/jan.2005.50.issue-6>
- Squiers, L., Peinado, S., Berkman, N., Boudewyns, V., & McCormack, L. (2012). The Health Literacy Skills Framework. *Journal of Health Communication*, 17, 30-54. <http://doi:10.1080/10810730.2012.713442>
- St Jean, B., Greene Taylor, N., Kodama, C., & Subramaniam, M. (2017). Assessing the digital health literacy skills of tween participants in a school-library-based after-school program. *Journal of Consumer Health on the Internet*, 21(1), 40-61. <http://doi:10.1080/15398285.2017.1279894>
- Steers, W. N., Elliot, E., Nemiro, J., Ditman, D., & Oskamp, S. (1996). Health beliefs as predictors of HIV-preventive behavior and ethnic differences in prediction. *Journal of Social Psychology*, 136(1), 99-110.
- Stormacq, C., Van den Broucke, S., & Wosinski, J. (2019). Does health literacy mediate the relationship between socioeconomic status and health disparities? Integrative review. *Health Promotion International*, 34(5), e1-e17. <https://doi.org/10.1093/heapro/day062>
- Stormacq, C., Wosinski, J., Boillat, E., & Van den Broucke, S. (2020). Effects of health literacy interventions on health-related outcomes in socioeconomically disadvantaged adults living in the community: a systematic review. *Journal of Biomedical Informatics evidence synthesis*, 18(7), 1389–1469. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-D-18-00023>
- Storms, H., Claes, N., Aertgeerts, B., & Van den Broucke, S. (2017). Measuring health literacy among low literate people: an exploratory feasibility study with the HLS-EU questionnaire. *BMC Public Health*, 17, 475-484. <http://doi:10.1186/s12889-017-4391-8>
- Streiner, D. (2003). Starting at the beginning: an introduction to coefficient alpha and internal consistency. *Journal of personality assessment*, 80, 99-103.
- Suka, M., Odajima, T., & Kasai, M. (2013). The 14-item health literacy scale for Japanese adults (HLS-14). *Environmental Health and Preventive Medicine*, 18(5), 407-415. <http://doi:10.1007/s12199-013-0340-z>

- Svensson, P., Carlzen K., & Agardh, A. (2017). Exposure to culturally sensitive sexual health information and impact on health literacy: a qualitative study among newly arrived refugee women in Sweden. *Cultural Health Sexuality*, 19(7), 752-766. <http://doi:10.1080/13691058.2016>
- Swami, V., & Barron, D. (2019). Translation and validation of body image instruments: Challenges, good practice guidelines, and reporting recommendations for test adaptation. *Body image*, 31, 204-220. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.08.014>
- Sykes, S., & Wills, J. (2019). Critical health literacy for the marginalised: Empirical findings. In O. Okan, U. Bauer, D. Levin-Zamir, P. Pinheiro & K. Sørensen (Dirs.), *International handbook of health literacy: Research, practice and policy across the lifespan* (pp. 167-181). Policy Press.
- Sykes, S., Wills, J., Rowlands, G., & Popple, K. (2013). Understanding critical health literacy: a concept analysis. *BMC Public Health*, 13, 150-159. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/150>
- Tannahill, A. (1985). What is health promotion?. *Health Education Journal*, 44(4), 167-168. <http://doi.org/10.1177/001789698504400402>
- Tannahill A. (2009). Health promotion: the Tannahill model revisited [Public Health, 122(2008), 1387–1391]. *Public health*, 123(5), 396–399. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2008.05.021>
- Tarquinio, C., & Fischer, G. N. (2001). Dimensions conceptuelles et facteurs psychosociaux de la compliance. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 49, 15-33.
- Tarquinio, C., & Tarquinio, M.-P. (2007). L'observance thérapeutique : déterminants et modèles théoriques. *Pratiques Psychologiques*, 13(1), 1-19. <https://www.researchgate.net/publication/247271835>
- Tasmanian Council of Social Services. (2018). *HeLLOTas Tool (Health Literacy Learning Organisations)*. Tasman council. <http://www.hellotas.org.au>
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha [Editorial]. *International Journal of Medical Education*, 2, 53-55. <http://doi:10.5116/ijme.4dfb.8dfd>

- Taymoori, P., Moeini, B., Lubans, D., & Bharami, M. (2012). Development and psychometric testing of the Adolescent Healthy Lifestyle Questionnaire. *Journal of Education and Health Promotion, 1*, 20-27.
- Tcheng, H., Huet, J.-M., & Romdhane, M. (2010). *TIC et systèmes de santé en Afrique*. Ifri.
- Teng, H. L., Yen, M., & Fetzer, S. (2010). Health promotion lifestyle profile-II: Chinese version short form. *Journal of Advanced Nursing, 66*(8), 1864-1873. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05353.x>
- Terrade, F. (2019). La psychologie de la santé. De la théorie aux applications. In P. Morchain & A. Somat (Dirs.), *La psychologie sociale : applicabilité et applications* (pp. 215-235). Presses Universitaires de Rennes.
- Tian, C. Y., Xu, R. H., Mo, P. K.-H., Dong, D., & Wong, E. L.-Y. (2020). Generic Health Literacy Measurements for Adults: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*, 7768-7785. <http://doi:10.3390/ijerph17217768>
- Tiller, D., Herzog, B., Kluttig, A., & Haerting, J. (2015). Health literacy in an urban elderly East-German population-results from the population-based CARLA study. *BMC Public Health, 15*, 883-891. <http://doi10.1186/s12889-015-2210-7>
- Tomás, C. C., Queirós, P. J. P., & Ferreira, T. D. J. R. (2015). Health-promoting behaviors: Psychometric properties of an assessment tool. *Texto & Contexto-Enfermagem, 24*(1), 22-29. <http://doi:10.1590/0104-07072015000700014>
- Tones, K. (2002). Health Literacy: New Wine in Old Bottles?. [Editorial]. *Health Education Research, 17*(3), 287-290.
- Toor, M. A., & Bibi, B. (2021). Translation and Adaptation of European Health Literacy Survey Questionnaire for Urdu Speaking School Going Adolescents in Pakistan. *International Review of Social Sciences, 9*(2), 174-180.
- Trezona, A., Dodson, S., & Osborne, R. H. (2016). *The Organisational Health Literacy Responsiveness (Org-HLR) Self-Assessment Guide. Pilot Version 1*. Ophelia Project at Deakin University.

- Trezona, A., Dodson, S., & Osborne, R. H. (2017). Development of the organisational health literacy responsiveness (Org-HLR) framework in collaboration with health and social services professionals. *BMC Health Services Research*, *17*(1), 513-524. <http://doi:10.1186/s12913-017-2465-z>
- Trezona, A., Dodson, S., & Osborne, R. H. (2018b). Development of the Organisational Health Literacy Responsiveness (Org-HLR) self-assessment tool and process. *BMC Health Services Research*, *18*(1), 694-703. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3499-6>
- Trezona, A., Rowlands, G., & Nutbeam, D. (2018a). Progress in implementing National policies and strategies for health literacy. What have we learned so far?. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *15*, 1554-1570. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071554>
- Trnka, R. (2013). Gender differences in human interpersonal conflicts: a reply to Ingram et al. (2012). *Evolutional Psychology*, *11*, 781-787.
- Turcotte, S., Gaudreau, L., Otis, J. & Desbiens, J.-F. (2010). Les pratiques pédagogiques d'éducateurs physiques du primaire en éducation à la santé. *Revue des sciences de l'éducation*, *36*(3), 717-738. <https://doi.org/10.7202/1006253ar>
- United Nations. (2020). *The least developed countries report 2020*. Geneva. https://unctad.org/system/files/official-document/lcdr2020_en.pdf
- Untas, A., Lelorain, S., Dany, L., & Koleck, M. (2018). Psychologie de la santé et éducation thérapeutique : état des lieux et perspectives. *Pratiques psychologiques*, Article PRPS-496. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2018.11.005>
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation transculturelle de questionnaires psychologiques : implications pour la recherche en langue française. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, *30*(4), 662-680.
- Vallerand, R. J., & Halliwell, W. R. (1983). Vers une méthodologie de validation transculturelle de questionnaires psychologiques : Implications pour la Psychologie du sport. *Canadian Journal of Applied Sport Sciences*, *8*(1), 9-18.

- Van den Broucke, S. (2014). Health literacy: a critical concept for public health [Editorial]. *Archives of Public Health*, 72(1), 10-11. <http://www.archpublichealth.com/content/72/1/10>
- Van den Broucke, S. (2017). La littératie en santé : un concept critique pour la santé publique. *Communiquer pour tous : les enjeux de la littératie en santé. La santé en action*, 440, 11-13.
- van den Broucke, S. (2020). Why health promotion matters to the COVID-19 pandemic, and vice versa [Editorial]. *Health Promotion International*, 35(2), 181-186. <http://doi:10.1093/heapro/daaa042>
- Van den Broucke, S., & Discart, M. (2016, Octobre 11). *La littéracie en santé, un outil de réduction des inégalités sociales de santé* [Conférence]. Observatoire de la santé, Belgique. https://observatoiresante.hainaut.be/wpcontent/uploads/woocommerce_uploads/2018/06/2016-10-11_SEMISS_Litteratie_en_sante_24-02-2018.pdf
- Van den Broucke, S., & Renwart, M. (2014). *La littéracie en santé en Belgique : un médiateur des inégalités sociales et des comportements de santé*. Université catholique de Louvain.
- van Steenberghe, E. (2011). *Les représentations sociales des liens entre la santé et l'environnement : Vers des pratiques éducatives appropriées en matière de santé environnementale auprès de populations défavorisées en milieu urbain* (Thèse de doctorat non publiée). Université Du Québec À Montréal ; Université Catholique De Louvain.
- van Steenberghe, É., & Deccache, A. (2006). La Charte de Bangkok : une utopie supplémentaire pour guider nos actions. In É. van Steenberghe, & D. St-Amand (Éds.), *La charte de Bangkok : Ancrage pour de meilleures pratiques en promotion de la santé ?* (pp. 14-23). Collection REFIPS. <https://www.researchgate.net/publication/334429271>
- van Steenberghe, E., & Doumont, D. (2005). *L'éducation relative à la santé environnementale en milieu communautaire. Un nouveau champ en émergence*. Université catholique de Louvain. <https://www.researchgate.net/publication/334465822>

- van Steenberghe, E., & O'Neill, M. (2007). *Les initiatives du Réseau francophone international pour la promotion de la santé à propos de la Charte de Bangkok en regard du débat international francophone sur le sujet*. <http://www.rhpeo.net/reviews/2007/6/index.htm>
- Vandenbosch, J., Van den Broucke, S., Schinckus, L., Schwarz, P., Doyle, G., Pelikan, J., Muller, I., Levin-Zamir, D., Schillinger, D., Chang, P. M. S., Maindal, H. T., & Diabetes Literacy Consortium. (2018). The impact of health literacy on diabetes self-management education. *Health Education Journal*, 77(3), 349-362. <http://doi:doi.org/10.1177/0017896917751554>
- Vandenbosch, J., Van den Broucke, S., Vancorenland, S., Avalosse, H., Verniest, R., & Callens, M. (2016). Health literacy and the use of healthcare services in Belgium. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 0, 1-7. <http://doi:10.1136/jech-2015-206910>
- Vanmeerbeek, M., Mathonet, J., Miermans, M.-C., Lenoir, A.-L., & Vandoorne, C. (2015). Prévention et promotion de la santé : quels modèles pour soutenir l'évolution des pratiques en soins de santé primaires ? *La Presse Médicale*, 179(6), 1-28. <http://dx.doi10.1016/j.lpm.2014.09.027>
- Verlhiac, J.-F. (n.d.). *Psychologie Sociale et Santé*. https://www.parisnanterre.fr/medias/fichier/psychologie_sociale_de_la_sante_11202_22881272.pdf
- Vollmer Dahlke, D., Fair, K., Hong, Y. A., Kellstedt, D., & Ory, M. G. (2017). Adolescent and young adult cancer survivorship educational programming: a qualitative evaluation. *JMIR Cancer*, 3(1), e3-e17. <http://doi:10.2196/cancer.5821>
- Vozikis, A., Drivas, K., & Milioris, K. (2014). Health literacy among university students in Greece: determinants and association with self-perceived health, health behaviours and health risks. *Archives of Public Health*, 72, 15-20.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The health-promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 36(2), 76-81.
- Wang, J., Häusermann, M., Berrut, S., & Weiss, M. G. (2013). The impact of a depression awareness campaign on mental health literacy and mental morbidity among gay men. *Journal of Affective Disorders*, 150(2), 306-312. <http://doi:10.1016/j.jad.2013.04.011>

- Wang, J., Lee, C. M., Chang, C. F., Jane, S. W., & Chen, M. Y. (2015). The development and psychometric testing of the geriatric health promotion scale. *The Journal of Nursing Research, 23*(1), 56-64. <http://doi:10.1097/jnr.0000000000000077>
- Wang, J., Ruotsalainen, S., Moilanen, L., Lepisto, P., Laakso, M., & Kuusisto, J. (2007). The metabolic syndrome predict cardiovascular mortality: a 13-year follow-up study in elderly non-diabetic Finns. *European Heart Journal, 28*, 857-864.
- Wångdahl, J. M., & Mårtensson, L. I. (2015). Measuring health literacy- The Swedish functional health literacy scale. *Scandinavian journal of caring sciences, 29*, 165-172.
- Wångdahl, J. M., Lytsy, P., Mårtensson, L., & Westerling, R. (2018). Poor health and refraining from seeking healthcare are associated with comprehensive health literacy among refugees: a Swedish cross-sectional study. *International Journal of Public Health, 63*, 409-419. <https://doi.org/10.1007/s00038-017-1074-2>
- Watson, J. B. (1913). Psychology as the behaviorist views it. *Psychological Review, 20*, 158-177.
- Wei, Y., McGrath, P. J., Hayden, J., & Stan Kutcher, S. (2015). Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: a scoping review. *BMC Psychiatry, 15*, 291-310. <http://doi:10.1186/s12888-015-0681-9>
- Weiss, B. D., Mays, M. Z., Martz, W., Castro, K. M., DeWalt, D. A., Pignone, M. P., Mockbee, J., & Hale, F. A. (2005). Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *Annals of family medicine, 3*(6), 514-522.
- Westra, B. D. (1989). *The multidimensionality of health protective behaviors* (unpublished doctorate). Iowa State University, United States. <https://lib.dr.iastate.edu/rtd/9098>
- Whitehead, D. (2004). Health promotion and health education: advancing the concepts. *Journal of Advanced Nursing, 47*, 311–320.
- Wigfall, L. T., & Tanner, A.H. (2018). Health literacy and health-care engagement as predictors of shared decision-making among adult information seekers in the USA: A secondary data analysis of the Health Information National Trends Survey. *Journal of Cancer Education, 33*(1), 67-73. <http://doi:10.1007/s13187-016-1052-z>

- Willett, G. (1996). Paradigme, théorie, modèle, schéma : qu'est-ce donc ? *Communication et organisation*, 10, 1-20. <https://doi.org/10.4000/communicationorganisation.1873>
- Wilmot, E. G., Edwardson, C. L., Achana, F. A., Davies, M. J., Gorely, T. Gray, L. J., Khunti, K., Yates, T., & Biddle, S. J. H. (2012). Sedentary time in adults and the association with diabetes, cardiovascular disease and death: systematic review and meta-analysis. *Diabetologia*, 55, 2895-2905. <http://dx.doi.10.1007/s00125-012-2677-z>
- World Health Organization. (2007). A conceptual framework for action on the social determinants of health, Commission on Social Determinants of Health. WHO.
- World Health Organization. (2013). *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report*. WHO. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-wellbeing/publications/2013/review-of-social-determinants-and-thehealth-divide-in-the-who-european-region.-final-report>
- Worthington, R. L., & Whittaker, T. A. (2006). Scale development research: A content analysis and recommendations for best practices. *The Counseling Psychologist*, 34, 806-838. <https://doi.org/10.1177/0011000006288127>
- Xia, Y., & Yang, Y. (2019). RMSEA, CFI, and TLI in structural equation modeling with ordered categorical data: The story they tell depends on the estimation methods. *Behavior Research Methods*, 51, 409-428. <https://doi.org/10.3758/s13428-018-1055-2>
- Yadollahi, M., Siavashi, E., & Mostaghim, S. (2018). The Relationship between Health Literacy and Patient Participation in Medical Decision Making Among Breast Cancer Patients. *Archives Breast Cancer*, 5(4), 181-186. <http://doi:10.32768/abc.201854181-186>
- Yasir Arafat, S. M. Y., Majumder, M. A. A., Kabir, R., Papadopoulos, K., McMaster, F., & Uddin, M. S. (2018). Health literacy in school. In Papalois & Theodosopoulou, (Dirs.), *Optimizing health literacy for improved clinical practices* (pp. 175-197). Medical Information Science Reference.
- Yongabi, K. A., & Anma, N. D. (2017, 12-13 June). *Afro-centric Health Literacy Intervention Strategies for better Health Outcomes in Individuals, for the prevention and management of Non-Communicable Diseases (NCDs) in Africa* [Conference]. Second

Meeting of the WHO Global Coordination Mechanism (GCM/NCD), Geneva, Switzerland.

Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. S. (2005). Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promotion International*, 20(2), 195-203. <http://doi:10.1093/heapro/dah609>

Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. S. (2006). *Advancing Health Literacy: A Framework for Understanding and Action* (1st ed.). Jossey-Bass.

Zheng, M., Jin, H., Shi, N., Duan, C., Wang, D., Yu, X., & Li, X. (2018). The relationship between health literacy and quality of life: A systematic review and meta-analysis. *Health Quality and Life Outcomes*, 16(1), 201-210.

Annexes

Index des auteurs

A

- Aaby et al., 40, 160, 260
- Abegunde et al., 31
- Abel, 161, 247, 287
- Adams et Corrigan, 79
- Adler, 149
- Adriouch, 18-20, 21, 22, 24, 26, 29, 32, 36, 180
- Ajamzibad et al., 150
- Ajar et al., 204
- Ajzen et Fishbein, 140
- Ajzen, 36, 37, 140
- Alligood, 142
- Almaleh et al., 162, 166, 233, 236
- Amoah et al., 2, 164, 166, 167, 177, 226, 234, 237, 239
- Amoah, 64, 171, 177, 196, 226, 227, 238, 298
- Andersen et al., 183
- Andrulis et Brach, 79, 83, 84, 88
- Aqtam & Darawwad, 142
- Armer & Radina, 134
- Asparouhov & Muthén, 196
- Augoyard & Renaud, 104
- Awang, 218
- Amoah & Phillips, 170, 195, 220, 226
- Azouaghe, 105

B

- Baba-Moussa et al., 47
- Baker et al., 68, 79, 219, 220, 245
- Bandari et al., 146, 150, 183, 186, 187, 188, 211, 213
- Bandura & Locke, 142
- Bandura & Walters, 141
- Bandura, 141
- Bargh, 155
- Barré-de Miniac, 53
- Bas-Sarmiento et al., 163, 164, 165, 170, 175, 176
- Baum & Laris, 158
- Bauman et al., 150
- Beaton et al., 165, 188-194
- Beauregard, 40, 299
- Beck, 2
- Becker & Maiman, 137
- Becker et al., 36, 37
- Becker, 137
- Bennett et al., 42, 175, 245, 253, 288, 298, 301
- Berkman et al., 54, 62, 70, 75, 95, 149, 163, 220, 221, 245, 246
- Berthet, 127
- Bhagat et al., 244
- Bilmans, 9
- Bissa, 182
- Bizzoni-Prévieux et al., 127
- Bonnin et Palicot, 128
- Boombhi et al., 18, 22
- Borsa et al., 180, 188, 191-193
- Bouchet & Caprioli, 129

- Bouffard, 42, 156, 245, 288, 301
- Boyer & Guénard, 181
- Brach et al., 80, 81, 85, 86, 87, 97
- Brach, 81
- Bradette-Laplante et al., 150
- Bragard et al., 64, 69, 167, 220, 223, 225
- Brits, 185
- Bröder et al., 47, 51, 64, 78, 79, 175, 218, 220, 221, 237, 238, 245, 249, 250, 251, 253, 288
- Broussouloux & Houzelle-Marchal, 127
- Brubaker, 109
- Bruchon-Schweitzer, 147
- Bury, 121, 131
- Bwalwel, 184
- Byrne, 218, 229
- C**
- Cadman, 51, 218
- Cambon et al., 104, 124
- Caron, 180, 188, 192, 193, 194
- Carricano et Pujol, 171
- Cartwright et al., 245, 287
- Castillo, 127
- Catford, 111
- Chahardah-Cherik et al., 241, 249, 264, 289, 290, 298
- Champion et Skinner, 4, 138
- Chang et al., 64
- Chang, 181
- Charafeddine et al., 52, 175, 234, 236-239, 245, 301
- Chauvin, 131
- Chen et al., 146, 150, 179-181, 184, 186, 187, 211-213, 214, 216, 265
- Chen, M.-L. et al., 188
- Cheung et al., 140
- Chevrier, 9, 153, 295
- Chinn et McCarthy, 40, 55, 96, 295
- Cho, 198
- Cohen-Emerique, 3
- Cooper et al., 88
- Cormier, 52, 54
- Cronbach & Shavelson, 171
- Cronbach, 219
- D**
- Dancey & Reidy, 99, 186, 194, 196, 197, 202, 214, 280, 283
- David, 53, 54
- Davis et al., 57, 60, 95, 100, 162, 149, 264, 298
- De Jordy, 52
- de Lacy-Vawdon & Livingstone, 66
- Deborah et al., 192
- Demeulemeester, 119, 120
- Diagne, 64
- Diederichs et al., 163
- Diener et al., 167, 223, 224
- Donnelly et al., 183

- Doumont & Aujoulat, 2008, 120
- Drost, 208
- Dsouza et al., 163, 164, 170, 175
- Dunn et al., 198
- Duong et al., 163, 164, 170, 177
- Dupin et al., 142, 143
- Dupin et al., 5, 143, 144
- Durie, 116
- E**
- Ehmann et al., 170, 176, 195, 220, 224, 226, 235-237, 244, 289
- Ekoko, 2, 167,
- Elgar et al., 254
- Engel, 108
- Epacka Ewane et al., 17
- Epstein et al., 192
- Eronen et al., 162
- Estrada et al., 185
- Ewles et Simnett, 129
- Eymard, 130
- F**
- Farmanova et al., 79, 81, 84, 88, 90, 97, 98, 100, 238, 239, 301
- Ferguson & Cox, 186
- Fernandez et al., 244
- Finbråten et al., 163
- Finn & O'Fallon, 61
- Firnges et al., 64
- Fischer & Tarquinio, 128
- Fishbein & Ajzen, 36, 37, 140
- Follenfant, 1
- Freedman et al., 71, 221
- Freud, 1
- Friis et al., 40, 160, 260
- G**
- Gaete et al., 185, 186-188, 211, 213, 214, 215
- Gaillard Desmedt & Shaha, 148
- Gaini et al., 254
- Gana & Boudouda, 188, 189
- Gana & Broc, 193
- Gana et al., 3, 180, 186, 189-191-194, 196-198, 207, 208, 211, 213, 296, 301-303
- Gauchet, 257
- Gavin et al., 255
- Gele et al., 163
- Gélinas et al., 130
- Geukes et al., 250
- Giampaoli et al., 22
- Glanz et al., 136
- Goigoux, 127
- Gollwitzer, 38
- Goretzko et al., 171
- Graham, 241
- Gray, 60
- Green & Yang, 198
- Green et Kreuter, 109, 112, 118
- Greenman et al., 31, 32, 33, 183.
- Guadagnoli & Velicer, 196, 203, 212
- Gudmundsson, 192

- Gugglberger, 240, 241, 248-251, 262, 263, 287, 301
- Gustafsdottir et al., 163
- Gaete et al., 185, 186-188, 211, 213, 214, 215
- Gaillard Desmedt & Shaha, 148
- Gaini et al., 254
- Gana & Boudouda, 188, 189
- Gana & Broc, 193
- Gana et al., 3, 180, 186, 189-191-194, 196-198, 207, 208, 211, 213, 296, 301-303
- Gauchet, 257
- Gavin et al., 255
- Gele et al., 163
- Gélinas et al., 130
- Geukes et al., 250
- Giampaoli et al., 22
- Glanz et al., 136
- Goigoux, 127
- Gollwitzer, 38
- Goretzko et al., 171
- Graham, 241
- Gray, 60
- Green & Yang, 198
- Green et Kreuter, 109, 112, 118
- Greenman et al., 31, 32, 33, 183.
- Guadagnoli & Velicer, 196, 203, 212
- Gudmundsson, 192
- Gugglberger, 240, 241, 248-251, 262, 263, 287, 301
- Gustafsdottir et al., 163
- H**
- Hair et al., 187
- Hambleton, 191
- Hampson et al., 183, 208
- Hanana & Houfaïdi, 205
- Hanana et Houfaïdi, 197
- Harris & Guten, 131, 179, 184
- Hays & Hayashi, 171
- Hendricks et al., 181
- Henrard et Prévost, 52, 54, 56
- Hoarau, 132
- Honoré, 148
- Hooper et al., 170
- Horton, 124, 179
- Houeto & Laverack, 102, 103, 108, 109, 258
- Houeto, 10, 13, 14, 41, 299
- Houle, 110
- I**
- Ifrah et al., 123
- Irvine et al., 180
- Ishikawa & Yano, 67
- J**
- Jabot et al., 144, 145
- Jack et al., 4, 133, 136, 137, 140, 142
- Jacobs et al., 185
- Jaffré, 53
- Jiménez et al., 181
- Jorm, 62, 63

- Jörns-Presentati et al., 185, 188
- K**
- Kamdern et al., 17
- Kanj & Mitic, 162, 261
- Kar et al., 104
- Kasl & Cobb, 179
- Katamay et al., 23
- Kate, 167, 263
- Kerlinger, 135
- Khemakhem et al., 133
- Kickbusch et al., 68, 81, 87, 88, 112, 177, 178, 218, 220, 244, 245, 254, 297
- Kimbally Kaky et Bolanda, 19
- Kingue et al., 11, 17, 19, 20
- Kinouani, 23
- Kirscht, 137
- Kline, 217
- Koduah et al., 166, 237
- Kothari, 167
- Koyuncu & Kılıç, 170
- Kuyinu et al., 2, 167, 238
- Gaete et al., 185, 186-188, 211, 213, 214, 215
- Gaillard Desmedt & Shaha, 148
- Gaini et al., 254
- Gana & Boudouda, 188, 189
- Gana & Broc, 193
- Gana et al., 3, 180, 186, 189-191-194, 196-198, 207, 208, 211, 213, 296, 301-303
- Gauchet, 257
- Gavin et al., 255
- Gele et al., 163
- Gélinas et al., 130
- Geukes et al., 250
- Giampaoli et al., 22
- Glanz et al., 136
- Goigoux, 127
- Gollwitzer, 38
- Goretzko et al., 171
- Graham, 241
- Gray, 60
- Green & Yang, 198
- Green et Kreuter, 109, 112, 118
- Greenman et al., 31, 32, 33, 183.
- Guadagnoli & Velicer, 196, 203, 212
- Gudmundsson, 192
- Gugglberger, 240, 241, 248-251, 262, 263, 287, 301
- Gustafsdottir et al., 163
- H**
- Hanana & Houfaïdi, 205
- Hair et al., 187
- Hambleton, 191
- Hampson et al., 183, 208
- Hanana et Houfaïdi, 197
- Harris & Guten, 131, 179, 184
- Hays & Hayashi, 171
- Hendricks et al., 181
- Henrard et Prévost, 52, 54, 56
- Hoarau, 132

- Honoré, 148
- Hoooper et al., 170
- Horton, 124, 179
- Houle, 110
- Houeto & Laverack, 102, 103, 108, 109, 258
- Houeto, 10, 13, 14, 41, 299
- I**
- Ifrah et al., 123
- Irvine et al., 180
- Ishikawa & Yano, 67
- J**
- Jabot et al., 144, 145
- Jack et al., 4, 133, 136, 137, 140, 142
- Jacobs et al., 185
- Jaffré, 53
- Jiménez et al., 181
- Jorm, 62, 63
- Jörns-Presentati et al., 185, 188
- K**
- Kamdem et al., 17
- Kanj & Mitic, 162, 261
- Kar et al., 104
- Kasl & Cobb, 179
- Katamay et al., 23
- Kate, 167, 263
- Kerlinger, 135
- Khemakhem et al., 133
- Kickbusch et al., 68, 81, 87, 88, 112, 177, 178, 218, 220, 244, 245, 254, 297
- Kimbally Kaky et Bolanda, 19
- Kingue et al., 11, 17, 19, 20
- Kline, 217
- Kinouani, 23
- Kirscht, 137
- Koduah et al., 166, 237
- Kothari, 167
- Koyuncu & Kılıç, 170
- Kuyinu et al., 2, 167, 238
- L**
- La Toupie, 110
- Lalonde, 117, 180, 243
- Lambourne & Donnelly, 183
- Lang, 242
- Lannes & Sanni Yaya, 120
- Lannes, 110, 111, 112
- Lapierre et al., 158
- Lastrucci et al., 244, 249, 300
- Lauber et al., 24, 34
- Laurent-Beq, 110
- Laveault, 171
- Lazarus et Folkman, 147, 148
- Le Bigot et al., 181
- Lefeuvre et al., 246, 251
- Legendre, 129
- Levin-Zamir & Wills, 64, 65, 69
- Levin-Zamir et al., 162, 176, 224, 236, 237
- Li & Siegrist, 25, 182
- Linnan et al., 130, 131

Liu et al., 51, 55, 56, 63,
93, 95, 102, 161, 218,
220, 252, 298

Loignon et al., 48, 64, 70

Loignon et al., 48, 64, 70

Longtin et al., 109, 258

Lopez-Fontana et al., 149,
150

Lorini et al., 163, 165

Loveland-Cherry, 108

M

Machteld et al., 158

Mackert et al., 62

Maindal et al., 160

Malik et al., 21, 23

Malloy-Weir et al., 51,
161, 218, 219, 252

Mancuso, 68, 71, 81

Mantwill et al., 217, 219,
244, 254, 255, 300

Margat et al., 40, 261,
262, 299

Marimwe et Dowse, 2,
162, 167, 221

Mårtensson & Hensing,
63

Massé et al., 107

Massey et al., 51, 56, 218,

Mattig, 103, 122

McAlister et al., 141

McClintock et al., 166,
222, 237, 297

Meggetto et al., 79, 80, 81

Meirieu, 126

Menahem, 181

Menai et al., 25, 182

Mialhe et al., 165, 171,
175, 177

Michaelson et al., 150,
185

Miller et al., 215

Mitchell et al., 68, 220,
245

Mohammadpoorasl et al.,
132

Montaño & Kasprzyk,
140

Moreau et al., 54

Morel, 121

Moren-Cross et Lin, 148,
149

Moumouni, 48

Muvuka et al., 57, 221,
252

N

Nakamura et al., 23

Ndjepel et al., 14, 41, 299

Ngah Essomba et al., 169

Nguédong, 37

Niedorys et al., 162, 165,
166, 174, 176

Nielsen-Bohlman et al.,
47, 298

Ninot, 105, 106-108

Noar et al., 4, 137

Nolasco et al., 163

Norman & Skinner, 62

Noumbissie, 137, 138-141

Nutbeam & Muscat, 58,
71, 84, 130, 151

Nutbeam et al., 45, 175,
218, 245, 249, 251, 252,
264, 288, 289

Nutbeam, 38, 48,50, 52,
57, 58, 59, 64, 68, 69, 70,
72, 75, 95, 107, 129, 160-
162, 180, 219-222, 242,
247- 249, 250, 259, 264,
290

Nyock Ilouga & Moussa-
Mouloungui, 175, 267

O

O'Neill & Cardinal, 118-
120

O'Neill et Stirling, 111,
112

O'Neill, 109, 111, 113,
118, 119

Okan et al., 4, 47, 63, 92,
93, 95

Okan, 4, 45, 46, 47, 48,
49, 50, 51, 93, 101, 165,
218

Orem et al., 107

Ortabag et al., 213

Osborne et al., 161, 220,
251,

P

Paakkari & Paakkari, 56,
263

Paakkari et Paakkari, 56,
264

Paasche-Orlow & Wolf,
40, 69, 72, 75, 80, 161,
260

Pancha Mbouemboue et
al., 18, 31

Paré Kaboré et

Nabaloum-Bakyono, 3,
47, 48, 182, 186

Parker et al., 98

Parker et Ratzan, 49, 222

Parker, 49, 251

Pavot & Diener, 168, 224

Payo et al., 150

Pélicand et al., 260

Pelikan & Ganahl, 64,
160, 162

Pelikan et al., 64, 163,
164, 166, 167, 177, 225,
266

Pelikan, 3, 80, 81, 82, 86,
88, 89, 90, 92, 98, 99,
101, 163, 175, 176, 178,
189

Pender & Barkauskas,
187

Pender & Barkauskas,
193

Pender et al., 5, 24, 103,
106-108, 110, 132-135,
137, 139-150, 180-182,
188

Ping et al., 179, 180, 184,
195, 208, 268

Pingeon, 242

Pleasant & Kuruvilla, 3,
51, 68

Pleasant et Kuruvilla, 3,
50, 68

Pleasant, 46, 51, 56, 57,
218, 219, 251, 252

Plucker, 170

Poirier, 110

Pommier, 121

Potvin et al., 150, 154

Poureslami et al., 163,
165, 251

Poureslami et al., 57, 164,
166, 252

Q

Quinodoz-Kerspern, 104,
115

- R**
- Raingruber, 4, 140, 142
- Rask et al., 59
- Ratzan et al., 160
- Ratzan, 161
- Regaieg et al., 150
- Reisi et al., 243, 263, 297
- Reuter, 53
- Richard & Lussier, 40, 57, 252, 299
- Rispail, 53
- Rondia et al., 45, 88, 91
- Rootman & Gordon-El-Bihbety, 54, 55
- Rootman & Ronson, 40, 72
- Rootman et al., 109
- Rootman, 246, 263
- Rosenstock, 4, 36, 37, 138, 139
- Rouquette et al., 162-165, 167, 168, 170, 175-177, 223, 224, 227, 265, 296
- Rowlands et al., 56, 57, 58, 62, 68-70, 72, 80, 82, 91, 92, 94, 96, 100, 246, 250, 298
- Rudd et al., 48, 93
- Rudd, 51
- Ruel & Moreau, 54
- S**
- Saboga-Nunes et al., 89, 182, 262
- Sabourin, 188, 189
- Sandon, 253, 254
- Sandrin-Berthon, 259
- Santos-Beneit et al., 150
- Schinckus et al., 165
- Scholz, 110
- Schrauben & Wiebe, 166
- Schumacker & Lomax, 205
- Scribner & Cole, 53
- Séne, 64
- Sentell et al., 4,
- Setia, 167
- Shah & Goldstein, 186
- Shankland et Lamboy, 122-124, 131, 179
- Sheeran, 37
- Sheppard et al., 36, 140
- Shiroma et Lee, 24
- Simar & Jourdan, 126, 127
- Simonds, 46, 52, 161, 219, 247
- Sireci et al., 192
- Sizaret, 63, 243
- Skinner, 1,
- Smith et al., 179
- Soh et al., 169, 215
- Sørensen et al., 4, 37, 39, 52, 55, 57, 62, 64, 68, 70, 72, 74, 75, 76, 80, 89, 95, 96, 101, 160, 161, 162, 163, 165, 169, 172, 176, 177, 178, 218-220, 222-226, 228, 234, 236, 237, 238, 240, 241, 245, 250, 251, 259, 261-264, 266, 296, 298, 299, 302, 304
- Sørensen, 52, 61, 95, 161, 218, 219, 221, 246, 251, 252
- Speros, 42, 49, 52, 245, 253, 288, 301

- Squiers et al., 67, 74, 75, 77
- Stormacq et al., 244, 249
- Storms et al., 162, 163, 165, 166
- Streiner, 213
- Svensson et al., 99
- Swami & Barron, 206
- Swami & Barron, 219
- Sykes et al., 59
- Sykes et Wills, 59
- T**
- Tannahill, 121, 122
- Tarquinio & Tarquinio, 104, 255-257
- Tavakol & Dennick, 213
- Tavakol & Reg, 171
- Taymoori et al., 150, 183
- Tcheng et al., 10
- Teng et al., 180, 183, 186
- Terrade, 36, 38, 39, 294
- Tiller et al., 163
- Tomás et al., 212, 213
- Tones, 263
- Toor & Bibi, 175
- Trezona et al., 47, 82, 88, 90, 91, 98, 161, 162, 175, 218, 222, 245, 251, 288, 302
- U**
- Untas et al., 258, 259
- V**
- Vallerand, 165, 189, 190, 192
- Van den Broucke & Renwart, 165
- van den Broucke et Discart, 2, 30, 31, 38, 63, 65, 72, 166, 221, 246, 255.
- Van den Broucke, 52, 55, 56
- van Steenberghe & Deccache, 117
- Van Steenberghe & O'Neill, 113
- Van Steenberghe, 105, 106, 113, 117, 122, 127, 129
- Vandenbosch et al., 40, 42, 49, 156, 160, 166, 175, 177, 221, 225, 237,
- 238, 245, 246, 253, 288, 295, 299, 301
- Vanmeerbeek et al., 122, 123, 124
- Verlhiac, 38, 107, 110
- Vollmer Dahlke et al., 99
- Vozikis et al., 64, 161
- W**
- Walker et al., 146, 180, 183
- Wang et al., 22, 100, 150, 151, 185
- Wångdahl et al., 163
- Wångdahl et Mårtensson, 248, 289
- Watson, 1, 138,
- Westra, 180, 184
- Whitehead, 128
- Wigfall et Tanner, 245
- Willett, 135
- Worthington & Whittaker, 186
- X**
- Xia & Yang, 171, 175
- Y**

Yadollahi et al., 245, 287

Yasir Arafat et al., 263

Z

Zarcadoolas et al., 4, 38,

51, 57, 58, 68, 72, 101,

218, 220, 221, 236, 252

Zheng et al., 288

ANNEXE B : Outils de recherche

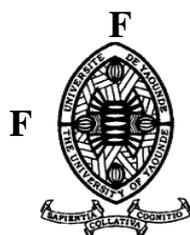
Annexe B1 : Autorisations de recherche délivrée par l'Université

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I ***** CENTRE DE RECHERCHE ET DE FORMATION DOCTORALE EN SCIENCES HUMAINES, SOCIALES ET EDUCATIVES ***** UNITE DE RECHERCHE ET DE FORMATION DOCTORALE EN SCIENCES DE L'EDUCATION ET INGENIERIE EDUCATIVE *****		THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I ***** POSTGRADUATE SCHOOL FOR THE SOCIAL AND EDUCATIONAL SCIENCES ***** DOCTORAL RESEARCH UNIT FOR EDUCATION SCIENCES AND EDUCATIONAL ENGINEERING *****
<h2>DEPARTEMENT DES ENSEIGNEMENTS FONDAMENTAUX EN EDUCATION</h2>		
<h3><u>ATTESTATION DE RECHERCHE</u></h3>		
<p>Je soussigné, Professeur Joseph-Marie ZAMBO BELINGA, chef du département des Enseignements Fondamentaux en Education de la Faculté des Sciences de l'Education de l'Université de Yaoundé I, certifie que l'étudiant SOH Gustave, Matricule 14P3186, inscrit en cycle de Doctorat dans ledit département, effectue actuellement un travail de recherche sur le thème : <i>« Littératie en santé et promotion de la santé tout au long de la vie : cas des malades chroniques »</i>, sous la direction des Professeurs MAINGARI Daouda et WAMBA André.</p> <p>Aussi vous saurais-je gré des dispositions qu'il vous plairait de prendre aux fins de lui faciliter l'accès à toute information non confidentielle susceptible de l'aider dans la rédaction de son travail de recherche.</p> <p>En foi de quoi la présente attestation de recherche lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.</p>		
<p>Le Chef du Département</p>  <p><i>Zambo Belinga</i> <i>Joseph - Marie</i> <i>Professeur</i></p>		

Annexe B2 : Autorisation d'accès dans les établissements d'enseignement secondaire du département du Mfoundi.

REPUBLIQUE DU CAMEROUN Paix-Travail-Patrie	REPUBLIC OF CAMEROON Peace-Work-Fatherland
.....
MINISTERE DES ENSEIGNEMENTS SECONDAIRES	MINISTRY OF SECONDARY EDUCATION
.....
DELEGATION REGIONALE POUR LE CENTRE	REGIONAL DELEGATION FOR THE CENTER
.....
DELEGATION DEPARTEMENTALE DU MFOUNDI	DIVISIONAL DELEGATION FOR MFOUNDI
.....
CONSEILLER PEDAGOGIQUE POUR L'ENSEIGNEMENT NORMAL	PEDAGOGIC ADVISER FOR TEACHER TRAINING COLLEGES
N°..... <u>139</u>.....21/L/MINESEC/DRES-CE/DDES-MF/CPEN	Date : <u>17 NOV 2021</u>
LE DELEGUE DEPARTEMENTAL	
Aux	
Chefs d'établissements du Mfoundi.	
Objet : Autorisation d'accès dans votre établissement.	
J'ai l'honneur de vous demander de bien vouloir accueillir monsieur Soh Gustave, Doctorant à Université de Yaoundé I, Matricule 14P3186 et inscrit en cycle de Doctorat, dans le Département des Enseignements Fondamentaux en Education (EFE) qui mène une étude sur « Littératie en santé et promotion de la santé tout au long de la vie : cas des malades chroniques ».	
LE DELEGUE DEPARTEMENTAL	
	
 PLET - Hors Echelle	

Annexe B3 : Formulaire d'information



Université de Yaoundé I (UYI)
 Faculté des Sciences de l'Éducation (FSE)
 Département des Enseignements Fondamentaux en Éducation (EFE)

République du Cameroun
 Republic of Cameroon

Questionnaire d'enquête

Nous vous invitons à participer à notre projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Il est maintenant attendu que les personnes, qu'elles exercent un rôle plus grand dans les décisions concernant leur santé et dans la prise en charge quotidienne de leurs maladies. Afin que vous puissiez assumer pleinement ce rôle, vous devez premièrement être en mesure de chercher, comprendre et utiliser l'information relative à la santé : littératie en santé. Ce dernier se définit comme les connaissances et les compétences requises pour prendre des décisions quotidiennes adéquates concernant la santé, la gestion des maladies ainsi que leur prévention.

Ce projet s'intéresse donc au concept de littératie en santé, chez toute personne adolescente fréquentant les établissements d'enseignement secondaire de la ville de Yaoundé. Ce projet de recherche est pertinent, en partie car les connaissances en santé de ces personnes n'ont jamais été étudiées auparavant, et qu'elles sont à même d'entraîner plusieurs conséquences au niveau de l'état de santé.

Formulaire d'information

Titre du projet de recherche	Littératie en santé et promotion de la santé cardiovasculaire tout au long de la vie.
Superviseurs de recherche	Maingari Daouda, Ph/D. Psychologue de l'éducation Maître de conférences des universités Département des sciences de l'éducation de l'École normale supérieure de Yaoundé
	Wamba André, Ph/D. Anthropologue de la santé/Médical Maître de conférences des universités Département des sciences de l'éducation de l'École normale supérieure de Yaoundé
Doctorant	Soh Gustave , Psychologue de l'éducation Matricule : 14P3186 ; sohgustave77@gmail.com ; 00237 695 176 241
Établissement	Université de Yaoundé I / Faculté des sciences de l'éducation Yaoundé-Cameroun BP : 337 ; email@faceducation.uninet.cm ; info@uy1.uninet.cm

Annexe B4 : Questionnaire et échelle de mesure des études 1 et 3

Version française

Dans le cadre d'une recherche portant sur « *Littératie en santé et promotion de la santé tout au long de la vie* », nous sollicitons votre contribution précieuse pour compléter le présent questionnaire. Nous vous garantissons l'anonymat et la confidentialité de vos réponses. Il concerne les personnes âgées de 15 ans et 25 ans, notamment les adolescents et les jeunes adultes. Enfin, il durera environ 5 minutes. **La participation est libre et gratuite. Tout participant qui à commencer la complétion, peut se retirer à tout moment s'il le désire.** Merci d'avance de compléter jusqu'au bout.

Part A : Caractéristiques socio-démographiques (introduire le numéro dans la case)

- A1.** Votre sexe 1. Masculin 2. Féminin /___/
- A2.** Votre statut social 1. Écolier/Elève 2. Étudiant 3. Travailleur 4. Chômeur
5. Retraité /___/
- A3.** Votre niveau d'éducation le plus élevé 1. Aucun diplôme 2. CEP(E) 3. BEPC/CAP
4. Prob/Bacc général 5. Prob/Bacc technique 6. BTS/DSEP/HND 7.
DEUG/Licence 8. Master 9. Doctorat/Ph.D /___/
- A4.** Quelle est votre **région d'origine** ? 1. Adamaoua 2. Centre 3. Est 4. Extrême-
Nord 5. Littoral 6. Nord 7. Nord-Ouest 8. Ouest 9. Sud 10. Sud-
Ouest /___/
- A5.** Quelle **région habitez-vous** ? 1. Adamaoua 2. Centre 3. Est 4. Extrême-
Nord 5. Littoral 6. Nord 7. Nord-Ouest 8. Ouest 9. Sud 10. Sud-
Ouest /___/
- A6.** Votre lieu de Résidence 1. Chef-lieu de région 2. Chef-lieu de département 3.
Arrondissement/Village /___/
- A7.** Comment évaluez-vous, votre état de santé global ? 1. Très bon 2. Bon 3.
Mauvais 4. Très mauvais /___/
- A8.** Un médecin vous a-t-il déjà diagnostiqué une **maladie chronique**³¹ ? 1. Aucune 2. Une
maladie 3. Deux maladies 4. Plus de deux /___/
- A9.** Avez-vous déjà consulté un médecin traditionnel (ou Devin, Guérisseur, Marabout, Voyant,
Féticheur, etc.) pour un problème de santé personnel ou concernant un proche ? 1. Oui 2.
Non /___/
- A10.** Je parle au moins une langue nationale comme le Ffuldédé, le Bulu, le Nguemba ou autre
1. Oui 2. Non /___/
- A11.** Quel âge avez-vous cette année ? ans.

³¹ Une maladie chronique est une maladie qui n'a pas encore de traitement et dont on ne peut guérir. L'on vit avec jusqu'à la mort. Exemple : L'hypertension, Diabète, Arthrose, etc.

Partie B : Cochez une case s'il vous plaît

Pour chacune des situations suivantes, veuillez évaluer dans quelle mesure elles sont faciles ou difficiles pour vous. Dans quelle mesure est-il facile ou difficile pour vous...		Très facile	Facile	Difficile	Très difficile
1	1... de trouver des informations sur les traitements des maladies qui vous concernent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	2... de savoir où obtenir de l'aide d'un professionnel quand vous êtes malade ? <i>(Professionnel veut dire votre Médecin ou Pharmacien ou Psychologue, etc.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	3... de comprendre ce que vous dit votre médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	4... de comprendre les consignes de votre médecin ou de votre pharmacien sur la manière de prendre vos médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	5... d'estimer dans quel cas vous auriez besoin d'un deuxième avis médical (ou d'un autre docteur, psychologue, pharmacien) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	6... d'utiliser les informations données par votre médecin (ou psychologue, ou pharmacien) pour prendre des décisions relatives à une maladie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	7... de suivre les consignes de votre médecin ou de votre pharmacien ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	8... de trouver des informations sur la manière de gérer certaines difficultés psychologiques comme le stress ou la dépression... ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	9... de comprendre les mises en garde concernant l'impact sur la santé de certains comportements comme fumer, ne pas faire assez d'exercices sportifs et boire trop d'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	10... de comprendre l'intérêt des dépistages ? <i>(Ex : VIH, Hépatite, Hypertension, Diabète, etc.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	11... de juger si les informations transmises par les médias sur des risques pour la santé sont correctes ? <i>(Ex : Radio, TV, Internet, Brochure, Journal, etc.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	12... de savoir comment vous préserver des maladies à partir des informations disponibles dans les médias ? <i>(Ex : Radio, TV, Internet, Brochure, Journal, etc.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	13... de se renseigner sur des activités qui favorisent le bien-être psychologique ? <i>(Ex : méditation, sport, marche, etc.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	14... de comprendre les conseils de votre famille ou de vos amis en matière de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	15... de comprendre les informations transmises par les médias sur la manière d'améliorer sa santé ? <i>(Ex : Radio, TV, Internet, Brochure, Journal, etc.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pour chacune des situations suivantes, veuillez évaluer dans quelle mesure elles sont faciles ou difficiles pour vous. Dans quelle mesure est-il facile ou difficile pour vous...		Très facile	Facile	Difficile	Très difficile
16	16... d'identifier quels sont les comportements de votre vie de tous les jours qui ont un impact sur votre santé ? (Ex: manger, boire, faire de l'exercice, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Partie C : SWL

Pour chacun des énoncés suivants, encercle le chiffre qui correspond le mieux à ton degré d'accord ou de désaccord. **1. Fortement en désaccord 2. En désaccord 3. Légèrement en désaccord 4. Ni en désaccord ni en accord 5. Légèrement en accord 6. En accord 7. Fortement en accord**

1. En général, ma vie correspond de près à mes aspirations ou mes ambitions ou idéaux.	1	2	3	4	5	6	7
2. Mes conditions de vie sont excellentes.	1	2	3	4	5	6	7
3. Je suis satisfait(e) de ma vie.	1	2	3	4	5	6	7
4. Jusqu'à maintenant, j'ai obtenu les choses importantes que je voulais de la vie.	1	2	3	4	5	6	7
5. Si je pouvais recommencer ma vie, je n'y changerais presque rien.	1	2	3	4	5	6	7

Merci de votre participation !!!

Version anglaise

We are currently conducting a study entitled « *Health literacy and health promotion throughout life* », we request that you contribute by completing the following items. All the information's you give will be kept confidential and shall only be used for the purpose of this study. The questionnaire concerns persons aged 15 and above. This exercise will not take you more than 5 minutes. **Your participation is voluntary and free of charge. Anyone who stated this exercise can withdraw his/her self at any desired moment.** Thank you in advance for filling to an end!

Part A: Socio-demographic characteristics (Enter the number in the box)

- A1.** Your gender 1. Male 2. Female /___/
- A2.** Your social status 1. Secondary school Student 2. University student 3. Worker
4. Unemployed 5. Retired /___/
- A3.** Your highest level of education 1. No diploma 2. FSLC 3. GCE-OL Technical
4. GCE-AL 5. GCE-AL Technical 6. BTS/HND/DSEP/Professional degree 7. Degree
8. Master degree 9. Doctorate degree/Ph.D /___/
- A4.** What is your **region of origin**? 1. Adamaoua 2. Centre 3. East 4. Far North
5. Littoral 6. North 7. North-West 8. West 9. South 10. South-West /___/
- A5.** In what region do you live? 1. Adamaoua 2. Centre 3. East 4. Far North
5. Littoral 6. North 7. North-West 8. West 9. South 10. South-West /___/
- A6.** Your place of residence 1. Regional head quarter 2. Divisional head quarter 3.
Sub-divisional head quarter /Village /___/
- A7.** How do you evaluate your overall health? 1. Very good 2. Good 3. Poor
4. Very bad /___/
- A8.** Has a doctor ever diagnosed you with a chronic³² illness? 1. None 2. One disease
3. Two diseases 4. More than two /___/
- A9.** Have you ever consult a traditional doctor (or Healer, Talisman, Marabou, Sorcerer, Soothsayer, etc) for personal health problem or someone you know? 1. Yes 2. No /___/
- A10.** I speak at least one national language like Ffuldéd, Bulu, Nguemba or Another 1.
Yes 2. No /___/
- A11.** How old are you this year?Years.

Part B: Please tick one box

On a scale from very easy to very difficult, how easy would you say it is to: ...	very easy	easy	difficult	very difficult
1 - ...find information on treatments of illnesses that concern you?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - ...find out where to get professional help when you are ill? (<i>referral: doctor, pharmacist, psychologist, etc.</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - ...understand what your doctor says to you?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - ...understand your doctor's or pharmacist's instruction on how to take a prescribed medicine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

³² A chronic disease is an illness that does not yet have a treatment. We live with till dead. Example: Hypertension, Diabetes, Joint disease, Back pain, etc.

On a scale from very easy to very difficult, how easy would you say it is to: ...	very easy	easy	difficult	very difficult
5 - ...judge when you may need to get a second opinion from another doctor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - ...use information the doctor gives you to make decisions about your illness?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 - ...follow instructions from your doctor or pharmacist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 - ...find information on how to manage mental health problems like stress or depression?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 - ...understand health warnings about behaviour such as smoking, low physical activity and drinking too much?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 - ...understand why you need health screenings? (Referral: Breast examination, blood sugar test, blood pressure)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 - ...judge if the information on health risks in the media is reliable? (Referral: TV, internet or other media)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 - ...decide how you can protect yourself from illness based on information in the media? (Referral: TV, radio, newspapers, brochures, internet or other media)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 - ...find out about activities that are good for your mental well-being? (Referral: exercise, walking, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 - ...understand advice on health from family members or friends?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 - ...understand information in the media on how to get healthier? (Referral: TV, radio, internet, newspapers, magazines)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 - ...judge which everyday behaviour is related to your health? (Referral: Eating and drinking habits, exercise, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Part C

Below are five statements that you may agree or disagree with. Using the 1-7 scale below: **1. Strongly disagree 2. Disagree 3. Slightly disagree 4. Neither agree nor disagree 5. Slightly agree 6. Agree 7. Strongly agree**

1. In most ways my life is close to my ideal.	1	2	3	4	5	6	7
2. The conditions of my life are excellent.	1	2	3	4	5	6	7
3. I am satisfied with my life.	1	2	3	4	5	6	7
4. So far I have gotten the important things I want in life.	1	2	3	4	5	6	7
5. If I could live my life over, I would change almost nothing.	1	2	3	4	5	6	7

Thank for your participation!!!

Annexe B4 : Questionnaire et échelles de mesure des études 2 et 4

Partie A : Questionnaires socio-démographiques

Veillez répondre à chacune des questions, en choisissant la réponse, tel qu'indiqué. Si vous n'êtes pas certain, veuillez quand même cocher ce qui correspond le mieux à votre expérience.

A1. Établissement..... Classe

A2. Votre sexe 1. Masculin 2. Féminin /___/

A3. Quel âge avez-vous cette année ? ans.

A4. Avec qui habitez-vous ? 1. Seul(e) 2. Mon/Mes Parents 3. Oncle/Tante 4. Autre /___/

A5. Comment évaluez-vous, votre état de santé global actuel ? 1. Excellent 2. Très bon
3. Bon 4. Mauvais 5. Très mauvais /___/

A6. Quelle est votre **région d'origine** ? 1. Adamaoua 2. Centre 3. Est 4. Extrême-Nord
5. Littoral 6. Nord 7. Nord-Ouest 8. Ouest 9. Sud 10. Sud-Ouest
/___/

A7. Votre religion actuelle ? 1. Catholique 2. Protestante 3. Musulmane 4. Autre /___/

A8. Quelle est votre première source d'information de santé en cas de maladie ? 1. Un médecin 2. Pharmacien 3. La radio 4. La télévision 5. Journal écrit 6. Livres 7. Médecin traditionnel
8. Vos frères, sœurs, enfants, conjoint(e) 9. Internet 10. Autres /___/

A8.1. Connaissez-vous un ou des émissions/programme(s) Radio ou Télévisé(s) qui traite(nt) principalement des questions/problèmes de santé ? 1. Oui 2. Non /___/

A8.2. Si oui, combien de fois avez-vous suivi ces programmes durant le dernier mois ?

A8.3. Vous ont-ils été bénéfiques pour votre santé ou celle d'un proche ? 1. Oui 2. Non /___/

A10. Fumez-vous de la cigarette ou toute autre forme de tabac ? 1. Jamais 2. Rarement
3. Parfois 4. Habituellement 5. Toujours /___/

A11. Consommez-vous de la bière ou toute autre forme d'alcool ? 1. Jamais 2. Rarement
3. Parfois 4. Habituellement 5. Toujours /___/

A12. Combien de fois avez-vous consulté votre médecin ou tout autre personnel soignant pour vos problèmes de santé durant les six (06) derniers mois ? fois

A13. Combien de jours d'hospitalisations avez-vous fait durant les six (06) derniers mois ? jours

A14. Avez-vous un problème de santé qui vous dérange (ou qui dure) depuis plus de six mois ?
1. Oui 2. Non /___/

A14.1. Si oui, laquelle ? 1. Diabète 2. Hypertension 3. Autre /___/

A15. Avez-vous déjà consulté un médecin traditionnel (ou Devin, Guérisseur, Marabout, etc.) pour un problème de santé personnel ou concernant un proche ? 1. Oui 2. Non /___/

Partie B : Cochez une case s'il vous plaît

Pour chacune des situations suivantes, veuillez évaluer dans quelle mesure elles sont faciles ou difficiles pour vous. Dans quelle mesure est-il facile ou difficile pour vous...		Très facile	Facile	Difficile	Très difficile
1	1... de trouver des informations sur les traitements des maladies qui vous concernent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	2... de savoir où obtenir de l'aide d'un professionnel quand vous êtes malade ? (<i>Professionnel veut dire votre Médecin ou Pharmacien ou Psychologue, etc.</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	3... de comprendre ce que vous dit votre médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	4... de comprendre les consignes de votre médecin ou de votre pharmacien sur la manière de prendre vos médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	5... d'estimer dans quel cas vous auriez besoin d'un deuxième avis médical (ou d'un autre docteur, psychologue, pharmacien) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	6... d'utiliser les informations données par votre médecin (ou psychologue, ou pharmacien) pour prendre des décisions relatives à une maladie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	7... de suivre les consignes de votre médecin ou de votre pharmacien ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	8... de trouver des informations sur la manière de gérer certaines difficultés psychologiques comme le stress ou la dépression... ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	9... de comprendre les mises en garde concernant l'impact sur la santé de certains comportements comme fumer, ne pas faire assez d'exercices sportifs et boire trop d'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	10... de comprendre l'intérêt des dépistages ? (<i>Ex : VIH, Hépatite, Hypertension, Diabète, etc.</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	11... de juger si les informations transmises par les médias sur des risques pour la santé sont correctes ? (<i>Ex : Radio, TV, Internet, Brochure, Journal, etc.</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	12... de savoir comment vous préserver des maladies à partir des informations disponibles dans les médias ? (<i>Ex : Radio, TV, Internet, Brochure, Journal, etc.</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	13... de se renseigner sur des activités qui favorisent le bien-être psychologique ? (<i>Ex : méditation, sport, marche, etc.</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	14... de comprendre les conseils de votre famille ou de vos amis en matière de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	15... de comprendre les informations transmises par les médias sur la manière d'améliorer sa santé ? (<i>Ex : Radio, TV, Internet, Brochure, Journal, etc.</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pour chacune des situations suivantes, veuillez évaluer dans quelle mesure elles sont faciles ou difficiles pour vous. Dans quelle mesure est-il facile ou difficile pour vous...		Très facile	Facile	Difficile	Très difficile
16	16... d'identifier quels sont les comportements de votre vie de tous les jours qui ont un impact sur votre santé ? (Ex: manger, boire, faire de l'exercice, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Partie C : AHPB

Indique à quelle fréquence tu exécutes chaque tâche suivante, en choisissant un seul numéro pour chaque affirmation ou tâche ou ligne et le rapporter dans l'espaceen avant de chaque ligne. Ces numéros correspondent aux descriptions ci-dessous :

1=Jamais, 2=Rarement, 3=Parfois, 4=Habituellement 5=Toujours

1	.....Je mange 3 repas chaque jour.	1	2	3	4	5
2	.....Je choisis les nourritures sans trop d'huile.	1	2	3	4	5
3	.....Consomme les aliments riches en fibres (comme des fruits et des légumes).	1	2	3	4	5
4	.....Boire au moins 1,5 litres d'eau par jour (ou 6–8 verres).	1	2	3	4	5
5	.....Chaque repas inclus cinq groupes d'aliments (Ex., pains, viande, lait, fruit, légume).	1	2	3	4	5
6	.....Prendre le petit-déjeuner chaque jour.	1	2	3	4	5
7	.....Je parle et partage mes sentiments avec les autres.	1	2	3	4	5
8	.....Je me soucie des autres personnes.	1	2	3	4	5
9	.....Je parle de mes inquiétudes avec les autres.	1	2	3	4	5
10	.....Fais un effort de sourire ou rire chaque jour.	1	2	3	4	5
11	.....Aime rester en contact avec les proches.	1	2	3	4	5
12	.....Fais un effort d'avoir les bonnes amitiés.	1	2	3	4	5
13	.....Parle de mes problèmes aux autres.	1	2	3	4	5
14	.....Lis les étiquettes des produits alimentaires quand je fais les courses.	1	2	3	4	5
15	.....Je surveille mon poids.	1	2	3	4	5
16	.....Discute de mes soucis de santé avec un docteur ou une infirmière.	1	2	3	4	5
17	.....Observe mon corps au moins une fois le mois.	1	2	3	4	5
18	.....Brosse mes dents et utilise une pâte dentifrice après le repas.	1	2	3	4	5
19	.....Lave les mains avant les repas.	1	2	3	4	5
20	.....Lis les informations de santé.	1	2	3	4	5
21	.....Fais des efforts de choisir les aliments sans agents de conservation (Ex., additifs sur la nourriture).	1	2	3	4	5
22	.....Fais un effort de m'aimer.	1	2	3	4	5
23	.....Fais un effort de se sentir heureux et content.	1	2	3	4	5
24	.....Habituellement, je pense positif.	1	2	3	4	5
25	.....Fais un effort de comprendre mes forces, faiblesses et les accepte.	1	2	3	4	5
26	.....Fais l'effort de corriger mes défauts.	1	2	3	4	5
27	.....Fais un effort pour savoir ce qui est important pour moi.	1	2	3	4	5

28	.....Fait un effort pour se sentir intéressant et affronter chaque journée.	1	2	3	4	5
29	.....Fais l'effort pour croire que ma vie a un but.	1	2	3	4	5
30	.....Effectue des exercices d'étirement chaque jour.	1	2	3	4	5
31	.....Fais 30 minutes d'exercice rigoureux au moins 3 fois par semaine.	1	2	3	4	5
32	.....Participe chaque semaine aux activités physiques de mise en forme à l'école ou quartier.	1	2	3	4	5
33	.....M'échauffe avant un exercice physique intense.	1	2	3	4	5
34	.....Fais un effort pour se tenir droit debout ou se redresser.	1	2	3	4	5
35	.....Fais un effort de consacrer quotidiennement le temps pour la relaxation.	1	2	3	4	5
36	.....Fais un effort pour déterminer la source de mon stress.	1	2	3	4	5
37	.....Fais un effort de regarder mes changements d'humeur.	1	2	3	4	5
38	.....Dors 6 à 8 heures chaque nuit.	1	2	3	4	5
39	.....Fais des programmes et établis des priorités.	1	2	3	4	5
40	.....J'essaie de ne pas perdre le contrôle quand il se passe des choses injustes.	1	2	3	4	5
41	.....Parler avec d'autres de mes croyances spirituelles.	1	2	3	4	5
42	.....Ressens qu'il y a un pouvoir supérieur qui guide ma vie.	1	2	3	4	5
43	.....Assiste à un groupe qui partage mes croyances spirituelles.	1	2	3	4	5
44	.....Participe à des activités pour m'aider à grandir spirituellement.	1	2	3	4	5
45	.....Consacre du temps à la prière ou méditation.	1	2	3	4	5
46	.....Utilise mes croyances spirituelles comme guide pour ce que je fais.	1	2	3	4	5
47	.....Satisfait de mes nuits de sommeil.	1	2	3	4	5
48	.....Me couche le soir à l'heure.	1	2	3	4	5
49	.....Contrôle ma colère et mon anxiété.	1	2	3	4	5
50	.....Essaye de me débarrasser du chagrin et de la dépression.	1	2	3	4	5
51	.....Me divertis (par exemple en jardinant, en faisant de l'artisanat, en lisant un journal ou un livre, en jouant aux jeux échecs, en tissant, en regardant la télévision, en écoutant la radio, etc.).	1	2	3	4	5

Partie D : Health Protective Behavior Scale (HPBS)

Cette enquête renseigne sur vos comportements au sujet de votre santé. Répondez à chaque question en reportant le chiffre approprié à l'espace indiqué en pointillé. Si vous êtes incertain au sujet de comment répondre à une question, s'il vous plaît donnez la meilleure réponse que vous pouvez.

N°	Partie I : Coche 1=oui ou 2=non par rapport à votre connaissance des informations de santé suivantes.	1. O ui	2. N on
1	.....Connais (l'interprétation ou la signification) de la valeur de la pression artérielle	1	2
2	.....Connais (l'interprétation ou la signification) la valeur de la glycémie	1	2
3	.....Fais des examens physiques régulièrement	1	2
4	.....Revenu (argent qu'on gagne en travaillant) suffisant pour la consommation générale	1	2
5	.....Apprend la méthode pour faire face aux catastrophes et aux situations d'urgence	1	2

N°	Partie I : Coche 1=oui ou 2=non par rapport à votre connaissance des informations de santé suivantes.					
		1. O ui				2. N on
	Partie II : Indique à quelle fréquence tu exécutes chacun, en utilisant une échelle Likert à 5-points avec 1=Jamais, 2=Rarement, 3=Parfois, 4=Habituellement, 5=Toujours.	1	2	3	4	5
6	.....Remplace les graisses animales par de l'huile végétale	1	2	3	4	5
7	.....Contrôle le sel	1	2	3	4	5
8	.....Contrôle le sucre	1	2	3	4	5
9	.....Mange environ 250g-500g de légumes chaque jour	1	2	3	4	5
10	.....Mange environ 250g des fruits (Ex : 2 tranches d'ananas, 02 oranges) chaque jour environ	1	2	3	4	5
11	.....Garde le poids	1	2	3	4	5
12	.....Soucis pour la sécurité alimentaire	1	2	3	4	5
13	.....Fait de l'activité physique chaque jour d'au moins 30 min ou plus	1	2	3	4	5
14	.....Persuade les autres d'arrêter de fumer	1	2	3	4	5
15	.....Être loin de fumer	1	2	3	4	5
16	.....Dors suffisamment	1	2	3	4	5
17	.....Prends les guides/flyers/tracs médicaux sur la santé	1	2	3	4	5
18	.....Jette les médicaments périmés	1	2	3	4	5
19	.....Connais les méfaits des mariages mixtes (Mariage entre personnes de cultures différentes)	1	2	3	4	5
20	.....Utilise la ceinture de sécurité à bord	1	2	3	4	5
21	.....Utilise des mesures de protection sur le lieu de travail	1	2	3	4	5
22	.....Protège la peau du soleil	1	2	3	4	5
23	.....Utilise un appareil de purification (ou filtrage) d'eau	1	2	3	4	5
24	.....Porte un masque par temps de poussière ou brouillard ou vent ou froid ou nuage	1	2	3	4	5
25	.....M'adapte facilement à un nouvel environnement	1	2	3	4	5
26	.....Profite du plaisir pendant le temps libre	1	2	3	4	5
27	.....Auto-relaxation	1	2	3	4	5
28	.....Obtiens de l'aide des autres	1	2	3	4	5
29	.....Prend en compte les conseils des autres avec plaisir	1	2	3	4	5
30	.....Reste calme dans certains moments clés	1	2	3	4	5
31	.....Fais quelque chose pour changer l'anxiété	1	2	3	4	5
32	.....Fais du mieux pour résoudre les problèmes	1	2	3	4	5

Partie E : Health Behavior Checklist (HBC): new Good Health Practices scale

Pour chaque comportement ci-dessous, dite à quel point il vous décrit à partir d'une échelle allant de **1= Pas du tout moi** à **5= Tout a fait moi**

1	Je fais du sport pour rester en bonne santé	1	2	3	4	5
2	Je mange une alimentation équilibrée	1	2	3	4	5
3	Je prends des vitamines	1	2	3	4	5
4	Je vois un dentiste pour des examens réguliers	1	2	3	4	5
5	Je surveille mon poids	1	2	3	4	5
6	Je limite ma consommation d'aliments comme le café, le sucre et les graisses ou huile	1	2	3	4	5
7	Je recueille des informations sur les choses qui affectent ma santé	1	2	3	4	5
8	Je surveille les signes possibles de problèmes de santé majeurs	1	2	3	4	5

9	Je prends des compléments alimentaires	1	2	3	4	5
10	Je vois un médecin pour des examens/checkups réguliers	1	2	3	4	5
11	J'utilise régulièrement la pâte dentifrice	1	2	3	4	5
12	Je discute de santé avec mes amis, voisins et proches	1	2	3	4	5
13	Je ne fume pas	1	2	3	4	5
14	Je me brosse les dents régulièrement	1	2	3	4	5
15	Je me fais vacciner pour prévenir les maladies	1	2	3	4	5
16	Je dors suffisamment	1	2	3	4	5

Parcours scolaires

Classe	École/Établissement	Localisation/Ville/Village
Maternelle		
SIL & CP		
CEI & CE2		
CMI & CMII		
Secondaire Premier cycle		
Secondaire second cycle		
Supérieur (L1, L2 & L3)		

Merci d'avoir accepté de remplir ce questionnaire !

Annexe B5 : Autorisation pour la traduction et adaptation du questionnaire Adolescents health promotion.



COLLEGE OF NURSING
 CHANG GUNG UNIVERSITY OF SCIENCE AND TECHNOLOGY
 No.2, Chia-Pu Road, West Sec., Putz,
 Chia-Yi, 613-63, Taiwan, R.O.C.
 TEL: 886-5-3628800 ext. 2201 FAX: 886-5-3628866
 E-Mail: meiyen@gw.cgu.edu.tw

Authorization Form

I hereby authorize the “Adolescent Health Promoting Short form Scale” to be translated into French version and given on the research of accessing **【Health literacy skill in Health promotion lifestyle on adolescents.】** which is conducted by Soh Gustave, a Ph.D. Student at the University of Yaoundé I, Cameroon.

This authorization form will be freely available for non-profit use including educational and academic purposes, not for commercial purposes. While it is cited, please clearly mark out the quotation as the following to be consistent with the academic regulations: **【Chen, M. Y. (2014). Adolescent Health Promoting Short form Scale: Development and validation of the short form adolescent health promotion scale. Chen, M.Y., Lai, L.J. Chen, H.C. & Jorge Gaete (2014). *BMC Public Health* 2014 14:1106】**

It is granted to

***Soh Gustave, Doctorant en Psychologie de l'éducation
 Faculté des sciences de l'éducation,
 Université de Yaoundé I
 Yaoundé-Cameroun.***

By: Mei-Yen, Chen



Feb. 16, 2022

Table des matières

Avertissement.....	i
Épigraphe	ii
Dédicace	iii
Remerciements	iv
Liste des Abréviations, sigles et acronymes.....	vii
Liste des tableaux	ix
Liste des figures	xi
Résumé.....	xii
Abstract	xiii
Introduction générale.....	1
Première partie : Maladies cardiovasculaires, littératie en santé et promotion de la santé	8
Introduction de la première partie	9
Chapitre 1 : Le Cameroun face aux maladies cardiovasculaires et aux défis de son système de santé.....	10
1.1 Contexte de l'étude.....	10
1.1.1 Contexte empirique : défis du système sanitaire et émergence des maladies cardiovasculaires.....	10
1.1.1.1 Le monde face aux problèmes majeurs de santé publique	10
1.1.1.2 Situation sanitaire globale du Cameroun	11
1.1.1.3 L'état de la promotion de la santé au Cameroun.....	15
1.1.2 Maladies cardiovasculaires (MCV)	18
1.1.2.1 Définition, facteurs de risques et prévalence	18
1.1.2.2 Les causes et/ou facteurs de risques des maladies cardiovasculaires.....	20
1.1.2.2.1 Troubles métaboliques : Facteurs de risques cliniques des MCV	21
1.1.2.2.2 Facteurs de risques cardiovasculaires liés au mode de vie.....	25
1.1.2.3 Les conséquences des maladies cardiovasculaires.....	31
1.1.2.3.1 Pertes en vies humaines et invalidités	31
1.1.2.3.2 Augmentation des inégalités sociales de santé	32
1.1.2.3.3 Coût financier et ralentissement du développement socio-économique	33
1.1.2.3.4 Les conséquences psychologiques des MCV	34
1.1.2.4 Actions déjà menées jusqu'ici et perspectives	35
1.1.3. Constat théorique	39
1.2 Problème.....	42
1.3 Questions de recherche.....	44
1.3.1 Question principale de recherche (QP)	44

1.3.2 Questions de recherche secondaires (QR).....	45
1.4 Hypothèses de recherche	45
1.4.1 Hypothèse générale de recherche (HG)	45
1.4.2 Hypothèses secondaires de recherche (HR).....	46
1.5 Objectifs de l'étude.....	46
1.5.1 Objectif général.....	46
1.5.2. Objectifs spécifiques.....	46
1.6 Conclusion du chapitre	47
Chapitre 2 : Littératie en santé	49
2.1 Qu'est-ce que la littératie en santé ?.....	49
2.1.1 Origine d'un concept devenu incontournable en éducation à la santé.....	49
2.1.2 Acceptions de la littératie en santé : pourquoi est-il important qu'elle soit définie ?	55
2.1.2.1 De la littératie à la littératie en santé	56
2.1.2.2 Des compétences en matière de santé à la littératie en santé	59
2.1.3 Littératie en santé : notion multidimensionnelle, complexe et hétérogène.....	62
2.1.3.1 Multidimensionnalité : les sept domaines majeurs de la littératie en santé	62
2.1.3.2 La complexité : les typologies de littératie en santé.....	67
2.1.3.3 L'hétérogénéité : les niveaux de la littératie en santé	68
2.1.4 Les déterminants de la littératie en santé	69
2.2 Modèles théoriques et conceptuels de la littératie en santé	72
2.2.1 Les modèles théoriques de la littératie en santé individuelle (LESI).....	72
2.2.2 Cadres de la littératie en santé organisationnelle	84
2.2.2.1 Le modèle écologique de la littératie en santé organisationnelle.....	87
2.2.2.2 Le modèle intégré de soin de la littératie en santé organisationnelle.....	88
2.2.2.3 La théorie de la justice organisationnelle et de l'engagement du patient.....	89
2.2.2.4 Le modèle des dix attributs d'une organisation de soin « pro-littératie »	90
2.2.2.5 Théories de la littératie en santé organisationnelle comme un phénomène complexe	92
2.2.2.5.1 <i>L'approche intersectorielle de la littératie en santé organisationnelle</i>	93
2.2.2.5.2 <i>Le modèle des hôpitaux et organisations de soins de santé/médicaux « pro- littératie » (V-HLO)</i>	93
2.2.2.5.3 <i>Le cadre de sensibilité et de réactivité des organisations de soins de santé (Org-HLR)</i>	94
2.3 Mesure de la littératie en santé	97

2.3.1	Mesure de la littératie en santé individuelle	98
2.3.2	Mesure de la littératie en santé organisationnelle	102
2.3.3	Facteurs restreignant la mesure de la littératie en santé.....	103
2.4	Conclusion du chapitre	105
Chapitre 3 : Promotion de la santé		107
3.1	Promotion de la santé : histoire, définition, finalité et dimensions	107
3.1.1	L'autonomisation : l'ancêtre et le fondement de la promotion de la santé.....	108
3.1.2	Promotion de la santé : un concept mal défini, multi défini ou pas défini du tout ?	109
3.1.2.1	La santé, de quoi parlons-nous ?	110
3.1.2.2	La promotion de la santé, que retenir ?	113
3.1.2.3	La promotion de la santé selon l'axe idéologique.....	114
3.1.2.4	La promotion de la santé selon l'axe pragmatique.....	124
3.1.3	Composantes de la promotion de la santé.....	127
3.1.3.1	Prévention et promotion de la santé	128
3.1.3.2	Promotion de la santé vs Éducation « à », « pour », et/ou « relative à » la santé	132
3.1.3.3	Protection de la santé et promotion de la santé	136
3.1.4	La multidimensionnalité de la promotion de la santé	138
3.2	Les théories de la promotion de la santé.....	142
3.2.1	Le Health Belief Model (HBM).....	143
3.2.2	La théorie de l'action raisonnée et du comportement planifié.....	145
3.2.3	L'auto-efficacité et la théorie sociale cognitive.....	147
3.2.4	Le modèle théorique de la promotion de la santé	148
3.3	Mesure de la promotion de la santé	151
3.3.1	Que mesure-t-on en promotion de la santé ?	152
3.3.2	Outils de mesure des comportements de promotion de la santé	157
3.4	Conclusion du chapitre	158
Conclusion de la première partie.....		159
Introduction de la deuxième partie.....		162
Chapter 4: Psychometric validation of European Health Literacy Survey Questionnaire short forms in Cameroon: Cameroonian Health Literacy Survey Questionnaire short forms (HLS-Cam-Q16 & HLS-Cam-Q6).....		165
4.1	Introduction	165
4.2	Method.....	174

4.2.1 Design and participants	174
4.2.2 Instruments.....	174
4.2.2.1 Subjective well-being (SWB).....	175
4.2.2.2 HLS-EU-Q16 and HLS-EU-Q6	175
4.2.3 Data collection	176
4.2.4 Data analysis	177
4.3 Results	178
4.3.1 Factor structure	178
4.3.2 Internal consistency and construct validity.....	178
4.3.3 Socio-demographic variables and Health Literacy	181
4.4 Discussion.....	181
4.5 Conclusion.....	185
Chapitre 5 : Traduction et adaptation française d'un questionnaire composite d'évaluation des comportements de promotion de la santé pour adolescents et jeunes adultes (AHPB-27)....	186
5.1 Introduction	186
5.2 Méthodologie.....	194
5.2.1 Type d'étude et participants.....	194
5.2.2 Instruments.....	196
5.2.2.1 L'Adolescent Health Promotion (AHP-40).....	196
5.2.2.2 Des dimensions supplémentaires : santé spirituelle et santé mentale	198
5.2.2.3 Questionnaire final	199
5.2.2.4 Health behavior checklist ([HBC], Hampson et al., 2019)	199
5.2.2.5 Health Protective Behavior Scale ([HPBS], Ping et al., 2018)	200
5.2.3 Procédure de traduction et de validation.....	201
5.2.4 Collecte de données et considérations éthiques	207
5.2.5 Analyse des données	208
5.3 Résultats.....	212
5.3.1 Statistiques descriptives	212
5.3.2 Variables sociodémographiques et l'AHPB-27	227
5.4 Discussion.....	228
5.5 Conclusion.....	233
Chapter 6: Health literacy in Cameroon: A cross-sectional national survey	234
6.1 Introduction	234
6.1.1 What is HL?	234

6.1.2 Why is it important to know about HL skills of populations?.....	236
6.1.3 How is HL conceptualized?	238
6.2 Methods	240
6.2.1 Study design, participants and data collection	240
6.2.2 Instruments.....	240
6.2.3 Data analysis	243
6.3 Results	244
6.3.1 General Health Literacy in Cameroon	244
6.3.2 Health literacy and satisfaction with life	245
6.3.3 Socio-demographic variables and HL among Cameroonian	245
6.4 Discussion.....	250
6.5 Conclusion.....	257
Chapitre 7 : La littératie en santé : déterminant indépendant de l'adoption des comportements de promotion de santé chez les adolescents et les jeunes adultes de la ville de Yaoundé	258
7.1 Introduction	258
7.1.1 Littératie en santé et promotion de la santé : une relation complexe au cœur des déterminants de la santé	259
7.1.1.1 Littératie en santé : le déterminant majeur de la santé pour le 21 ^e siècle.....	259
7.1.1.2 Littératie en santé : un « déterminant de déterminants » de la santé.....	262
7.1.2 La relation multifacette entre la littératie en santé et la promotion de la santé.....	265
7.1.2.1 La littératie en santé comme une fondation de la promotion de la santé	266
7.1.2.2 La littératie en santé comme un résultat de la promotion de la santé.....	267
7.1.2.3 La littératie en santé comme un partenaire de la promotion de la santé.....	268
7.1.2.4 La littératie en santé comme une conductrice de la promotion de la santé.....	269
7.1.2.5 La littératie en santé comme une informatrice de la promotion de la santé....	270
7.1.3 La littératie en santé et la promotion de la santé comme déterminant de la santé .	271
7.1.3.1 Facteurs de réduction des inégalités sociales de santé	271
7.1.3.2 Facteurs facilitant l'adhérence thérapeutique.....	274
7.1.3.3 Littératie en santé et promotion de la santé sont liées à l'éducation thérapeutique du patient.....	277
7.1.3.4 Littératie en santé et promotion de la santé comme Empowerment	280
7.1.4 Littératie en santé et promotion de la santé : déterminants mutuels ?	281
7.2 Méthodologie.....	282
7.2.1 Type d'étude et Participants.....	283

7.2.2 Instruments de collecte de donnés	284
7.2.3 Procédure de collecte de données	285
7.2.4 Analyse des données	287
7.3 Résultats.....	288
7.3.1 Relation entre les variables secondaires et la promotion de la santé	288
7.3.1.1 Variables sociodémographiques et comportements de promotion de la santé	288
7.3.1.2 Corrélations entre les dimensions de la littératie en santé et celles de la promotion de santé.....	292
7.3.2 Corrélation entre littératie en santé et promotion de la santé.....	297
7.3.3 Régression multiple	303
7.4 Discussion.....	305
7.5 Conclusion.....	308
Conclusion de la deuxième partie	309
Références	323
Index des auteurs.....	392