

Rapport d'évaluation de l'outil Idéordo

Evaluation de l'efficacité de l'aide visuelle Idéordo sur l'amélioration de la compréhension des ordonnances chez les personnes en situation de grande précarité



Juillet 2024

Ahmed Abdouni, Lison Ramblière, Caroline Douay,

Pierre Chauvin, Valérie Thomas, Lucie Legros

Juillet 2025

Table des matières

Introduction	7
1.Précarité et Inégalités sociales de santé.....	7
1.Epidémiologie de la précarité en Île-de-France	7
2.Les personnes en situation de précarité en moins bonne santé	8
3.Les inégalités sociales de santé comme clé de compréhension	9
2.La littératie en santé	11
2.1.Définition et niveaux de littératie en santé	11
2.2.La littératie en santé est un déterminant de santé	12
2.3.La littératie en santé comme levier d'action.....	13
3.La prise en charge en santé des personnes en situation de précarité	14
3.1.Les obstacles aux soins des patients en situation de précarité	14
3.2.Les dispositifs de soins à destination du public en situation de précarité en Île-de-France ..	15
4.Idéordo : un outil d'aide à la compréhension des ordonnances.....	16
4.1.Les aides visuelles à la compréhension utiles aux patients	16
4.2.Idéordo, un outil d'aide visuelle à la compréhension des ordonnances développé avec les patients et les professionnels de santé	18
4.3.Pré-évaluation d'Idéordo.....	20
Objectifs de l'évaluation	21
1.Objectif principal	21
2.Objectifs secondaires	21
Méthode	22
1.Plan expérimental.....	22
1.1Type d'étude.....	22
1.2Sélection des structures	22
1.3.Période de l'étude	23
1.4.Population et critères.....	23
1.5.Recours à l'interprétariat et indemnisation des participants	24
1.6.Mode de sélection des participants	25
1.7.Taille de l'échantillon	25
1.8.Plan d'échantillonnage	26
2.Collecte des données	27
2.1.Les enquêteurs	27
2.2.Formation des enquêteurs et des médecins des structures participantes	27
2.3.Procédure de collecte	27
2.4.Procédure en cas d'Événement Indésirable Grave.....	28
2.5.Consentement, éthique et aspects réglementaires	28
3.Variables recueillies.....	29
3.1.Variables générales	29
3.2.Score de compréhension.....	29
3.3.Score de complexité des ordonnances	31
3.4.Score de littératie en santé	31
4.Analyse des données	32
5.Financement de l'étude	34
6.Règles d'écriture du rapport.....	34
7.Aide à la lecture des résultats	35

Résultats.....	37
1.Déroulé de l'évaluation de l'aide visuelle Idéordo	37
1.1.Inclusion des participants.....	37
1.2.Les entretiens	38
2.Description de la population de l'étude.....	38
2.1.Age et Sexe	38
2.2.Origine et situation administrative	39
2.3.Situation personnelle et logement	40
2.4.Situation professionnelle et scolarité.....	41
2.5.Recours aux soins, état de santé et consommations d'alcool et de produits psychoactifs....	42
2.6.Langues parlées	44
3.Littératie en santé	45
3.1.Mesure de littératie en santé.....	45
3.2.Facteurs associés à un niveau de littératie en santé insuffisant.....	46
3.3.La perception de la compréhension des ordonnances par les participants	49
4.Complexité des ordonnances.....	51
4.1.Le score MRCI de complexité des ordonnances des participants	51
5.L'impact de l'aide visuelle idéordo sur la compréhension des ordonnances.....	51
5.1.Groupes de niveaux de compréhension des ordonnances.....	51
5.2.Idéordo augmente significativement les scores de compréhension des ordonnances des participants	52
5.3.Idéordo améliore le score de compréhension des ordonnances particulièrement chez les participants avec un niveau de littératie insuffisant	54
5.4.Idéordo améliore le score de compréhension des ordonnances lorsqu'elles sont plus complexes	56
5.5.Analyse des facteurs associés à la compréhension des ordonnances : modèle univarié	58
5.6.Analyse des facteurs associés à la compréhension des ordonnances : modèle multivarié ...	60
5.7.Analyse de l'impact de l'aide visuelle Idéordo selon le niveau de littératie en santé.....	61
Discussion	63
1.L'aide visuelle Idéordo améliore la compréhension des ordonnances des personnes en situation de précarité.....	63
2.Un impact particulièrement marqué chez les personnes ayant un faible niveau de littératie en santé ...	64
3.La compréhension des ordonnances est associée au niveau de scolarité des patients	65
4.Peu d'impact d'Idéordo selon la complexité des ordonnances, dans cet échantillon où les ordonnances sont plutôt simples	66
5.Les patients ont des niveaux de compréhension des ordonnances variables	67
6.La littératie en santé des personnes en situation de précarité et l'importance des aides visuelles	68
7.La compréhension des ordonnances ne veut pas dire observance.....	69
8.Co-construire des outils avec les usagers est un facteur de réussite.....	69
9.Intégration d'Idéordo dans les pratiques cliniques	70
10.Forces et limites	70
Conclusion	71

Liste des Figures

<u>Figure 1 : Exemple de plan de prise idéordo</u>	17
<u>Figure 2 : Cartographie des 53 structures de la base d'échantillonnage de l'étude Idéordo dans un périmètre de 15 km autour de Paris recensé par Soliguide en avril 2024.</u>	21
<u>Figure 3 : Diagramme de flux du déroulé de l'évaluation d'idéordo</u>	35
<u>Figure 4 : Description de l'âge des participants par sexe</u>	37
<u>Figure 5 : Dispersion, médiane et interquartile des niveaux de littératie en santé (score HLQ - module 9) des participants.</u>	43
<u>Figure 6 : Description des niveaux de littératie en santé (score HLQ – module 9) des participants par groupe d'intervention.</u>	44
<u>Figure 7 : Description des niveaux de littératie en santé selon le type d'hébergement, le niveau de scolarité, le temps de présence en France et l'accès à une couverture sociale</u>	46
<u>Figure 8 : Résultats du modèle multivarié réduit analysant les facteurs associés à un niveau de littératie insuffisant.</u>	47
<u>Figure 9 : Perception du niveau de compréhension des ordonnances en fonction des niveaux de littératie en santé (score HLQ - module 9) des participants.</u>	48
<u>Figure 10 : Comparaison des scores de compréhension des ordonnances des participants.</u>	50
<u>Figure 11 : Comparaison des niveaux de compréhension des ordonnances des participants.</u>	51
<u>Figure 12 : Comparaison des scores de compréhension des ordonnances entre les deux groupes d'intervention et en fonction du niveau de littératie en santé.</u>	52
<u>Figure 13 : Comparaison des niveaux de compréhension des ordonnances entre les deux groupes d'intervention et en fonction du niveau de littératie en santé.</u>	53
<u>Figure 14 : Comparaison des scores de compréhension des ordonnances entre les deux groupes d'intervention avec ou sans Idéordo et en fonction de la complexité des ordonnances.</u>	54
<u>Figure 15 : Comparaison des scores de compréhension des ordonnances en catégoriel entre les deux groupes d'intervention et en fonction du niveau de complexité des ordonnances.</u>	55
<u>Figure 16 : Analyse multivariée des facteurs associés au score de compréhension des ordonnances</u> 58	
<u>Figure 17 : Résultats du modèle multivarié incluant l'aide visuelle Idéordo et le niveau de littératie en santé.</u>	59

Liste des Tableaux

<u>Tableau 1 : liste des grappes et des structures tirées au sort</u>	25
<u>Tableau 2 : Descriptif des entretiens réalisés dans le cadre de l'évaluation</u>	37
<u>Tableau 3 : Description de l'âge et du sexe des participants</u>	37
<u>Tableau 4 : Origine géographique, situation administrative et ancienneté de séjour en France des participants.</u>	39
<u>Tableau 5 : Situation personnelle et logement des participants.</u>	40
<u>Tableau 6 : Situation professionnelle et scolarité des participants.</u>	41
<u>Tableau 7 : Description du recours aux soins des participants interrogés.</u>	41
<u>Tableau 8 : Etats de santé des participants.</u>	42
<u>Tableau 9 : Consommations d'alcool et de produits psychoactifs des participants.</u>	42
<u>Tableau 10 : Indicateurs de la littératie en français et dans leur langue maternelle des participants.</u>	43
<u>Tableau 11 : Description des caractéristiques des participants selon leur niveau de littératie en santé.</u>	46
<u>Tableau 12 : Description de la perception de la compréhension des ordonnances en français des participants dans les groupes avec et sans Idéordo.</u>	49
<u>Tableau 13 : Score de complexité des ordonnances MRCI des participants.</u>	50
<u>Tableau 14 : Analyses univariées des facteurs associés au score de compréhension des ordonnances.</u>	57

Introduction

1. Précarité et Inégalités sociales de santé

1. Epidémiologie de la précarité en Île-de-France

Joseph Wresinski exposait pour la première fois en 1987 l'aspect multidimensionnel de la précarité (1). Il l'a définie comme « *l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté, quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible* » (1). Il précise que les situations de précarité se développent lorsque les conditions concernant « *le niveau socio-économique, l'habitat, les réserves financières, le niveau culturel, d'instruction et de qualification professionnelle, les moyens de participation associative, syndicale et politique* » sont défavorables (1). Dès lors, la précarité peut s'entendre comme la conséquence de ruptures de liens sociaux dans les différentes sphères de socialisation (familiale, amicale, professionnelle, etc.) et résulter, notamment, d'expériences vécues comme une séparation conjugale, une perte d'emploi, une migration (intra ou internationale) (2). Si la précarité a un impact sur la santé (voir infra), elle peut également résulter elle-même de nombreuses situations de santé : maladies chroniques, handicaps, troubles psychiatriques, dépendances liées à l'âge (3). Il y a donc un gradient dans la précarité : de la grande exclusion (notamment les personnes sans-abri) à la grande vulnérabilité (par exemple les personnes sans papier), jusqu'aux différentes situations d'isolement social ou d'expériences vécues péjoratives.

Cet aspect protéiforme de la précarité est un défi pour la mesurer, même si des scores individuels de précarité ont été développés (4), en particulier dans le Grand Paris. Sur les aspects économiques, la population francilienne - bien qu'ayant en moyenne un niveau de vie médian élevé et un niveau de qualification élevé de ses emplois - est fortement marquée par les inégalités sociales et territoriales (5,6). Par exemple en 2021, malgré un haut niveau de vie médian (25 210 euros en Île-de-France contre 23 000 euros en France métropolitaine), le

taux de pauvreté ¹ y est plus élevé que la moyenne nationale (16,1 % en Île-de-France contre 15,3 % en France métropolitaine) (7). Sur les aspects du logement, la Fondation pour le logement des défavorisés, anciennement Fondation Abbé Pierre, estime le nombre de personnes mal logées en 2024 à 4,1 millions et 350 000 personnes sans domicile en France, un chiffre qui a triplé depuis 2001 (8). Globalement, l'Île-de-France, qui compte 12 millions d'habitants, soit 18 % de la population française sur 2 % du territoire national, est une région très contrastée socialement puisqu'on y trouve les départements les plus riches de France métropolitaine (Paris et Hauts-de-Seine) mais également le département le plus pauvre (Seine-Saint-Denis) (9). C'est également la région où les taux de mal-logement, de population en grande précarité et de personnes immigrées sont les plus élevés (9).

2. Les personnes en situation de précarité en moins bonne santé

La précarité entraîne des répercussions directes sur la santé, car les personnes en situation de précarité sont plus susceptibles de souffrir de pathologies que la population générale (10–12). L'enquête 'France portrait social' menée par l'Insee en 2023 atteste d'une corrélation entre niveau de vie et santé : 37,5 % de la population générale française déclarent un problème de santé chronique ou durable, contre 45 % parmi les personnes en situation de précarité (13). Statistiquement, elles présentent 2,8 fois plus de diabète et 2,2 fois plus de maladies du foie ou pancréas (13). Les personnes en situation précaire ont également des risques plus élevés d'insécurité alimentaire (notamment les personnes sans-abri) (14) et d'obésité (15).

Concernant la prévalence des troubles psychiques sévères chez les personnes sans domicile, l'étude Samenta conduite par l'Observatoire du Samusocial et l'Inserm en 2009 (16–18) l'estime à environ 30 %. Cette même étude décrit une prévalence de 21 % pour la dépendance à l'alcool et les troubles de personnalité, de 20 % pour les troubles dépressifs majeurs, de 17 % pour la consommation de drogues, de 13 % pour les troubles psychotiques et de 4 % pour les troubles anxieux généralisés. Le suivi des soins en santé mentale est particulièrement problématique dans cette population (19). Selon les données internationales (17,20), la prévalence des troubles psychiques dans la population des personnes en situation de précarité dépasse 75 % si on inclut des troubles comme la dépression, l'anxiété ou le trouble de stress post-traumatique. La prévalence pour la dépendance à l'alcool atteint 34 %

¹ Les personnes pauvres sont celles dont le niveau de vie est inférieur à 60 % du niveau de vie médian de la France métropolitaine.

à l'échelle internationale, 24 % pour la consommation de drogues, 23 % pour les troubles de personnalité, 13 % pour les pathologies psychotiques et 11 % pour les troubles dépressifs majeurs (21).

Les personnes en situation de précarité font également face à davantage de renoncement aux soins (22). En effet, vivre sous le seuil de pauvreté monétaire multiplie par 1,6 le risque de renoncer à des soins, tandis qu'être pauvre en termes de conditions de vie² le multiplie par 3,2 (22). Pour autant, être couvert par une complémentaire santé limite le renoncement aux soins, le reste à charge étant généralement réduit. En particulier les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) devenue la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) renoncent cinq fois moins que les personnes sans complémentaire santé (22), grâce à une prise en charge intégrale et l'absence d'avance de frais. Encore faut-il avoir demandé d'en bénéficier (environ 30 % des bénéficiaires théoriques ne sont pas couverts (23)) : une démarche qui est, justement, entreprise le plus souvent quand un problème de santé aigu survient. Toutefois, des obstacles subsistent dans l'accès aux soins des bénéficiaires, notamment l'accès limité à certains spécialistes, les délais de rendez-vous et les refus de soins (24).

3. Les inégalités sociales de santé comme clé de compréhension

Les inégalités sociales de santé (ISS) désignent les relations étroites entre l'état de santé et l'appartenance à une catégorie sociale. Bien qu'elles concernent toute la population (25), les ISS permettent également de lier l'impact de la précarité sur la santé des individus puisqu'elles permettent d'étudier l'ensemble du continuum social : des situations les plus précaires³ jusqu'aux classes sociales les plus privilégiées. Comme le rappelle l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ces inégalités « *sont systématiques (les différences ne sont pas distribuées au hasard mais selon un schéma constant dans la population), socialement construites et donc injustes et modifiables* » (26,27). Les déterminants sociaux de santé sont les facteurs non

² Les « personnes pauvres en termes de conditions de vie » sont celles qui cumulent au moins huit privations ou difficultés matérielles parmi les 27 liées à l'insuffisance des ressources, aux retards de paiement, aux restrictions de consommation et aux difficultés liées au logement de vie.

³ En pratique, les personnes en situation de grande précarité ou d'exclusion sociale sont rarement présentes dans les études en épidémiologie sociale en « population générale » pour des raisons méthodologiques. Conduire des enquêtes auprès des personnes en grande précarité, notamment celles sans-abri, fait appel à des méthodes particulières pour joindre ces populations, dont l'Observatoire du Samusocial s'est fait une spécialité.

médicaux qui influencent la santé des individus (27,28), qui peuvent être matériels (pauvreté monétaire, logement insalubre ou sans-abrisme, précarité alimentaire, expositions environnementales ou professionnelles, etc.) ou psychosociaux (isolement, réseaux sociaux, stress au travail, violences vécues, etc.). Ces déterminants sociaux individuels s'inscrivent bien entendu dans des déterminants plus structurels, propres à chaque pays, notamment les politiques publiques en matière d'accès au logement, de droit du travail, d'accès aux prestations sociales, de prévention et de promotion de la santé, d'assurance maladie et d'accès aux soins (29). Ce sont « *les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie, ces circonstances étant déterminées par plusieurs forces : l'économie, les politiques sociales et la politique* » (27).

Les ISS se manifestent ainsi dès avant la naissance, notamment à travers des différences dans le suivi prénatal et un risque augmenté d'évènement grave pendant la grossesse et à l'accouchement (30). Ces écarts continuent ensuite de se creuser durant l'enfance (13). Notamment en raison de l'exposition à des facteurs de risque environnementaux, les ISS sont déjà bien ancrées à l'entrée dans la vie adulte et auront des conséquences sur la santé tout au long de la vie (13). Ces écarts ne reflètent pas uniquement des choix individuels, mais aussi une inégale répartition des ressources favorables à la santé, comme l'accès à l'information, à une alimentation équilibrée, à des soins de qualité, etc. Par exemple, en France, selon les données de l'Insee, 28,1% des salariés peu qualifiés fumaient quotidiennement, contre 15 % des personnes exerçant une profession intellectuelle et scientifique (13). Ces inégalités s'observent aussi dans les indicateurs de santé physique : l'obésité touche 15,4 % des ouvriers qualifiés, contre seulement 8,5 % des personnes exerçant une profession intellectuelle et scientifique (13).

La conséquence la plus parlante de ces inégalités est l'écart d'espérance de vie entre groupes socioprofessionnels : en France, il existait en 2018 un écart alarmant entre l'espérance de vie des 5 % des hommes les plus riches et des 5 % les plus pauvres de 12,7 ans (et de 8 ans pour les femmes) et cet écart continue de s'accroître (31). Pour les personnes dans des situations de précarité extrêmes, le constat est encore plus alarmant puisque l'âge moyen au décès d'une personne sans-abri est de seulement 48,8 ans en 2023 (32).

Malgré des améliorations majeures de l'espérance de vie et des indicateurs de santé globaux dans les pays développés, les ISS restent significatives dans de nombreux pays (27), y compris en France (33). Les ISS relèvent de la responsabilité collective et en particulier de l'action des

pouvoirs publics, responsables de l'équité en santé et de l'égalité de l'accès aux droits pour toutes et tous sans distinction (26,34).

2. La littératie en santé

2.1. Définition et niveaux de littératie en santé en France

La littératie a été définie par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) comme « *la capacité de comprendre, d'évaluer, d'utiliser et de s'approprier des textes écrits pour participer à la société, réaliser ses objectifs et développer ses connaissances et son potentiel* » (35). Selon l'OMS, elle est identifiée comme un déterminant considérable de la santé, suivant un gradient social et affectant les individus les plus vulnérables (36). D'après l'OCDE, près de 60 % de la population française n'a pas un niveau de littératie suffisant pour comprendre des supports de documentation écrite, considéré comme le minimum convenable pour composer avec les exigences de la vie quotidienne et du travail (37). Les inégalités de littératie se manifestent également au sein même du territoire métropolitain. Selon l'Agence nationale de lutte contre l'illettrisme, 13 % des franciliens ont des difficultés avec la compréhension de l'écrit (11 % au niveau national) (38). Ces difficultés touchent particulièrement les Franciliens les plus précaires. Les personnes scolarisées à l'étranger ou non scolarisées sont plus à même de rencontrer des difficultés, ce qui représente 20 % des franciliens (8 % au niveau national) (38).

Sorenson propose une définition de la littératie en santé qui fait consensus (39), c'est « *la connaissance, les compétences, la motivation et la capacité d'un individu à repérer, comprendre, évaluer et utiliser des informations sur la santé lors de la prise de décisions dans les contextes des soins de santé, de la prévention des maladies et de la promotion de la santé pour maintenir ou améliorer la qualité de la vie au cours de la vie* ». Les facteurs de vulnérabilité à un faible niveau de littératie en santé sont : un faible niveau scolaire, un âge élevé, le fait d'être immigré, ou encore d'avoir des problèmes de santé (40). Un faible statut socio-économique, en particulier un faible niveau d'éducation, est le principal déterminant de la littératie en santé (41,42). Par exemple, les populations en situation de précarité, qu'il s'agisse de personnes migrantes, en situation de sans-abrisme, de travailleurs pauvres ou de chômeurs de longue durée, présentent souvent un niveau de littératie en santé plus faible (1,43,44).

Une étude récente de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) montre que 11 % des personnes présentent des difficultés de littératie en santé en France (45).

2.2. La littératie en santé est un déterminant de santé

D'après la revue de littérature de S. Coughlin et al (46), la littératie en santé n'est pas seulement une caractéristique individuelle ou un facteur de risque associé à de moins bons résultats en matière de santé. Elle est également un enjeu pour les familles, les communautés et les organisations fournissant des services sociaux et de santé (47). En ce sens, la littératie constitue un levier pour permettre aux individus et aux communautés de mieux comprendre et gérer leur santé (46,48,49). La littératie en santé va au-delà de la maîtrise de la lecture, de l'écriture et du calcul et regroupe la littératie fonctionnelle et communicative en santé. La littératie fonctionnelle en santé⁴ inclut par exemple la possibilité de saisir le sens d'un texte, l'interprétation des images et la communication orale (51,52). La littératie communicative en santé⁵ est essentielle pour les compétences abstraites telles que la compréhension de la décision médicale, des mécanismes thérapeutiques et leurs risques et contraintes (51,52). Des difficultés dans ces domaines entraînent des barrières dans la compréhension des informations disponibles et pertinentes, la communication des symptômes et des attentes de soins aux professionnels et la compréhension des indications médicales (39,53).

Le manque de capacité à gérer efficacement sa santé constitue notamment un obstacle à l'accès aux services de santé et à la prise de décisions éclairées (54,55). Un faible niveau de littératie en santé est associé à des résultats de santé moins favorables ainsi qu'à une utilisation moins efficace des services de soins (55). Il est également corrélé à une augmentation des hospitalisations et du recours aux soins d'urgence et une diminution de l'observance thérapeutique (39). D'ailleurs, les personnes ayant un faible niveau de littératie

⁴ La littératie fonctionnelle en santé désigne le niveau de base des compétences en lecture et en écriture permettant d'obtenir, de comprendre et d'utiliser des informations factuelles, par exemple sur les risques sanitaires, les prescriptions de médicaments ou la manière d'utiliser le système de soins de santé (50).

⁵ La littératie communicative en santé fait référence aux compétences avancées qui permettent à une personne d'extraire des informations, de tirer un sens de différentes sources d'information et de différents supports de communication et d'appliquer de nouvelles informations à des circonstances changeantes (50).

en matière de santé sont plus susceptibles de présenter une maladie avancée (48) et sont exposées à des taux de mortalité plus élevés (55).

La littératie en santé est un facteur important dans la prévention des maladies (56–58) avec une moindre participation à des programmes de dépistage (59,60) et une plus faible utilisation des services de prévention (61) chez les personnes ayant un niveau insuffisant de littératie en santé. Ce faible niveau de littératie en santé a également un impact négatif sur l'autogestion des maladies et les comportements individuels en matière de santé, tels que l'adhésion aux interventions de contrôle du poids et de sevrage tabagique (62,63). Par exemple, la littératie en santé est associée à l'obésité, aux choix alimentaires et à l'exercice physique (51). De fait, le renforcement de la littératie en santé aide à lutter contre les inégalités en matière de santé.

2.3. La littératie en santé comme levier d'action

Afin de prendre des décisions éclairées concernant leur santé, les personnes doivent appréhender et traiter les informations médicales. Les interventions qui intègrent une communication simple (langage clair, supports visuels accessibles) ont permis d'améliorer la gestion des soins de santé primaire, notamment dans les populations défavorisées (64). D'autres études soulignent que des informations culturellement adaptées contribuent à réduire les disparités en matière de santé dont le nombre de cancers (65,66). La littératie en santé est associée à d'autres déterminants sociaux de la santé (par exemple, l'éducation, le revenu, les mesures régionales de désavantage social) tout aussi essentiels à la réussite des efforts de prévention et de contrôle des maladies visant les disparités de santé (67).

L'amélioration de la littératie en santé devrait se traduire par une meilleure utilisation des services préventifs, une meilleure adhésion aux traitements médicaux et une meilleure participation aux décisions en matière de santé (68). Les interventions efficaces pour améliorer la littératie en santé peuvent inclure des interventions visant à améliorer la communication entre le patient et le professionnel de santé ou à développer les compétences des personnes peu alphabétisées (69). L'OMS recommande de privilégier un langage clair et simple, de fournir des informations pertinentes et fiables, d'élaborer les documents d'information en tenant compte de la diversité culturelle, du genre, de l'âge et des spécificités individuelles (36).

3. La prise en charge en santé des personnes en situation de précarité

3.1. Les obstacles aux soins des patients en situation de précarité

Les personnes en situation de précarité sont confrontées à de nombreux obstacles pour accéder aux soins, comme la méconnaissance de l'organisation du système de soins (et des droits en matière d'assurance maladie), les difficultés à obtenir des rendez-vous médicaux, les refus de soins, des contraintes financières ou une mauvaise compréhension des informations médicales, notamment des prescriptions médicales sur ordonnances (70). En conséquence, ces obstacles conduisent fréquemment les personnes en situation de précarité à retarder leurs démarches médicales ou, dans certains cas, à y renoncer totalement. Ainsi, Médecins du Monde, à travers ses centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) rapporte que, selon les médecins exerçant dans leurs structures, 50 % des patients présentent un retard de recours aux soins. Ce retard est plus important chez les personnes âgées, celles vivant en squat/bidonville ou sans domicile, celles en situation irrégulière de séjour, celles sans couverture maladie et celles déclarant avoir renoncé à des soins (71). Aussi selon eux, 43 % des patients nécessitent une prise en charge urgente ou assez urgente (71).

En matière de prévention, les campagnes de santé publique sont d'autant moins efficaces que le niveau de revenus est bas (exemple de la consommation de tabac qui est en nette diminution chez les cadres mais qui connaît une remontée parmi les personnes sans emploi) (72). Au sujet des dépistages, la participation aux dépistages des cancers dépend de facteurs socio-économiques : pour les cancers gynécologiques, les femmes avec un niveau de diplôme plus faible, des revenus modestes, immigrées ou issues de l'immigration et/ou habitant dans des quartiers à bas niveaux de revenus ont les taux de participation les plus faibles pour le dépistage du cancer du sein, et surtout, celui du cancer cervico-utérin (73,74). Ce faible recours au dépistage du cancer du col utérin a aussi été observé chez les femmes sans domicile de l'agglomération parisienne (75).

Plus les patients cumulent de motifs de consultation et de prescriptions médicamenteuses, moins leurs connaissances sur ces traitements sont précises (70). Par ailleurs, un manque de communication ou de compréhension entre patients et professionnels de santé, notamment concernant les médicaments, peut induire une mauvaise compréhension de la maladie, des bénéfices/risques d'un traitement, et mener à un défaut d'adhésion au traitement (70). Pour résumer, ces constats laissent penser que le système de santé tel qu'il est aujourd'hui

structuré et les pratiques médicales habituelles⁶ tendent à exclure de fait celles et ceux qui en maîtrisent mal les codes, qu'il s'agisse de la langue, des démarches administratives ou des usages médicaux. Face à ces difficultés, les dispositifs associatifs jouent un rôle essentiel, en offrant un accompagnement adapté et souvent plus accessible : on parle de dispositifs « à bas seuil », c'est-à-dire sans conditions d'accès, notamment en termes de couverture maladie. Par exemple, Médecins du Monde évalue que 77 % des personnes ayant fréquenté leurs structures en 2024 et théoriquement éligibles à la PUMa⁷ (Protection universelle maladie) ou à l'AME⁸ (Aide médicale d'Etat) ne sont pas couvertes quand elles viennent consulter pour la première fois (71) : notamment par méconnaissance des droits et des structures (30 %) et à cause des difficultés administratives qui leur sont opposées (29 %) (71).

3.2. Les dispositifs de soins à destination du public en situation de précarité en Île-de-France

Des dispositifs de soins, institutionnels ou associatifs, existent pour répondre aux besoins des personnes en situation de précarité, qui rencontrent de nombreux obstacles à l'accès aux soins : couverture sociale insuffisante, contraintes financières, discriminations et faible littératie en santé. Ces dispositifs, généralistes ou spécialisés (dermatologie, pédiatrie, bucco-dentaire, psychiatrie, ophtalmologie, etc.) offrent une prise en charge adaptée, contribuant à préserver un accès à la santé.

En Île-de-France, plusieurs dispositifs proposent des services de santé aux personnes en situation de précarité, qu'elles disposent ou non de papiers. Dans ce rapport, une attention particulière est portée sur ces dispositifs en lien avec l'étude, parmi lesquels :

- Les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) (72) : Le dispositif PASS, instauré en 1998 dans le cadre de la Loi contre l'exclusion et la pauvreté à l'initiative de Jacques Lebas, est aujourd'hui géré dans le cadre de la Loi de modernisation du système de santé de janvier 2016. Ces dispositifs, présents dans 22 hôpitaux de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) et 49 hôpitaux pour l'ensemble de la région Île-de-France, fournissent une prise en charge médicale aux personnes ayant des difficultés à accéder aux soins en

⁶ Rares restent les structures de soins qui, par exemple, bénéficient de l'intervention de médiateurs en santé.

⁷ La PUMa permet à toute personne résidant de manière stable et régulière en France d'être couverte par l'Assurance maladie, sans condition de durée de travail.

⁸ L'AME offre une couverture médicale aux personnes en situation irrégulière résidant en France depuis plus de trois mois, sous réserve de respecter un plafond de ressources.

raison de l'absence de protection sociale, de conditions de vie précaires ou de contraintes financières. Elles proposent des consultations de médecine générale ou autres spécialités gratuites. Elles accompagnent également les personnes dans la reconnaissance de leurs droits, selon des modalités diversifiées et selon le contexte et les spécificités territoriales.

- Le Samusocial de Paris (SSP) (76) : Le SSP est un acteur majeur dans la santé des personnes en situation de précarité de la région Île-de-France. Le SSP existe depuis 1993 et il lutte quotidiennement contre l'exclusion des personnes et des familles qui sont sans domicile fixe et leur viennent en aide, en évaluant leur situation, puis en leur proposant un hébergement temporaire, des soins, un accompagnement ou une orientation vers un dispositif d'aide adapté à leur situation. Parmi les structures du SSP qui accueillent et soignent les personnes en situation de précarité, les ESI (Etablissement, Solidarité, Insertion), les LHSS (Lits Haltes Soins Santé), les LAM (Lits d'Accueil Médicalisés) permettent un accueil de jour ou bien avec un hébergement sur du plus ou moins long terme.
- Les Centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) de Médecins du Monde (77) : ces centres proposent des consultations médicales gratuites ainsi qu'un soutien psychologique et un accompagnement social avec une aide à l'ouverture des droits aux personnes en situation de précarité, y compris celles sans titre de séjour. Il existe deux centres en Île-de-France : un à Paris (12^{ème}) et un à Saint-Denis (93).
- Les accueils de jour et ESI : ces structures constituent des lieux d'accueil inconditionnel destinés aux personnes en situation de grande précarité. Elles proposent un accompagnement global associant aide alimentaire, accès à l'hygiène, domiciliation administrative, soutien social et orientation vers les dispositifs de droit commun. Certaines de ces structures intègrent également des consultations de santé, constituant un point d'entrée accessible et rassurant vers le système de santé.

Les associations organisent parfois des consultations médicales dans des lieux de vie ou des accueils de jour (au principe de l'« aller vers »), ce qui permet d'aller vers les personnes en situation de précarité, de lever certains freins liés à la mobilité ou à la méfiance envers les structures de santé classiques, et de proposer une prise en charge globale incluant un accompagnement social.

4. Idéordo : un outil d'aide à la compréhension des ordonnances

4.1. Les aides visuelles à la compréhension utiles aux patients

L'utilisation de l'image améliore considérablement la communication des informations de santé et notamment l'observance (78), l'apprentissage (79), l'attention, la mémorisation et la compréhension des informations d'éducation à la santé, le respect des consignes de santé (80) et la littératie en santé (81). Ces recherches montrent aussi que cet apport concerne tous les patients, particulièrement les moins alphabétisés ou ceux ayant un faible niveau de littératie qui sont les plus susceptibles d'en bénéficier. Von Beusekom et al (82–84) ont développé un ensemble de modalités permettant d'élaborer des supports et outils imagés adaptés, notamment adressés aux personnes ayant un faible niveau de littératie (contextualisation de l'image avec les organes concernés, utilisation de supports courts et structurés, implication des utilisateurs dans la conception de l'outil). Les études s'accordent sur le besoin d'intégrer des images dans la communication en santé, ce qui peut considérablement renfoncer la compréhension des instructions médicales (80). Une étude qualitative sur les compréhensions des ordonnances des personnes sourdes a conduit une réflexion qui suggère que la compréhension s'avérait en lien avec la notion de temporalité, l'usage de mots adéquats et la délivrance de différents types de documents. Les professionnels utilisaient entre autres la reformulation, des tableaux, calendriers, ou encore des dessins pour mieux expliquer leurs ordonnances aux patients (85). Une évaluation récente montre que l'utilisation de pictogrammes pour des prescriptions médicales est utile et améliore leur compréhension en comparaison à des instructions écrites seules (86). De l'avis des professionnels de santé et notamment des médecins, une étude récente a révélé que les médecins trouvent les aides visuelles très utiles pour 94 % d'entre eux et 71 % les utilisent régulièrement (schéma, images imprimées ou numériques) (87). D'ailleurs, ils l'utilisent d'autant plus que le niveau de littératie en santé du patient est jugé faible mais ils soulignent toutefois la difficulté de trouver de bonnes ressources (87).

Concrètement, à l'échelle internationale, plusieurs outils ont été expérimentés, dont la Card Pill développée par Kripalani et al. en 2007 (88) qui présente le nom du médicament écrit associé à des images décrivant son utilité, sa forme et le(s) moment(s) de prise dans la journée. Les résultats de cette étude ont montré que trois mois après la distribution de l'outil, 60 % des patients l'utilisaient encore et 94 % le jugeaient utile pour se souvenir d'informations essentielles sur leur traitement. Un autre outil développé par Mohan et al en 2012 (89) est un site internet qui permet l'élaboration automatique d'un plan de prise avec des informations

écrites et imagées présentant le nom du médicament, sa forme, son utilité, ses conditions de prise et les moments de prise dans la journée. Les utilisateurs de ce site rapportent une amélioration de plusieurs éléments de compréhension de l'ordre de 80 %. Enfin, l'outil développé par Send et al en 2013 (90,91) qui génère automatiquement des plans de prise avec le nom du médicament, sa forme, son utilité, ses conditions et moments de prise et des recommandations complémentaires possibles triple le taux de bonnes réponses des patients à un questionnaire sur leurs médicaments. Ces quelques rares outils restent assez peu diffusés, certains sont payants et difficiles d'accès et ne conviennent pas à la population des personnes en situation de précarité. C'est pourquoi le Samusocial de Paris a souhaité développer une aide visuelle, disponible en libre accès et sans droits d'utilisation, à destination des publics précaires, baptisée « Idéordo ».

4.2. Idéordo, un outil d'aide visuelle à la compréhension des ordonnances développé avec les patients et les professionnels de santé

Idéordo a été développé afin de répondre à une demande du terrain. Quotidiennement confrontés à des personnes en situation de grande précarité présentant des problématiques de littératie en santé, les professionnels de santé ont exprimé le besoin d'un outil facilitant la compréhension et l'observance des traitements. De leur côté, de nombreuses personnes prises en charge par le Samusocial de Paris ont rapporté des difficultés à identifier leurs traitements et à comprendre les informations nécessaires à une bonne prise de leurs médicaments.

L'outil Idéordo est né de la volonté de répondre à ce problème de santé publique en l'absence d'autres solutions disponibles spécifiquement dédiées à cette population hétérogène en termes d'âge, d'origine, et de problématiques sanitaires. Cet outil visuel vise à faciliter la compréhension des ordonnances médicamenteuses. Le développement d'Idéordo a été porté par un comité de pilotage composé pour moitié de professionnels de santé et pour moitié de personnes hébergées en LHSS, qui dès 2021 a réfléchi et conçu cet outil.

Idéordo est un plan de prise accompagnant une ordonnance écrite de médicaments, représenté dans la

Figure 1. Ce plan de prise prend la forme d'un tableau où chaque ligne correspond à un médicament prescrit sur l'ordonnance écrite et chaque colonne permet de décrire les informations relatives à la prise du traitement : son indication, sa voie d'administration, sa présentation, ses moments de prise dans la journée, le nombre d'unité par prise, la condition éventuelle de prise et la durée du traitement. Chaque ligne de l'ordonnance est identifiée par une gommette de couleur, qui est elle-même collée sur la boîte de médicament correspondante, et reportée sur une ligne du tableau. Le prescripteur colle des étiquettes avec des pictogrammes dans les cases du tableau pour illustrer les modalités de prise des médicaments. Les pictogrammes ont été développés par le comité de pilotage pour être au plus proche des besoins des patients.

Figure 1 : Exemple de plan de prise idéordo

A – Ordonnance écrite

N° FINESS XX XXX

Dr X X
RPPS XXXXXXXXXXXX

Mme Z Z
Né.e le 25/01/1965
68kg
Le 15/12/2023

Ordonnance

1 - **PARACETAMOL comprimé 1000mg voie orale :**
1 comprimé matin, midi et soir si douleur au bras, pendant 7 jours

2 - **LEVOTHYROXINE SODIQUE comprimés 75microgrammes voie orale :**
1 comprimé matin avant les repas, pendant 3 mois (traitement de fond)

B – Ordonnance imagée



Nom, prénom : *Mme Z Z* Date de naissance : *25/01/1965*

Date : *15/12/2023* Coordonnées du professionnel : *01 -- -- -- --*

Ligne de l'ordonnance	Pourquoi ce médicament	Comment je le prends	Matin	Midi	Soir	Consignes de prise	Pendant combien de temps

Note : Le plan de prise avec les colonnes correspondant aux informations et les pictogrammes d'aide à la prise et en haut à droite, l'ordonnance du patient avec les gommettes de couleur qui permettent d'identifier les médicaments sur le plan de prise.

4.3. Pré-évaluation d'Ideordo

Idéordo a fait l'objet d'une pré-évaluation exploratoire auprès des personnes hébergées dans chacun des cinq LHSS portés par le Samusocial de Paris (92). Elle a suggéré une amélioration de la médiane de la compréhension de 24 % sur des modèles d'ordonnances standardisés fictifs. Cette amélioration atteignait 55 % pour les personnes ayant des caractéristiques associées à des faibles niveaux de littératie en santé (faible niveau de scolarisation, immigration récente, mauvaise maîtrise du français, et difficultés à lire une langue). Ces résultats préliminaires ont été le point de départ de l'étude présentée dans ce rapport, visant à évaluer l'outil en conditions réelles et sur un échantillon de patients représentatif de ceux qui consultent les structures de soins destinées aux personnes en situation de précarité.



Objectifs de l'évaluation

Ce rapport présente l'évaluation clinique de l'aide visuelle Idéordo sur la compréhension des ordonnances en conditions réelles auprès de la population francilienne qui fréquente les structures médicales destinées aux personnes en situation de précarité. Cette évaluation est articulée autour d'un objectif principal et de plusieurs objectifs secondaires.

1. Objectif principal

L'objectif principal de l'évaluation clinique était de déterminer l'impact de l'outil Idéordo sur le niveau de compréhension des ordonnances en condition réelle chez des personnes usagères des structures de soins destinées aux personnes en situation de précarité sur le territoire de Paris et sa proche banlieue.

2. Objectifs secondaires

Cette évaluation avait pour objectifs secondaires :

- De mesurer les niveaux de compréhension des ordonnances de médicaments dans la population des personnes en situation de précarité en Île-de-France ;
- D'évaluer les niveaux de compréhension des ordonnances de médicaments dans différents sous-groupes de niveaux de littératie en santé de la population des personnes en situation de précarité en Île-de-France ;
- De mesurer le niveau de littératie en santé dans la population des personnes en situation de précarité en Île-de-France ;
- D'identifier les facteurs influençant la compréhension des ordonnances de médicaments des personnes en situation de précarité en Île-de-France.

Méthode

1. Plan expérimental

1.1 Type d'étude

L'étude était une évaluation clinique interventionnelle multicentrique randomisée par grappes. L'étude comparait la compréhension des ordonnances délivrées aux patients, écrites seules conformément aux dispositions du Code de la santé publique (notamment à son article R.161-45), à celle d'ordonnances écrites délivrées aux patients accompagnés du plan de prise imagé Idéordo.

1.2 Sélection des structures

Les structures éligibles étaient des structures de consultation de soins pour les personnes en situation de précarité et qui délivrent des ordonnances de médicaments. Ces structures ont été identifiées via Soliguide, une plateforme numérique d'orientation qui recense les services solidaires pour les personnes en difficulté, notamment en Île-de-France (93). Pour construire la base d'échantillonnage, les structures retenues étaient celles labellisées « consultation de médecine générale », destinées aux personnes en situation de précarité, à Paris et dans un rayon de 15 km, recensées en avril 2024. Ces structures médicales délivraient des consultations de médecine générale, de soins infirmiers et permettaient aux patients de voir un pharmacien pour récupérer leurs médicaments. Ont été exclues les structures de consultation en santé sexuelle ou en addictologie puisque l'outil Idéordo évalué dans le cadre de cette étude ne nous semblait pas (ou pas encore) adapté, ainsi que les centres de santé municipaux (qui ne reçoivent pas uniquement des personnes en situation de précarité, ce qui aurait imposé une préselection des participants, difficile à mettre en œuvre). La base d'échantillonnage ainsi obtenue, composée de 53 structures, est cartographiée dans la Figure 2. La liste détaillée et complète des structures qui composent la base d'échantillonnage est présentée en Annexe 1.

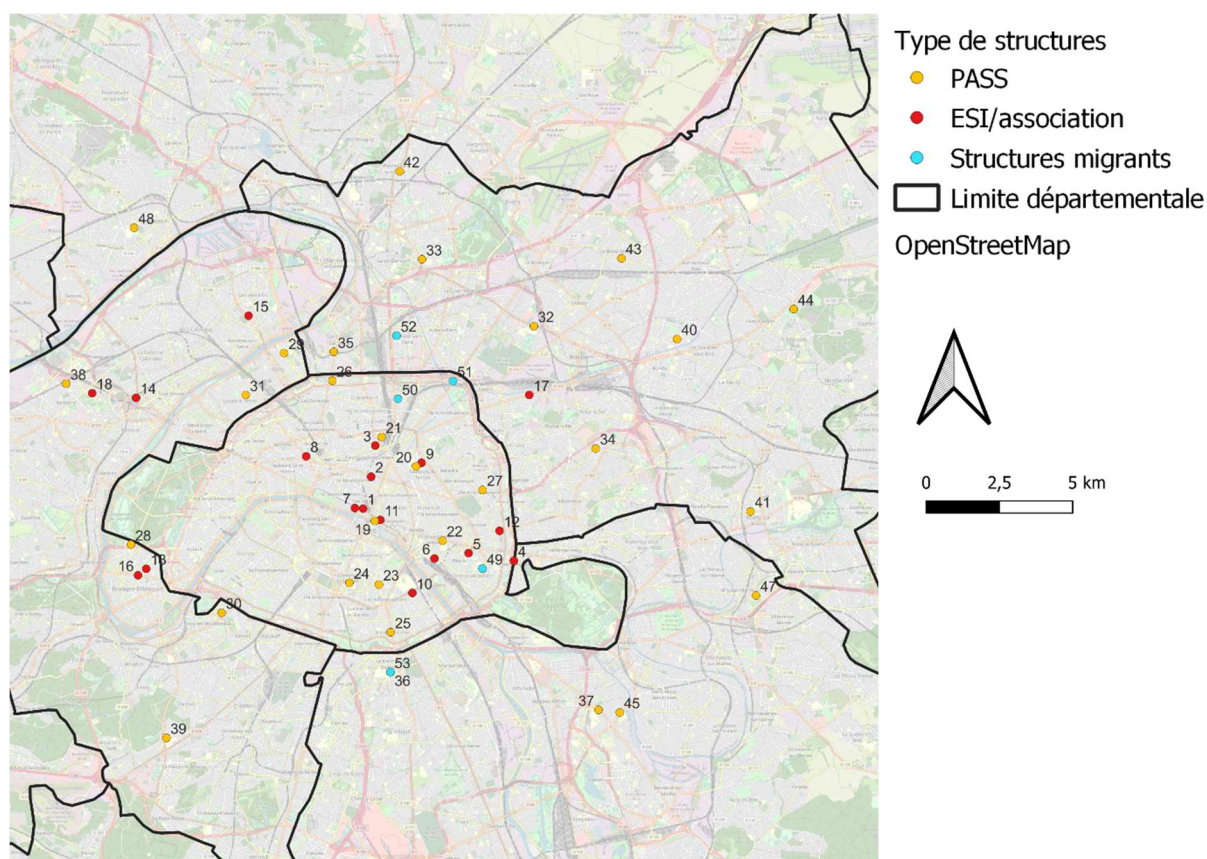


Figure 2 : Cartographie des 53 structures de la base d'échantillonnage de l'étude Idéordo dans un périmètre de 15 km autour de Paris recensé par Soliguide en avril 2024.

Note : Les numéros des structures sont référencés avec le nom des structures correspondantes en Annexe 1.

1.3. Période de l'étude

Le tirage au sort des structures a eu lieu en avril 2024. Le recueil des données s'est déroulé entre juillet et novembre 2024.

1.4. Population et critères

1.4.1. Population cible et source

La population cible était constituée des personnes en situation de précarité à Paris et sa proche banlieue.

La population source était constituée des personnes en situation de précarité usagères des structures de consultation médicale dédiées à des personnes en situation de précarité et

délivrant des ordonnances sur un périmètre de 15 km autour de Paris et ce pendant la période d'étude.

1.4.2. Critères d'inclusion et d'exclusion des participants

Critères d'inclusion : Dans cette étude étaient incluses les personnes présentes le jour de l'enquête, consultant l'une des structures de soins sélectionnées et ayant donné leur consentement à participer à l'étude. Les personnes incluses étaient volontaires, âgées de 18 ans ou plus. Cela incluait également les personnes à qui le statut de mineur non accompagné a été refusé par l'Aide sociale à l'enfance (ASE), qu'elles aient engagé un recours ou non contre la décision.

Les personnes étaient incluses qu'elles soient bénéficiaires ou non d'une affiliation au régime de sécurité sociale obligatoire en conformité avec l'article L1121-8-1 du Code de la santé publique justifiant l'intérêt de leur inclusion. Le projet ne porte pas sur la prise d'un produit particulier ou sur un acte de soin et, dans ce contexte, ne comporte pas de risques sanitaires pour les personnes participant à l'étude.

Critères d'exclusion : N'étaient pas incluses les personnes mineures, les personnes en incapacité de suivre le fil d'une discussion, les personnes sous protection juridique, les personnes qui présentaient une déficience visuelle sévère et celles n'ayant pas donné leur consentement. Les personnes qui ne recevaient pas d'ordonnance à l'issue de leur consultation médicale étaient également exclues.

1.5. Recours à l'interprétariat et indemnisation des participants

Les participants allophones avaient la possibilité de faire l'entretien dans la langue qu'ils maîtrisaient si celle-ci est également maîtrisée par l'enquêteur. Sinon, ils pouvaient recourir à l'interprétariat téléphonique via la plateforme professionnelle ISM Interprétariat.

Conformément à l'article L.1121-11 du Code de la santé publique, les participants à l'étude recevaient une indemnité en compensation des contraintes subies. Celle-ci prenait la forme d'un bon d'achat d'une valeur de 10 euros par personne, donc dans le respect du plafond annuel fixé de 6 000 euros par l'arrêté du 15 février 2023 relatif au montant maximal des indemnités en compensation pouvant être versées pour la participation à une recherche impliquant la personne humaine (94)).

1.6. Mode de sélection des participants

Les participants sélectionnés étaient ceux qui étaient présents dans la structure tirée au sort les jours de l'enquête et qui consultaient un médecin : soit toutes les personnes de la file active, soit une personne sur deux (par ordre d'arrivée) pour permettre le bon déroulement des entretiens. Ensuite, la répartition entre les deux bras de l'étude était systématique par ordre d'arrivée : une personne sur deux dans le groupe « Idéordo » et l'autre dans le groupe témoin. La consultation médicale s'est déroulée de manière habituelle. Dans le groupe « Idéordo », au moment de la consultation où l'ordonnance était remise au patient, l'outil était complété avec les pictogrammes illustrant l'ordonnance du patient par le professionnel de santé. Dans le cas où le patient devait passer à la pharmacie de l'hôpital chercher des médicaments de l'ordonnance, c'est le pharmacien qui s'est chargé de compléter l'aide visuelle avec le patient. Dans le cas où la consultation médicale était complétée par un entretien infirmier, l'évaluation était menée après que le patient ait vu les deux professionnels.

1.7. Taille de l'échantillon

Le nombre de sujets nécessaires est basé sur l'objectif principal de l'étude. Sur la base de la pré-évaluation effectuée antérieurement ayant observé une augmentation de l'amélioration de la compréhension des ordonnances de 24 points de pourcentage, le calcul avec un risque alpha à 5 % et une puissance de 80 % a déterminé que 42 individus seraient nécessaires dans chaque bras de l'étude dans le cas d'un échantillonnage aléatoire simple. En tenant compte du nombre de refus de participation, d'arrêt ou de non-exploitabilité des questionnaires qui peut être évalué à environ 10 %, le nombre de personnes à recruter a été majoré à 47.

Dans la mesure où cette étude est basée sur un échantillonnage par grappe et non pas un échantillonnage aléatoire simple, il a été nécessaire de prendre en compte le facteur d'inflation qui dépend à la fois de la taille des grappes et de la corrélation intra-grappe et dont la formule est la suivante : $(1+(m-1)*\rho)$, où m est la taille moyenne d'une grappe et ρ le coefficient de corrélation intra-grappe. Nous avons estimé que ce facteur augmente d'un facteur 2 la taille nécessaire pour l'étude, ce qui aboutit à un nombre d'individus par bras expérimental de 94. En considérant un minimum de 13 entretiens par grappe, il était nécessaire de tirer au sort 7 grappes pour être intégrées dans l'étude.

1.8. Plan d'échantillonnage

Le plan d'échantillonnage était un plan aléatoire en grappe. Chaque grappe était constituée de structures de consultation médicale à destination des personnes en situation de précarité sélectionnées selon des critères de proximité géographique. Les grappes étaient équilibrées et comportaient entre deux et trois structures chacune.

Les structures sélectionnées par tirage au sort ont été contactées individuellement pour leur proposer de participer à l'étude. En cas de refus ou de non-conformité à l'étude, une autre structure a été sélectionnée parmi la liste fournie par Soliguide selon un critère de proximité géographique, c'est-à-dire la plus proche structure géographiquement de celle ayant refusé. Les 14 structures tirées au sort et dans lesquelles l'évaluation a pu se dérouler sont présentées en Tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1 : liste des grappes et des structures tirées au sort

GRAPPE	N° STRUCTURE	LIEU
1	4	ESI La maison dans le jardin / Saint-Michel Paris 12ème
	27	PASS - Hôpital Tenon
2	22	PASS - Hôpital Saint-Antoine
	1	ESI Agora
3	10	Accueil de jour Mijaos Paris 13ème
	23	PASS - Hôpital la Pitié-Salpêtrière
4	21	PASS Lariboisière
	52	CASO St Denis
5	17	PASS ambulatoires Pantin
	32	PASS - Hôpital Avicenne
6	41	PASS - Hôpital Ville-Evrard
	40	PASS - Hôpital Jean Verdier
7	36	PASS - Hôpital Bicêtre
	45	PASS - Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil

Note : Evaluation de l'aide visuelle Idéordo, 2024

2. Collecte des données

2.1. Les enquêteurs

Les enquêteurs qui ont mené les entretiens étaient six internes en médecine générale, inscrits à la faculté de médecine de Paris-Saclay, partenaire du Samusocial de Paris. Tous les enquêteurs ont également réalisé leurs thèses d'exercice autour du projet Idéordo.

2.2. Formation des enquêteurs et des médecins des structures participantes

Les enquêteurs ont été formés de manière commune et homogène à l'utilisation de l'aide visuelle Idéordo et au protocole d'évaluation. La formation a été menée sur dix demi-journées sur une période de cinq mois comprenant les thématiques suivantes :

- Présentation et test de l'outil, recherches bibliographiques autour des outils imagés et des problématiques de littératie en santé et mise en commun des résultats ;
- Elaboration des classeurs d'utilisation de l'outil, test sur des ordonnances auprès de 6 patients volontaires souhaitant avoir des explications sur leurs traitements au sein d'une structure de LHSS du Samusocial de Paris ;
- Retour d'expérience sur ce test, formation à la méthodologie de l'étude et aux aspects éthiques (recueil du consentement), élaboration du déroulement de la formation des professionnels participant à l'enquête.

Directement au sein des structures partenaires participant à l'évaluation, un binôme ou un trinôme d'enquêteurs a dispensé une formation aux professionnels (médecins, infirmières, pharmaciens). Celle-ci se basait sur le contenu du guide d'utilisation et le protocole de recherche. Elle était homogène entre les centres sélectionnés. Elle se déroulait en deux temps (sur une seule ou deux séances selon les disponibilités des équipes de professionnels) : une séance de présentation de l'étude et de l'outil, complétée dans le même temps ou dans un second temps par une mise en pratique avec les classeurs contenant l'outil, suivi d'une séance de questions.

2.3. Procédure de collecte

Après recueil du consentement, les données d'étude étaient recueillies sous la forme de questionnaires standardisés administrés lors d'un entretien en face à face entre l'enquêteur et le patient suite à la consultation médicale, infirmière ou de pharmacie dans la structure de soins sélectionnée dans l'étude.

Les données des questionnaires étaient saisies par l'enquêteur sur le logiciel Voozanoo d'Epiconcept accrédité pour l'hébergement de données de santé. Il était demandé aux professionnels de santé de remplir l'outil Idéordo avec le patient si le patient faisait partie du bras expérimental avec aide l'aide visuelle Idéordo, ceci pour préserver l'évaluation en vie réelle.

2.4. Procédure en cas d'Événement Indésirable Grave

Le seul événement indésirable grave (EIG) attendu en lien avec l'étude était la mauvaise utilisation de l'aide visuelle Idéordo avec des pictogrammes qui ne correspondent pas à l'ordonnance réelle du patient. Le risque de survenue de cet événement était faible dans la mesure où Idéordo était complété par un professionnel de santé, et que le choix des pictogrammes se faisait en présence du patient avec explications orales associées, suivi d'un contrôle par l'enquêteur qui pouvait apporter des corrections en cas d'erreur (après l'évaluation de la compréhension pour garder les conditions de vie réelle).

Par ailleurs en cas d'évènement de santé non en lien avec l'évaluation, le patient se trouvait dans un environnement adapté à une prise en charge rapide avec la présence de professionnels de santé, y compris les enquêteurs (internes en médecine générale), formés à la réalisation de gestes de premiers secours. L'enquêteur, après s'être assuré de la nécessité ou non de la réalisation de ces gestes, devait prévenir le médecin investigateur par téléphone et signaler l'EIG par mail au médecin investigateur avec l'épidémiologiste référent de l'étude en copie. Aucun EIG n'a eu lieu au cours de l'étude.

2.5. Consentement, éthique et aspects réglementaires

Le consentement des participants était recueilli oralement et par écrit après présentation des objectifs de l'étude et la remise d'une notice d'information sur le traitement de leurs données et de leurs droits conformément à la Règlementation sur la protection des données et au Code

de la santé publique. Un interprète téléphonique pouvait être contacté dès cette phase de recueil du consentement, de sorte que celui-ci soit fiable et éclairé.

L'étude pouvait être interrompue à tout moment, soit sur demande orale de la personne enquêtée (qui était libre de retirer à tout moment son consentement), soit sur proposition de l'enquêteur si l'entretien semblait difficile pour la personne interrogée. En cas d'arrêt, la contrepartie était tout de même remise à la personne participant à l'enquête.

Le Samusocial de Paris est délégataire d'une mission de service public inscrite dans sa convention constitutive s'agissant de ses activités de gestion de LHSS et de recherches diligentées par son Observatoire. La collecte et les modalités de traitement des données ont fait l'objet d'une analyse d'impact sur la protection des données réalisée par le Samusocial de Paris. L'étude a été déclarée à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (Cnil) sous le numéro d'enregistrement : 2233334 (Annexe 2).

Le Comité de Protection des Personnes (CPP) du Sud-Ouest et Outre-Mer 1 a rendu un avis favorable à l'étude, sous le numéro n° 2024-A0053740 (Annexe 3).

3. Variables recueillies

Le questionnaire comprenait plusieurs parties dont une partie dédiée à certaines caractéristiques générales (voir infra), une partie dédiée à la compréhension des ordonnances, une partie dédiée au calcul de la complexité des ordonnances et une partie dédiée à l'évaluation du niveau de littératie en santé. Le questionnaire complet est présenté en Annexe 4.

3.1. Variables générales

Etaient recueillies concernant les variables suivantes :

Les caractéristiques sociodémographiques des participants : leur situation administrative, personnelle et de logement, de vulnérabilité sociale, leur niveau d'éducation, et la date d'arrivée en France pour les personnes migrantes, les niveaux de compréhension du français et des langues maternelles ;

Les variables concernant la santé (maladies chroniques, perception de la santé physique et mentale), l'accès aux soins (couverture maladie, médecin traitant) et la perception de la compréhension des ordonnances en français.

Les avis des patients qui ont bénéficié de l'aide visuelle Idéordo.

Certaines variables récoltées ont été transformées selon les modalités présentées en Annexe 5.

3.2. Score de compréhension

Un score de compréhension a été élaboré afin d'évaluer le niveau de compréhension des ordonnances par les patients. Cette échelle graduelle quantitative a été élaborée selon des critères établis par un groupe de travail multidisciplinaire. Elle permet d'évaluer avec précision le niveau de compréhension des ordonnances seules en comparaison avec celui des ordonnances accompagnées de l'aide visuelle Idéordo. Pour cela, l'item dédié à la compréhension des ordonnances du questionnaire recueillait les points de compréhension pour chaque indicateur décrit dans la table Idéordo pour chaque médicament :

- Son indication : la raison pour laquelle le médicament a été prescrit
- Sa présentation galénique : comprimé, gélule, sachet, goutte oculaire, spray nasal, crème, etc.
- Son mode d'administration : voies orale, oculaire, nasale, cutanée, etc.
- Sa posologie (1) : unité de médicament par prise
- Sa posologie (2) : et moment de la journée
- Sa durée de prescription
- Son éventuelle condition d'administration ou consigne importante de prise : avant le repas, pendant le repas, en cas de besoin, etc.

Une fois moyennée par le nombre de médicaments, un point a été ajouté si la personne savait combien de médicaments étaient présents sur l'ordonnance.

La répartition des points du score s'est faite de la manière suivante : un point par bonne réponse à chacun des sept indicateurs cités pour chaque médicament de l'ordonnance, plus un point pour le huitième indicateur qui concerne le nombre de médicaments sur l'ordonnance. Chaque bonne réponse correspondait à un point et une réponse fausse ne rapportait pas de point. Une absence de réponse était considérée comme une réponse fausse.

Le nombre de points a été converti en pourcentage de compréhension pour obtenir une variable continue de score de compréhension de l'ordonnance de 0 à 100% selon la formule suivante :

$$\text{Score} = 100 * [((\sum_{i=1}^{17} \text{points}(Ni^{\wedge})) + \text{point}(\text{nombre médicament})) / 8]$$

$Ni^{\wedge}$: score moyen pour l'ensemble des médicaments d'une ordonnance d'un patient pour les sept indicateurs : indication du traitement ; galénique ; mode d'administration, posologie (1) ; posologie (2), durée de prescription ; consignes éventuelles

Le score a également été catégorisé en deux groupes, inférieur ou supérieur à 90 % de compréhension. Ce seuil est justifié par la littérature, il est considéré comme un seuil de compréhension suffisant par l'Agence européenne du médicament et il est également intégré par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Ce seuil a également été repris comme seuil de bonne compréhension dans une étude de 2016 sur l'évaluation du plan de prise médicamenteuse standardisé sans aide visuelle utilisé en Allemagne (95).

3.3. Score de complexité des ordonnances

Le score MRCI (Medication Regimen Complexity Index) est un score qui permet de mesurer objectivement la complexité d'un traitement. Le MRCI est un instrument qui a été élaboré en 2004 par George *et al.* (96). Le score a été initialement validé dans une population souffrant de maladie pulmonaire obstructive chronique (96) puis par la suite étendu à d'autres pathologies (insuffisants rénaux dialysés, insuffisants cardiaques, diabétiques, etc.). Ce score quantifie la complexité en se basant sur 65 éléments catégorisés en trois sections distinctes : section A (forme pharmaceutique), section B (fréquence d'administration), section C (directives additionnelles nécessaires à l'administration des médicaments). Un score de complexité a préalablement été assigné à chacun de ces éléments. C'est la somme de ces trois totaux qui constitue le score MRCI, le score ne possède pas de limite supérieure.

3.4. Score de littératie en santé

Le score de littératie en santé est l'item 9 du le Health Literacy Questionnaire (HLQ). Des chercheurs australiens (97) ont développé le HLQ, explorant toutes les dimensions (neuf modules) de la littératie en santé, et celui-ci a été validé en français (98).

Les modules interrogent sur différents aspects de la littératie en santé et une utilisation partielle de ce questionnaire (un ou deux modules) est possible. Cela a été fait dans différentes enquêtes en population en Europe et hors Europe (99–101) . Le module 9 « *Compréhension suffisante pour savoir ce qu'il faut faire* » du HLQ a été retenu pour l'Enquête santé européenne EHIS (45). Les différents modules du HLQ sont validés de manière individuelle dans le cadre de la validation initiale et des validations après traduction dans différents pays. Il faut préciser que l'utilisation d'un seul module ne permet de mesurer qu'une dimension de la littératie en santé alors que l'ensemble du questionnaire permet d'analyser l'ensemble des dimensions de la littératie en santé.

L'item 9⁹ permet de mesurer une dimension fonctionnelle de la littératie en santé et comprend cinq questions comportant chacune cinq modalités de réponse, avec un score de 1 à 5 : impossible ou toujours difficile, généralement difficile, parfois difficile, généralement facile, toujours facile :

- Être certain de remplir correctement tous les formulaires médicaux (...);
- Suivre les instructions des professionnels de santé (...);
- Lire et comprendre des informations écrites sur la santé (...);
- Lire et comprendre toutes les instructions sur la prise des médicaments (...);
- Comprendre ce que le professionnel de santé (...)

Un score moyen a été calculé à partir des réponses à chaque question. Sont considérées comme non répondantes les personnes n'ayant pas répondu à au moins trois questions du module. En cas de non-réponse à une ou deux questions seulement, le score moyen est calculé à partir des réponses fournies aux autres questions (en prenant en compte au dénominateur le nombre de questions répondues).

4. Analyse des données

Pour les analyses descriptives, les variables quantitatives sont présentées en moyenne (et déviation standard) ou en médiane (et intervalle inter-quartile) selon la normalité de leur distribution. Les comparaisons entre moyennes ou médianes ont utilisé respectivement les tests statistiques de Student ou de Wilcoxon-Mann-Whitney. Les variables qualitatives sont présentées en effectifs et proportions. Les comparaisons de proportion ont utilisé les tests

⁹ Score HLQ protégé par la propriété intellectuelle (97)

statistiques du Chi2 bilatéral ou bien de Fisher exact. Le seuil de significativité a été fixé à 0,05.

Une deuxième partie de l'analyse consistait à identifier les facteurs associés à un niveau de littératie insuffisant. Pour cela, des analyses descriptives ont été réalisées, puis un modèle de régression logistique complet a été construit en incluant les variables suivantes : sexe, situation de logement, durée de présence en France, situation professionnelle, recours à un médecin traitant, situation de parentalité et de concubinage, accès à une couverture sociale, niveau de soutien social, présence d'une maladie chronique et prise quotidienne de médicaments. À partir de ce modèle complet, une sélection descendante pas à pas a été effectuée selon un critère de p-valeur, en ne conservant que les variables dont la p-valeur était inférieure à 0,10. Un test de sélection de variables basé sur le critère AIC a également été mené, donnant des résultats concordants.

Une troisième partie de l'analyse consistait à évaluer les facteurs associés à la compréhension des ordonnances. Pour cela, trois modèles ont été estimés et comparés :

- Un modèle de régression linéaire ne prenant pas en compte l'effet grappe et le niveau de regroupement des structures
- Un modèle multiniveaux intégrant le niveau de regroupement des structures¹⁰
- Un modèle multiniveaux intégrant le niveau de regroupement des grappes¹¹

La comparaison des trois modèles a permis d'estimer l'apport de ces niveaux de regroupement dans l'ajustement des modèles de régression ainsi que leur impact sur la variance des estimations, afin de sélectionner le modèle le plus approprié.

Les résultats de cette analyse sont présentés en Annexe 6 et montrent que les trois modèles produisent des résultats similaires. Bien que les modèles multiniveaux offrent des intervalles de confiance plus réalistes, le choix a été fait de présenter les résultats issus de la régression linéaire dans ce rapport, car il s'agit du modèle le plus facile à interpréter et donc le plus adapté pour faciliter la compréhension des résultats.

¹⁰ Selon l'hypothèse que les personnes rencontrées au sein des mêmes structures ont des caractéristiques communes

¹¹ Selon l'hypothèse que les personnes rencontrées dans des zones géographiques proches (grappes) ont des caractéristiques communes

Un modèle de régression linéaire multivariée simple a donc été estimé avec le score de compréhension comme variable dépendante. Les variables indépendantes ont été choisies a priori selon les connaissances disponibles dans la littérature et incluent :

- Le sexe
- L'âge (moins de 50 ans / 50 ans et plus)
- Le type de lieu de vie (logement / hébergement temporaire / hébergement chez un tiers / pas d'hébergement)
- La durée de présence en France (moins de 1 ans / 1 à 5 ans / plus de 5 ans)
- La situation professionnelle (emploi stable / emploi précaire / sans emploi)
- Le fait d'avoir des enfants en France (oui / non)
- La situation de concubinage (célibataire / en couple mais ne vit pas ensemble / en couple et vit ensemble)
- La scolarité (enseignement supérieur / secondaire / peu ou pas scolarisé)
- Le niveau de soutien social (aucun / modéré / élevé)
- La perception de la compréhension des ordonnances (oui / non)
- La présence d'un médecin traitant ou de référence (oui / non)
- La couverture maladie (sécurité sociale / AME / aucune)
- La présence de maladie chronique (oui / non)
- La prise régulière de médicament (aucun / prise avec difficultés / prise sans difficultés).

La sélection des variables a été réalisée à l'aide d'une méthode pas à pas descendante, en utilisant un seuil de p-valeur à 0,10.

Les résultats de l'analyse univariée et multivariée sont présentés à travers les coefficients Bêta (β), qui mesurent l'impact de chaque variable sur la variable d'intérêt (ici, le niveau de compréhension des ordonnances). Chaque coefficient est accompagné d'un intervalle de confiance à 95% (IC95%) et d'une p-valeur afin d'estimer si l'écart ou l'effet observé est dû au hasard.

La colinéarité des variables dépendantes a été vérifiée au travers de l'évaluation du Facteur d'Inflation de la Variance (VIF).

Les données ont été analysées avec le logiciel R version 4.1.1. Le logiciel R. Ce logiciel permet de réaliser la correction des données, leur analyse et leur restitution, tout en permettant une traçabilité des actions réalisées.

5. Financement de l'étude

Le projet Idéordo a été financé par l'ARS Île-de-France (Fond d'Intervention Régional, appel à projet "Réduction des inégalités de santé" 2023), la fondation Cognacq-Jay (appel à projet "Inventer la solidarité sociale de demain" 2022) et a été en partie autofinancé par le Samusocial de Paris notamment via les dons de particuliers. Aucun autre investissement ne participe au développement ni à l'étude d'évaluation de l'outil Idéordo, assurant l'absence de conflits d'intérêts.

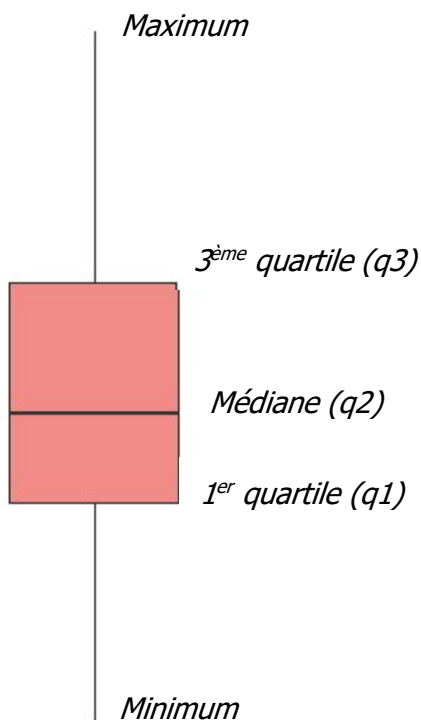
6. Règles d'écriture du rapport

L'écriture inclusive n'a pas été utilisée dans ce rapport, afin de préserver la lisibilité et de faciliter la lecture, en particulier dans un contexte technique ou scientifique. Ce choix rédactionnel ne remet pas en question l'importance des enjeux d'égalité entre les genres, ni la sensibilité portée à cette question. Il s'agit d'une décision pratique visant à assurer une compréhension fluide du texte, tout en restant attentif aux représentations inclusives dans le contenu et les démarches sous-jacentes.

7. Aide à la lecture des résultats

La **p-valeur** est un outil statistique utilisé pour déterminer si une différence observée entre deux groupes est due au hasard ou si elle est statistiquement significative. En d'autres termes, elle aide à savoir si les résultats d'une étude sont suffisamment forts pour que l'on puisse en tirer une conclusion solide.

La p-valeur varie entre 0 et 1. Plus la p-valeur est faible, plus il est probable que les différences observées entre les groupes ne soient pas dues au hasard. Si la p-valeur est inférieure à 0,05, cela signifie que la différence observée entre les groupes est probablement réelle et non due au hasard. À l'inverse, une p-valeur est supérieure à 0,05 suggère que la différence observée pourrait être due au hasard et qu'il n'y a pas de preuve solide pour dire que les groupes sont différents.



Un **boxplot** (ou diagramme en boîte ou boîte à moustache) est un graphique qui résume la distribution d'un ensemble de données en montrant sa médiane (valeur centrale), son premier quartile (Q1, qui sépare les 25 % des plus petites valeurs) et son troisième quartile (Q3, qui sépare les 25 % des plus grandes valeurs). La boîte représente l'intervalle entre Q1 et Q3, contenant 50 % des données, tandis que les "moustaches" s'étendent aux valeurs extrêmes sans valeurs aberrantes. Cela permet de visualiser la dispersion, la symétrie et d'éventuelles valeurs aberrantes d'un jeu de données.

Les **coefficients Bêta (β)** mesurent l'impact de chaque variable sur la variable d'intérêt, ici le niveau de compréhension des ordonnances. Lorsqu'une variable indépendante est qualitative (comme le sexe, le groupe d'âge, ou un autre facteur catégoriel), le coefficient β indique l'effet d'une catégorie par rapport à la catégorie de référence choisie.

L'**intervalle de confiance (IC 95 %)** indique la plage dans laquelle on peut s'attendre à ce que la véritable valeur du coefficient se situe avec 95 % de certitude si notre estimation est correcte. Autrement dit, si l'on répète l'expérience de manière répétée avec de nouvelles données, 95 % des intervalles de confiance calculés contiendraient la véritable valeur du coefficient. Cela permet d'exprimer l'incertitude associée à l'estimation du coefficient. Si cet intervalle ne contient pas la valeur zéro, cela signifie que l'effet observé est probablement réel et non dû au hasard.



Résultats

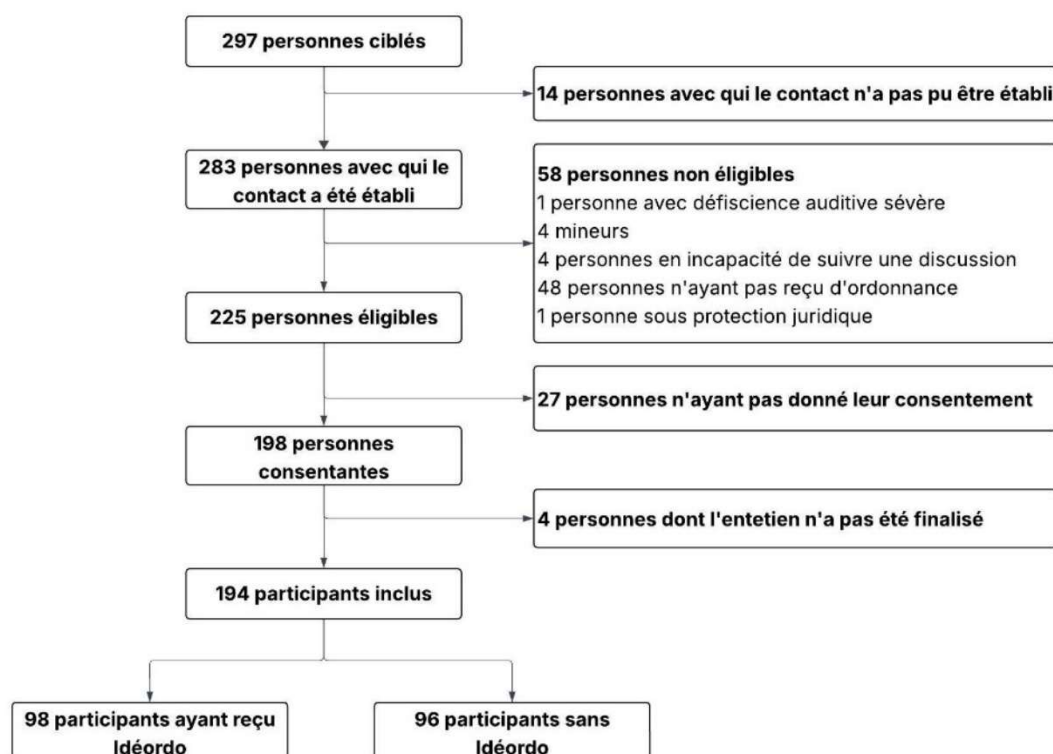
1. Déroulé de l'évaluation de l'aide visuelle Idéordo

1.1. Inclusion des participants

La phase de recueil de données a eu lieu du 4 juillet au 11 novembre 2024. Le déroulé des inclusions est détaillé dans la Figure 3 ci-dessous. Sur les 297 participants présents les jours de l'enquête, le contact a été établi avec 283 d'entre eux, 225 étaient éligibles, soit 76 % des participants approchés.

Pour les 58 participants non éligibles, la raison la plus fréquemment observée était l'absence d'ordonnance de médicaments à l'issue de la consultation (83 %). Parmi les 225 participants éligibles, 198 ont donné leur consentement (soit un taux d'acceptation de 88 %). Pour 4 participants, les entretiens ont été interrompus avant la fin. Au total, 194 entretiens ont été complétés sur les 225 éligibles, soit un taux de participation de 83 % : 98 avec l'aide visuelle Idéordo (50 %) et 96 sans Idéordo (50 %).

Figure 3 : Diagramme de flux du déroulé de l'évaluation d'Idéordo



1.2. Les entretiens

La durée médiane des entretiens a été de 20 minutes (Tableau 2). Les entretiens ont été réalisés majoritairement en langue française (69 %), puis en anglais (5 %), en arabe (4 %) et en une diversité d'autres langues (22 %) parmi lesquelles le bambara, le soninké, le pendjabi, l'aari, etc. La durée et les langues des entretiens ne sont pas statistiquement différentes dans les bras interventionnels avec ou sans l'aide visuelle Idéordo (p-valeur > 0,05).

Tableau 2 : Descriptif des entretiens réalisés dans le cadre de l'évaluation

	Population totale N = 194	Avec idéordo N = 98	Sans idéordo N = 96	p-valeur ³
Durée de l'entretien¹ (en minutes)	20 (17 – 28)	20 (20 – 29)	20 (17 – 27)	0,11
Langue de l'entretien²				>0,9
<i>Français</i>	134 (69%)	67 (68%)	67 (70%)	
<i>Anglais</i>	10 (5%)	5 (5%)	5 (5%)	
<i>Arabe</i>	7 (4%)	3 (3%)	4 (4%)	
<i>Autres langues</i>	43 (22%)	23 (23%)	20 (21%)	

1 - Médiane (premier quartile – troisième quartile)

2 - Effectif (pourcentage)

3 - Test de Wilcoxon-Mann-Whitney et test exact de Fisher

Evaluation Idéordo 2024

2. Description de la population de l'étude

2.1. Age et Sexe

Parmi les 194 participants interrogés, la moyenne d'âge est de 41 ans, 58 % sont des hommes et 42 % des femmes (Tableau 3). Les femmes sont en moyenne plus jeunes que les hommes (respectivement 42,3 ans et 44,6 ans) avec un maximum pour les hommes de 77 ans et pour les femmes de 91 ans (Figure 4). La catégorie d'âge la plus représentée chez les femmes est la tranche des 35-40 ans alors que chez les hommes, il s'agit de la tranche des 50-55 ans.

Il n'y a pas de différence significative entre les deux bras de l'évaluation (avec ou sans l'aide visuelle Idéordo) en ce qui concerne la moyenne d'âge et le sexe des participants.

Tableau 3 : Description de l'âge et du sexe des participants

	Population totale N = 194	Avec idéordo N = 98	Sans idéordo N = 96	p-valeur ³
Age (années) ¹	41 (33 – 52)	41 (32 – 51)	41 (35 – 53)	0,4
Sexe²				0,2
<i>Femme</i>	81 (42%)	36 (37%)	45 (47%)	
<i>Homme</i>	113 (58%)	62 (63%)	51 (53%)	

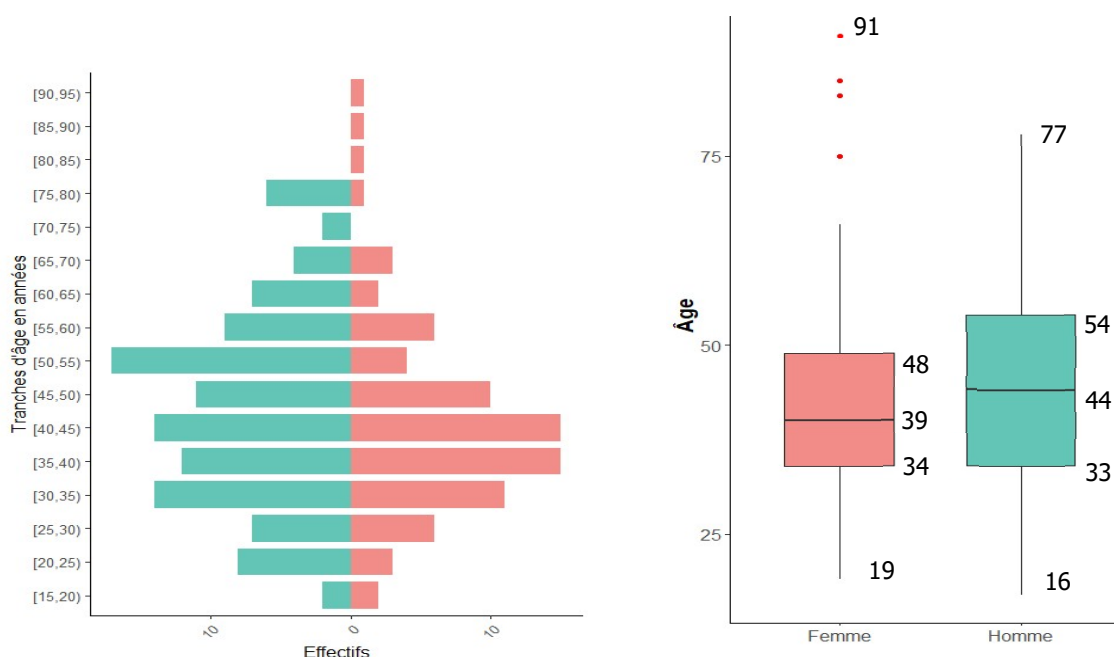
1 - Médiane (premier quartile – troisième quartile)

2 - Effectif (pourcentage)

3 - Les tests appliqués sont les tests du Chi-2 ou test Wilcoxon-Mann-Whitney

Données issues de l'évaluation Idéordo, 2024

Figure 4 : Description de l'âge des participants par sexe



Note : Figure de gauche : pyramide des âges par sexe, figure de droite : Boxplot des âges par sexe
 Evaluation Idéordo 2024, effectif femme = 81, effectif homme = 113

2.2. Origine et situation administrative

Les régions d'origine des participants de l'étude les plus représentées sont les pays d'Afrique subsaharienne (40 %) et d'Afrique du Nord (21 %)(

Tableau 4). Les participants nés en France représentent 11 % de l'effectif total. Concernant leur situation administrative, près de la moitié (52 %) des participants interrogés n'ont pas de titre de séjour en cours de validité, 47 % déclarent être en situation régulière vis-à-vis de l'administration (15 % avec un titre de séjour, 14 % avec une demande d'asile en cours, 12 % avec une carte d'identité française, 5 % ressortissants d'un autre pays de l'Union européenne et 1 % avec un statut de réfugié). Concernant leur temps de présence en France, près de la moitié d'entre eux (46 %) sont présents depuis plus de cinq ans sur le territoire alors qu'un tiers le sont depuis moins d'un an.

Il n'y a pas de différence significative entre les deux bras de l'évaluation (avec ou sans l'aide visuelle Idéordo) en ce qui concerne la région de naissance des participants, la situation administrative et le temps de présence en France.

Tableau 4 : Origine géographique, situation administrative et ancienneté de séjour en France des participants.

	Population totale N = 194	Avec idéordo N = 98	Sans idéordo N = 96	p-valeur
Région de naissance				0,7
Afrique subsaharienne	78 (40%)	42 (43%)	36 (38%)	
Afrique du Nord	41 (21%)	20 (20%)	21 (22%)	
Asie	25 (13%)	12 (12%)	13 (14%)	
France (Métropole et DROM)	22 (11%)	13 (13%)	9 (9%)	
Europe (hors France)	14 (7%)	4 (4%)	10 (10%)	
Amérique Latine et Caraïbes	9 (5%)	5 (5%)	4 (4%)	
Autres	5 (3%)	2 (2%)	3 (3%)	
Situation administrative				0,5
Pas de titre de séjour en cours de validité	101 (52%)	44 (45%)	57 (59%)	
Carte d'identité française	24 (12%)	15 (15%)	9 (9%)	
Demandeurs d'asile et réfugiés	29 (15%)	17 (17%)	12 (13%)	
Un titre de séjour ou un récépissé en cours de validité (y compris visa touristique, de travail)	29 (15%)	16 (16%)	13 (14%)	
Union Européenne	9 (5%)	5 (5%)	4 (4%)	
Ne sait pas ou ne souhaite pas répondre	2 (1%)	1 (1%)	1 (1%)	
Durée en France				0,6
Moins de 1 an	64 (33%)	29 (30%)	35 (36%)	
Entre 1 an et 5 ans	41 (21%)	21 (21%)	20 (21%)	
Plus de 5 ans	89 (46%)	48 (49%)	41 (43%)	

Note : Les résultats sont présentés en effectif (pourcentage)

Les tests appliqués sont les tests du Chi-2 ou test exact de Fisher selon l'effectif

Données issues de l'évaluation Idéordo, 2024

2.3. Situation personnelle et logement

Près de deux tiers des participants interrogés (62 %) sont célibataires (Il n'y a pas de différence significative entre les deux bras de l'évaluation (avec ou sans l'aide visuelle Idéordo) en ce qui concerne la situation personnelle et le logement des participants.

Tableau 5). Pour les autres, 13% se disent en couple mais ne vivent pas avec leur conjoint alors que 25 % se disent en couple et déclarent vivre avec leur conjoint. Les participants interrogés n'ont pas d'enfant en France dans la majorité des cas (74 %). Concernant le soutien social, un quart (23 %) rapporte un faible soutien, la moitié (50 %) un soutien modéré et le dernier quart (27 %) un soutien social élevé. A propos de leurs conditions de logement, environ trois quarts des participants interrogés (77 %) déclarent être dans une situation précaire puisque 17 % sont sans hébergement, 39 % vivent chez un tiers et 22 % se trouvent dans un hébergement temporaire. Les participants interrogés occupent majoritairement leur

lieu de vie depuis moins de deux ans (9 % depuis moins d'un mois, 32 % entre un et six mois et 30 % entre six mois et deux ans).

Il n'y a pas de différence significative entre les deux bras de l'évaluation (avec ou sans l'aide visuelle Idéordo) en ce qui concerne la situation personnelle et le logement des participants.

Tableau 5 : Situation personnelle et logement des participants.

	Population totale N = 194	Avec idéordo N = 98	Sans idéordo N = 96	p-valeur
Concubinage				0,4
Célibataire	121 (62%)	65 (66%)	56 (58%)	
En couple sans vivre avec leur conjoint	25 (13%)	10 (10%)	15 (16%)	
En couple et vivent avec leur conjoint	48 (25%)	23 (23%)	25 (26%)	
Nombre d'enfants en France				0,7
Au moins un enfant en France	50 (26%)	24 (24%)	26 (27%)	
Sans enfant en France	144 (74%)	74 (76%)	70 (73%)	
Niveau d'entourage social				0,4
Soutien social élevé	52 (27%)	22 (23%)	30 (31%)	
Soutien social modéré	96 (50%)	50 (52%)	46 (48%)	
Pas de soutien social	44 (23%)	24 (25%)	20 (21%)	
Manquant	2	2	0	
Type de logement				0,2
Chez un tiers	74 (39%)	32 (33%)	42 (45%)	
Logement personnel	43 (23%)	21 (22%)	22 (23%)	
Hébergement temporaire	41 (22%)	26 (27%)	15 (16%)	
Pas d'hébergement	32 (17%)	17 (18%)	15 (16%)	
Manquant	4	2	2	
Précarité du logement				0,8
Logement non précaire	43 (23%)	21 (22%)	22 (23%)	
Logement précaire	147 (77%)	75 (78%)	72 (77%)	
Manquant	4	2	2	
Durée dans le lieu de vie (en années)				0,8
Moins d'un mois	17 (9%)	8 (8%)	9 (9%)	
Entre 1 et 6 mois	61 (32%)	29 (30%)	32 (34%)	
Entre 6 mois et 2 ans	57 (30%)	32 (33%)	25 (26%)	
Plus de 2 ans	57 (30%)	28 (29%)	29 (31%)	
Manquant	2	1	1	

Note : Les résultats sont présentés en effectif (pourcentage)

Les tests appliqués sont les tests du Chi-2 sans prise en compte des données manquantes

Données issues de l'évaluation Idéordo, 2024

2.4. Situation professionnelle et scolarité

Les deux tiers des participants interrogés sont sans emploi (66 %) (Il n'y a pas de différence significative entre les deux bras de l'évaluation (avec ou sans l'aide visuelle Idéordo) en ce qui concerne la situation professionnelle et la scolarité des participants.

Tableau 6). Pour les autres, 17 % un emploi précaire et 17 % déclarent occuper un emploi considéré comme stable. Près d'un quart des participants interrogés (24 %) ont reçu un enseignement supérieur tandis que près de la moitié (47 %) ont suivi un enseignement secondaire ou professionnel et que 29 % ont eu un enseignement primaire ou n'ont jamais été scolarisés.

Il n'y a pas de différence significative entre les deux bras de l'évaluation (avec ou sans l'aide visuelle Idéordo) en ce qui concerne la situation professionnelle et la scolarité des participants.

Tableau 6 : Situation professionnelle et scolarité des participants.

	Population totale N = 194	Avec idéordo N = 98	Sans idéordo N = 96	p-valeur
Situation professionnelle				0,8
Sans emploi	124 (66%)	62 (64%)	62 (68%)	
Emploi précaire	32 (17%)	18 (19%)	14 (15%)	
Emploi stable	32 (17%)	17 (18%)	15 (16%)	
<i>Manquant</i>	<i>6</i>	<i>1</i>	<i>5</i>	
Scolarité				0,2
Enseignement supérieur	46 (24%)	24 (24%)	22 (23%)	
Enseignement secondaire	92 (47%)	41 (42%)	51 (53%)	
Peu ou pas scolarisé	56 (29%)	33 (34%)	23 (24%)	

Note : Les résultats sont présentés en effectif (pourcentage)

Les tests appliqués sont les tests du Chi-2 sans prise en compte des données manquantes

Données issues de l'évaluation Idéordo, 2024

2.5. Recours aux soins, état de santé et consommations d'alcool et de produits psychoactifs

Au sujet de leurs recours aux soins, plus de la moitié (53 %) des participants interrogés n'ont aucune couverture maladie, tandis que les autres sont soit affiliés à la sécurité sociale par la PUMa (27 %), soit bénéficiaires de l'AME (20 %) (Tableau 7). Près de la moitié (57 %) ne sont pas suivis par un médecin de façon régulière.

Tableau 7 : Description du recours aux soins des participants interrogés.

	Population totale N = 194	Avec idéordo N = 98	Sans idéordo N = 96	p-valeur
Couverture Maladie				0,5
Aucune couverture maladie	103 (53%)	48 (49%)	55 (57%)	
Sécurité sociale (la Puma)	52 (27%)	29 (30%)	23 (24%)	
AME	39 (20%)	21 (21%)	18 (19%)	
Suivi par un médecin régulier				>0,9
Non	110 (57%)	56 (57%)	54 (56%)	
Oui	84 (43%)	42 (43%)	42 (44%)	

*Note : Les résultats sont présentés en effectif (pourcentage)
Les tests appliqués sont les tests du Chi-2
Données issues de l'évaluation Idéordo, 2024*

Environ un quart des participants interrogés (23%) se perçoivent en mauvais état de santé physique et 32 % en mauvais état de santé mentale (Tableau 8). Environ la moitié des participants interrogés déclarent avoir une maladie chronique ou un problème de santé qui dure depuis plus de six mois (53 %). De plus, 54 % des personnes interrogées prennent des médicaments régulièrement (quasi quotidiennement). Parmi celles-ci, 38/105 (36 %) rencontrent des difficultés de prise : 22 personnes témoignent de difficultés à prendre leurs médicaments ; 8 personnes expriment avoir des difficultés à se procurer leurs médicaments et 5 personnes des difficultés à stocker ou à ne pas perdre leurs médicaments (chiffres non présentés dans le Tableau).

Tableau 8 : Etats de santé des participants.

	Population totale N = 194	Avec idéordo N = 98	Sans idéordo N = 96	p-valeur
Perception de la santé physique				0,3
Etat santé physique bon	77 (40%)	34 (35%)	43 (46%)	
Etat de santé physique moyen	71 (37%)	41 (42%)	30 (32%)	
Etat de santé physique mauvais	44 (23%)	23 (23%)	21 (22%)	
Manquant	2	0	2	
Perception de la santé mentale				0,7
Etat santé mentale bon	78 (41%)	40 (41%)	38 (40%)	
Etat de santé mentale moyen	52 (27%)	24 (25%)	28 (29%)	
Etat de santé mentale mauvais	62 (32%)	33 (34%)	29 (31%)	
Manquant	2	1	1	
Maladie(s) chronique(s)				0,11
Au moins une maladie chronique	102 (53%)	46 (47%)	56 (59%)	
Pas de maladie chronique	90 (47%)	51 (53%)	39 (41%)	
Manquant	2	1	1	
Prise de médicament(s) régulièrement				0,066
Ne prend pas de médicament régulièrement	88 (46%)	49 (51%)	39 (41%)	
Prend des médicaments sans difficultés	67 (35%)	26 (27%)	41 (43%)	
Prend des médicaments avec difficultés	38 (20%)	22 (23%)	16 (17%)	
Manquant	1	1	0	

*Note : Les résultats sont présentés en effectif (pourcentage)
Les tests appliqués sont les tests du Chi-2 sans prise en compte des données manquantes
Données issues de l'évaluation Idéordo, 2024*

Enfin, les participants interrogés déclarent très largement ne jamais consommer d'alcool (79 %) ou de drogues (95 %) (Il n'y a pas de différence significative entre les deux bras de l'évaluation (avec ou sans l'aide visuelle Idéordo) en ce qui concerne l'état de santé et les consommations des participants.

Tableau 9). Au total, 6 % des participants interrogés déclarent être consommateurs réguliers d'alcool (plusieurs fois par semaine) contre 8,0 % en moyenne nationale en 2021 (102). Il

n'y a pas de différence significative entre les deux bras de l'évaluation (avec ou sans l'aide visuelle Idéordo) en ce qui concerne l'état de santé et les consommations des participants.

Tableau 9 : Consommations d'alcool et de produits psychoactifs des participants.

	Population totale N = 194	Avec idéordo N = 98	Sans idéordo N = 96	p-valeur
Consommation d'alcool				0,4
Jamais	150 (79%)	75 (77%)	75 (81%)	
Une fois par mois	18 (9%)	10 (10%)	8 (9%)	
2 à 4 fois par mois	12 (6%)	7 (7%)	5 (5%)	
2 à 3 fois par semaine	5 (3%)	4 (4%)	1 (1%)	
4 fois par semaine ou plus	5 (3%)	1 (1%)	4 (4%)	
Manquant	4	1	3	
Consommation de drogues				>0,9
Ne consomme pas de drogues	184 (95%)	92 (95%)	92 (96%)	
Consomme du cannabis	7 (4%)	4 (4%)	3 (3%)	
Consomme de la cocaïne et du crack	1 (1%)	1 (1%)	0 (0%)	
Ne souhaite pas répondre	1 (1%)	0 (0%)	1 (1%)	
Manquant	1	1	0	

Les résultats sont présentés en effectif (pourcentage)

Les tests appliqués sont les tests du Chi-2 et test exact de Fisher pour données de comptage avec p-valeur simulée (basée sur 2000 répliqués) sans prise en compte des données manquantes

Données issues de l'évaluation Idéordo, 2024

2.6. Langues parlées

Au total, 69 % des participants interrogés parlent français (Tableau 10). De plus, 76 % des participants parlent plus d'une langue : 46 % maîtrisent deux langues et 30 % trois langues ou plus.

Parmi les participants interrogés, 24 % déclarent avoir de grandes difficultés ou être dans l'incapacité de lire, écrire ou compter dans leur langue maternelle. Plus précisément, 7 % rencontrent de grandes difficultés pour compter, 20 % pour lire, et 24 % pour écrire (chiffres non présentés dans le Tableau). Lorsqu'il s'agit de lire ou écrire en français, ou compter, le pourcentage de participants en grande difficulté atteint 35 %. Particulièrement, 31 % ont de grandes difficultés pour lire en français et 35 % pour l'écrire (chiffres non présentés dans le Tableau). Il n'y a pas de différence significative entre les deux bras de l'évaluation (avec ou sans l'aide visuelle Idéordo) en ce qui concerne les indicateurs de la littératie en français et dans leur langue maternelle des participants.

Tableau 10 : Indicateurs de la littératie en français et dans leur langue maternelle des participants.

	Population totale N = 194	Avec idéordo N = 98	Sans idéordo N = 96	p-valeur
Maitrise le français				0,6
Oui	134 (69%)	66 (67%)	68 (71%)	

Non	60 (31%)	32 (33%)	28 (29%)	
Nombre de langue(s) maitrisée(s)				0,5
1 langue	46 (24%)	26 (27%)	20 (21%)	
2 langues	89 (46%)	42 (43%)	47 (49%)	
3 langues ou plus	59 (30%)	30 (31%)	29 (30%)	
Lire, écrire et compter dans sa langue maternelle				0,4
Grandes difficultés ou pas du tout	47 (24%)	26 (27%)	21 (22%)	
Peu ou pas de difficultés	147 (76%)	72 (73%)	75 (78%)	
Lire, écrire ou compter en français				>0,9
Grandes difficultés ou pas du tout	68 (35%)	34 (35%)	34 (36%)	
Peu ou pas de difficultés	124 (65%)	63 (65%)	61 (64%)	
<i>Manquant</i>	<i>2</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	

Les résultats sont présentés en effectif (pourcentage)

Les tests appliqués sont les tests du Chi-2 sans prise en compte des données manquantes

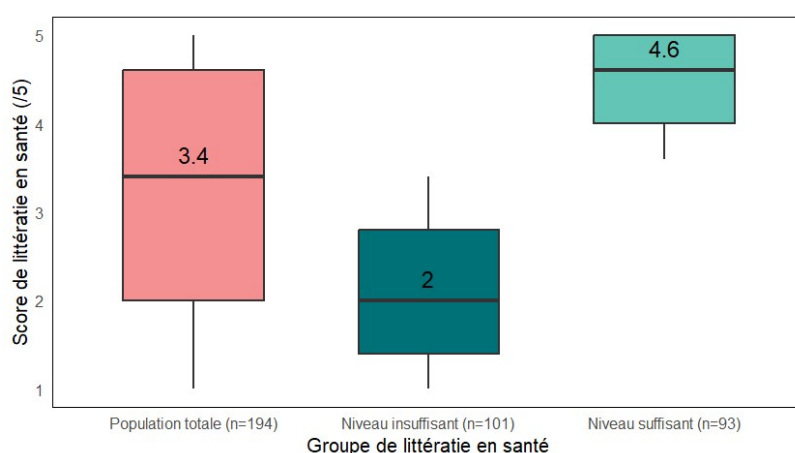
Données issues de l'évaluation Idéordo, 2024

3. Littératie en santé

3.1. Mesure de littératie en santé

Une dimension particulière de la littératie en santé a été évaluée à l'aide du module 9 du questionnaire Health Literacy Questionnaire (HLQ). Ce module reflète un aspect fonctionnel de la littératie en santé, évalué par un score allant de 1 à 5. Les résultats obtenus chez les participants interrogés sont présentés dans la Figure 5.

Pour l'ensemble des participants interrogés, la moyenne du score est de 3,2/5 et la médiane de 3,4/5. Les scores sont hétérogènes et varient du minimum 1 au maximum 5. Un quart des participants ont un score inférieur à 2 tandis qu'un autre quart ont un score au moins égal à 4,6. Les participants ont été séparés en deux groupes définis respectivement par un niveau de littératie insuffisant inférieur ou égal à 3,5 (n=101), ou bien un niveau de littératie suffisant supérieur à 3,5 (n=93).

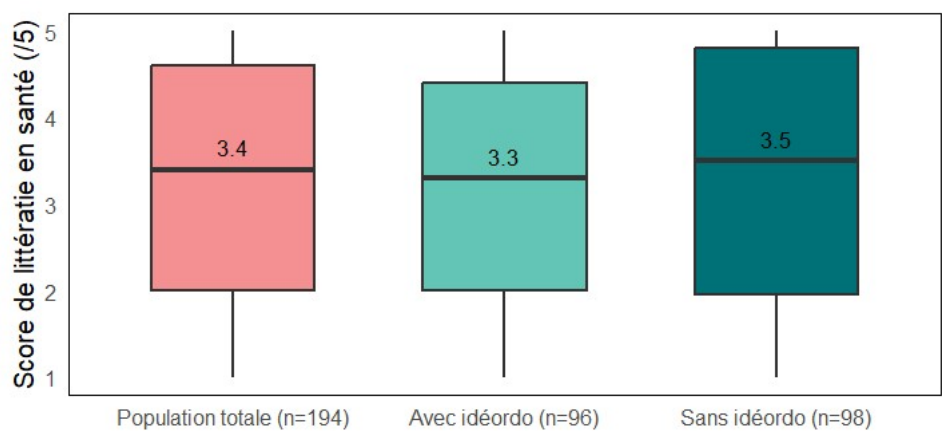


	Effectif	Moyenne	Min	Q1	Médiane	Q3	Max
Population totale	194	3,2 / 5	1,0 / 5	2,0 / 5	3,4 / 5	4,6 / 5	5,0 / 5
Niveau de littératie insuffisant	101	2,0 / 5	1,0 / 5	1,4 / 5	2,0 / 5	2,8 / 5	3,4 / 5
Niveau de littératie suffisant	93	4,5 / 5	3,6 / 5	4,0 / 5	4,6 / 5	5,0 / 5	5,0 / 5

Figure 5 : Dispersion, médiane et interquartile des niveaux de littératie en santé (score HLQ - module 9) des participants.

*Note : les valeurs annotées sur le graphique sont les médianes de chacun des groupes. Un niveau suffisant de littératie en santé est défini pour un score supérieur à 3,5/5 et insuffisant pour un score inférieur ou égal à 3,5/5.
Données issues de l'évaluation Idéordo, 2024*

Les médianes du score HLQ du module 9 de ces deux groupes de niveau de littératie ont été évaluées et la médiane est de 3,3/5 pour le groupe de participants sans aide visuelle Idéordo et de 3,5/5 pour le groupe de participants avec l’aide visuelle (Figure 6). Il n’y a pas de différence significative entre les deux bras de l’évaluation (avec ou sans l’aide visuelle Idéordo) en ce qui concerne le niveau de littératie en santé des participants.



	Population totale N = 194	Avec idéordo N = 96	Sans idéordo N = 98	p-valeur ³
Score de littératie HLQ item9¹	3,40 (2,00 – 4,60)	3,30 (2,00 – 4,40)	3,50 (1,90 – 4,80)	0,7
Groupes de littératie en santé²				0,6
Niveau de littératie insuffisant	101 (52%)	48 (50%)	53 (54%)	
Niveau de littératie suffisant	93 (48%)		45 (46%)	

Note : 1 - Médiane (premier quartile – troisième quartile) ; 2 - Effectif (pourcentage) ; 3 - Test de Wilcoxon-Mann-Whitney et test du Chi-2
Données issues de l’évaluation Idéordo, 2024

Figure 6 : Description des niveaux de littératie en santé (score HLQ – module 9) des participants par groupe d’intervention.

3.2. Facteurs associés à un niveau de littératie en santé insuffisant

Les participants présentant un niveau de littératie en santé insuffisant diffèrent de manière statistiquement significative de ceux ayant un niveau suffisant sur plusieurs variables, notamment le type de logement, durée de résidence en France, le niveau de scolarité et l’accès à une couverture sociale (Tableau 11).

Ainsi, seuls 11 % du groupe avec un niveau de littératie insuffisant disposent d’un logement personnel, contre 36 % du groupe avec un niveau de littératie suffisant (p-valeur < 0,001). De même, 42 % du groupe avec un niveau de littératie insuffisant résident en France depuis moins d’un an, contre 24 % du groupe avec un niveau de littératie suffisant (p-valeur =

0,008). Par ailleurs, 49 % du groupe avec un niveau de littératie insuffisant n'ont pas été scolarisés au-delà de l'enseignement primaire, comparativement à 8 % du groupe avec un niveau de littératie suffisant (p-valeur < 0,001). Enfin, seuls 18 % du groupe avec un niveau de littératie insuffisant bénéficient de la sécurité sociale, contre 37 % du groupe avec un niveau de littératie suffisant (p-valeur = 0,013). Aucune différence significative n'a été observée concernant les autres variables analysées.

Tableau 11 : Description des caractéristiques des participants selon leur niveau de littératie en santé.

	Niveau de littératie suffisant N = 93	Niveau de littératie insuffisant N = 101	N	p- valeur
Sexe			194	0,13
Femme	44 (47%)	37 (37%)		
Homme	49 (53%)	64 (63%)		
Age			194	0,7
Inférieur à 50 ans	62 (67%)	70 (69%)		
Supérieur à 50 ans	31 (33%)	31 (31%)		
Type de logement			190	<0,001
Logement personnel	32 (36%)	11 (11%)		
Chez un tiers	28 (31%)	46 (46%)		
Hébergement temporaire ou pas d'hébergement	30 (33%)	43 (43%)		
Manquant	3	1		
Temps de présence en France			194	0,008
Plus d'un an	71 (76%)	59 (58%)		
Moins d'un an	22 (24%)	42 (42%)		
Travail			188	0,2
Emploi stable ou précaire	35 (38%)	29 (30%)		
Sans emploi	56 (62%)	68 (70%)		
Manquant	2	4		
A un médecin traitant			194	0,3
Non	49 (53%)	61 (60%)		
Oui	44 (47%)	40 (40%)		
Parentalité			194	0,10
Au moins un enfant en France	29 (31%)	21 (21%)		
Sans enfants en France	64 (69%)	80 (79%)		
Niveau de scolarité			194	<0,001
Enseignement supérieur	32 (34%)	14 (14%)		
Enseignement secondaire	54 (58%)	38 (38%)		
Enseignement primaire ou pas scolarisé	7 (8%)	49 (49%)		
Concubinage			194	0,10
Vit seul	65 (70%)	81 (80%)		
Vit en couple	28 (30%)	20 (20%)		
Couverture social			194	0,013
AME	17 (18%)	22 (22%)		
Aucune couverture maladie	42 (45%)	61 (60%)		
Sécurité sociale (la Puma)	34 (37%)	18 (18%)		
Niveau de soutien social			192	0,14
Faible	17 (18%)	27 (27%)		
Modéré à élevé	76 (82%)	72 (73%)		
Manquant	0	2		

	Niveau de littératie suffisant N = 93	Niveau de littératie insuffisant N = 101	N	p- valeur
Maladie chronique			192	0,10
Oui	54 (59%)	48 (48%)		
Non	37 (41%)	53 (52%)		
Manquant	2	0		
Prise de médicament quotidienne			193	0,5
Non	40 (43%)	48 (48%)		
Oui	53 (57%)	52 (52%)		
Manquant	0	1		

Note : Les résultats sont présentés en effectif (pourcentage)

Les tests appliqués sont les tests du Chi-2 sans prise en compte des données manquantes

Données issues de l'évaluation Idéordo, 2024

Le pourcentage de participants présentant un niveau de littératie insuffisant est particulièrement élevé parmi ceux n'ayant jamais été scolarisés ou ayant un niveau d'études primaire : 88 % d'entre eux rencontrent des difficultés de littératie en santé, contre 41 % parmi les participants ayant un niveau secondaire et 30 % parmi ceux ayant un niveau universitaire (Figure 7). Par ailleurs, 66 % des personnes présentes en France depuis moins d'un an présentent des difficultés de littératie en santé, contre 45 % parmi celles installées depuis plus d'un an. Enfin, une différence importante apparaît selon le type de logement : 59 % des personnes sans hébergement ou en hébergement temporaire et 62 % de celles hébergées chez un tiers présentent des difficultés de littératie en santé, contre seulement 26 % des personnes disposant d'un logement personnel (non présenté sur la Figure).

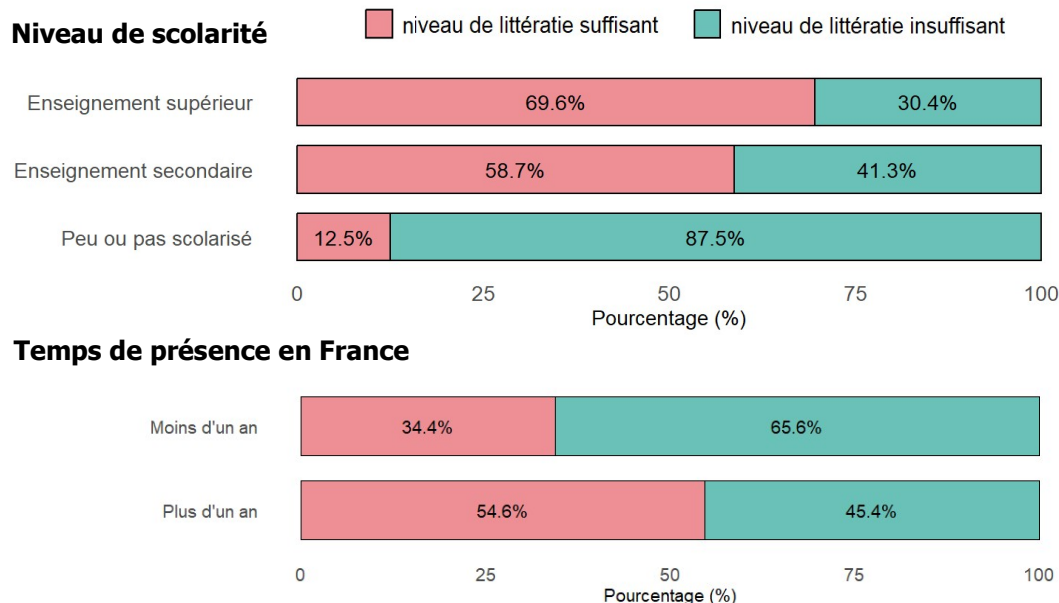


Figure 7 : Description des niveaux de littératie en santé selon le type d'hébergement, le niveau de scolarité, le temps de présence en France et l'accès à une couverture sociale

Afin d'identifier les facteurs associés à un faible niveau de littératie en santé, un modèle de régression logistique multivarié a été établi, ajusté sur l'ensemble des variables considérées. Les résultats du modèle complet indiquent que le type de logement, la durée de présence en France et le niveau de scolarité sont significativement associés à un niveau de littératie insuffisant.

Après une sélection des variables par procédure de pas à pas descendant, le modèle final réduit est présenté en **Figure 8**. Dans ce modèle, les facteurs associés à une littératie en santé insuffisante sont : le fait d'être hébergé chez un tiers (Odds ratio, OR = 4,47 ; p-valeur = 0,005) ou en hébergement temporaire / sans hébergement (OR = 2,88 ; p = 0,049), comparativement aux personnes disposant d'un logement personnel ; une durée de présence en France inférieure à un an (OR = 2,72 ; p-valeur = 0,014) ; et un niveau de scolarité limité à l'école primaire ou une absence totale de scolarisation (OR = 15,2 ; p-valeur < 0,001), par rapport aux participants ayant suivi des études supérieures.

Variable		N	Odds ratio		p
Type de logement	Logement personnel	36		Reference	
	Chez un tiers	64	4.47	(1.63, 13.55)	0.005
	Hébergement temporaire ou pas d'hébergement	59	2.88	(1.04, 8.73)	0.049
Temps de présence en France	Plus d'un an	107		Reference	
	Moins d'un an	52	2.72	(1.24, 6.16)	0.014
Niveau de scolarité	Enseignement supérieur	45		Reference	
	Enseignement secondaire	80	2.02	(0.87, 4.93)	0.110
	Enseignement primaire ou pas scolarisé	34	15.20	(4.87, 55.16)	<0.001

Figure 8 : Résultats du modèle multivarié réduit analysant les facteurs associés à un niveau de littératie insuffisant.

3.3. La perception de la compréhension des ordonnances par les participants

Les participants ont été interrogés sur leur perception de la compréhension des ordonnances en français. Au total, 40 % des participants interrogés rapportent des difficultés de compréhension de leurs ordonnances. Précisément, 16 % rapportent une compréhension moyenne de leur ordonnance et 24 % une mauvaise compréhension de celle-ci (

Tableau 12). Il n'y a pas de différence significative entre les deux bras de l'évaluation (avec ou sans l'aide visuelle Idéordo) en ce qui concerne la perception de la compréhension des ordonnances en français des participants.

Tableau 12 : Description de la perception de la compréhension des ordonnances en français des participants dans les groupes avec et sans Idéordo.

	Population totale N = 194	Avec idéordo N = 98	Sans idéordo N = 96	p-valeur
Perception de la compréhension des ordonnances en français				0,7
Bonne	101 (59%)	52 (60%)	49 (58%)	
Moyenne	28 (16%)	12 (14%)	16 (19%)	
Mauvaise	41 (24%)	22 (26%)	19 (23%)	
Manquant	24	12	12	

Note : Les résultats sont présentés en effectif (pourcentage)

Les tests appliqués sont les tests du Chi-2 sans prise en compte des données manquantes

Données issues de l'évaluation Idéordo, 2024

Chez les participants avec un niveau de littératie en santé insuffisant, 24 % déclarent avoir un niveau moyen de compréhension de leur ordonnance et 47 % déclarent avoir un mauvais niveau de compréhension de leur ordonnance, contre 10 % et 4 % chez ceux ayant un niveau suffisant (Figure 9), cette différence étant statistiquement significative (p-valeur < 0,001).

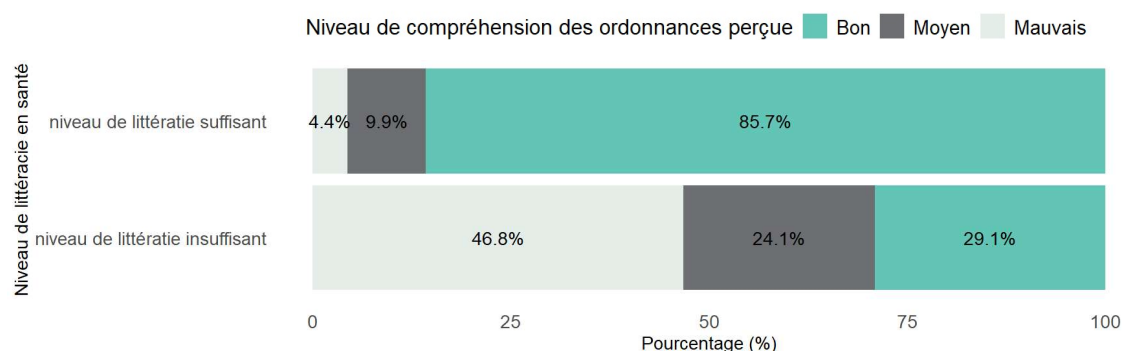


Figure 9 : Perception du niveau de compréhension des ordonnances en fonction des niveaux de littératie en santé (score HLQ - module 9) des participants.

Note : N=170. Un niveau suffisant de littératie en santé est défini pour un score supérieur à 3,5/5 et insuffisant pour un score inférieur ou égal à 3,5/5.

Données issues de l'évaluation Idéordo, 2024

4. Complexité des ordonnances

4.1. Le score MRCI de complexité des ordonnances des participants

La complexité des ordonnances a été évaluée par le score MRCI¹² et les résultats sont présentés Tableau 13. Les résultats montrent que le score médian MRCI est de 8 pour l'ensemble des participants interrogés, de 7 pour les participants avec l'aide visuelle Idéordo et de 9,5 pour ceux sans l'aide visuelle. Il n'y a pas de différence significative entre les deux bras de l'évaluation (avec ou sans l'aide visuelle Idéordo) en ce qui concerne le score de complexité des ordonnances des participants.

Tableau 13 : Score de complexité des ordonnances MRCI des participants.

	Population totale N = 194	Avec idéordo N = 98	Sans idéordo N = 96	p-valeur
Score MRCI	8,0 (5,0 – 12,0)	7,0 (5,0 – 11,0)	9,5 (5,0 – 13,0)	0,12
<i>Manquant</i>	1	0	1	

Note : Les résultats sont présentés en médiane (premier quartile – troisième quartile)

Les tests appliqués sont les tests de Wilcoxon-Mann-Whitney sans prise en compte des données manquantes

Données issues de l'évaluation Idéordo, 2024

Il n'existe pas de seuil universellement établi pour différencier une ordonnance « complexe » d'une ordonnance « non complexe ». Afin d'étudier l'effet de la complexité de l'ordonnance sur sa compréhension en ayant des effectifs suffisants, le seuil choisi dans la suite de ce travail sera la médiane du score MRCI (8) pour différencier les ordonnances plus simples (score MRCI de 0 à 8) des ordonnances plus complexes (score MRCI supérieur à 8).

5. L'impact de l'aide visuelle idéordo sur la compréhension des ordonnances

5.1. Groupes de niveaux de compréhension des ordonnances

Les scores de compréhension des ordonnances exprimés en pourcentage ont été calculés pour chaque patient à partir de l'attribution de points selon une méthodologie définie dans la partie méthode (Score de compréhension, page 30).

La population de l'évaluation a été partagée en deux groupes de niveaux de compréhension :

- Supérieur à 90/100 représentant une compréhension suffisante de l'ordonnance ;

¹² Le score MRCI (Medication Regimen Complexity Index) est un score qui permet de mesurer objectivement la complexité d'un traitement, se référer à la partie méthodologie pour la description détaillée de ce score

- Inférieur ou égal à 90/100 représentant une compréhension insuffisante de l'ordonnance.

5.2. Idéordo augmente significativement les scores de compréhension des ordonnances des participants

Les scores de compréhension pour l'ensemble des participants interrogés ainsi que dans les groupes interventionnels avec ou sans l'aide visuelle Idéordo sont décrits dans la Figure 10. Concernant l'ensemble des participants interrogés, le score de compréhension des ordonnances est significativement plus élevé pour le groupe avec l'aide visuelle Idéordo que sans.

Alors que la médiane du score de compréhension des ordonnances est de 88/100 dans le groupe sans aide visuelle Idéordo, elle atteint 92/100 dans le groupe avec aide visuelle Idéordo (p-valeur = 0,006). Un écart similaire est observé pour les moyennes, avec un score de compréhension moyen des ordonnances de 78/100 dans le groupe sans aide visuelle Idéordo et de 87/100 dans le groupe avec aide visuelle Idéordo.

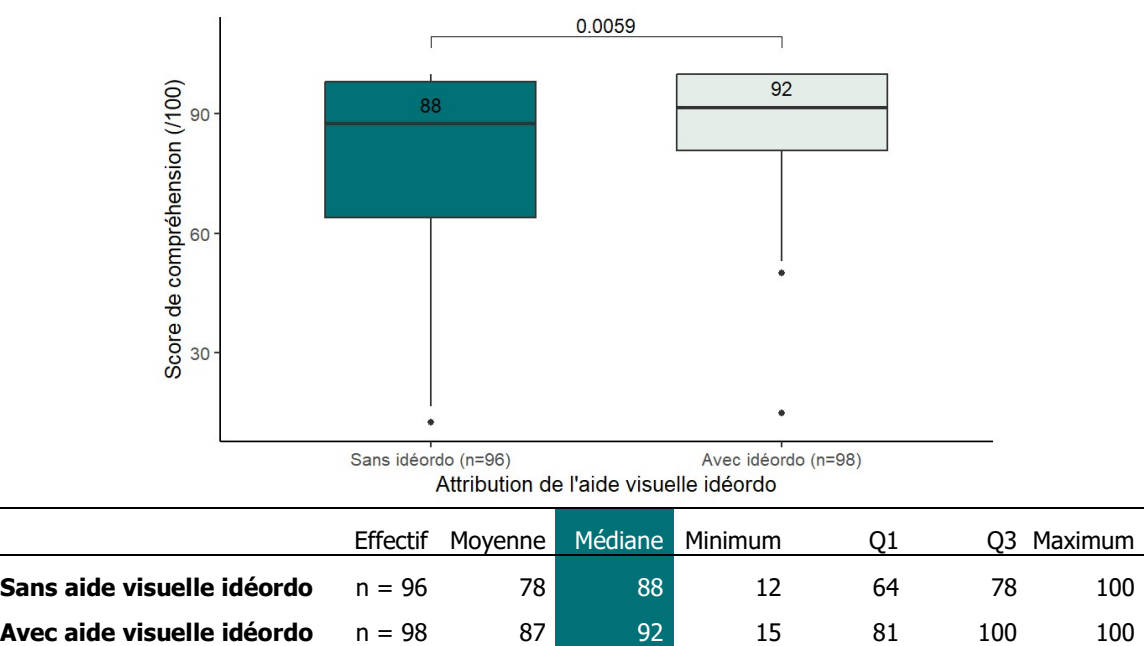


Figure 10 : Comparaison des scores de compréhension des ordonnances des participants.

Note : les valeurs annotées sont les médianes de chacun des groupes. Les points représentent les valeurs extrêmes. Données issues de l'évaluation Idéordo, 2024

Cela est également observé lorsque le score de compréhension est divisé en deux catégories. Ainsi, alors que 37 % des participants n'ayant pas reçu l'aide visuelle Idéordo ont une très bonne compréhension de leur ordonnance, ce pourcentage est de 52 % pour les participants ayant reçu l'aide visuelle Idéordo (p -valeur = 0,029, Figure 11).

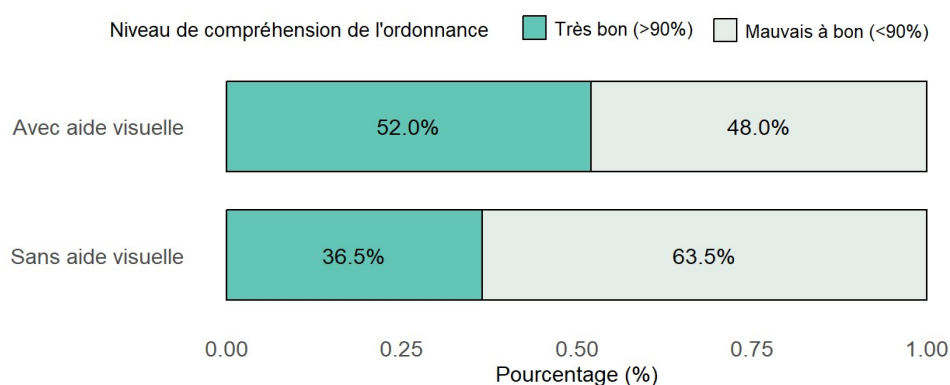
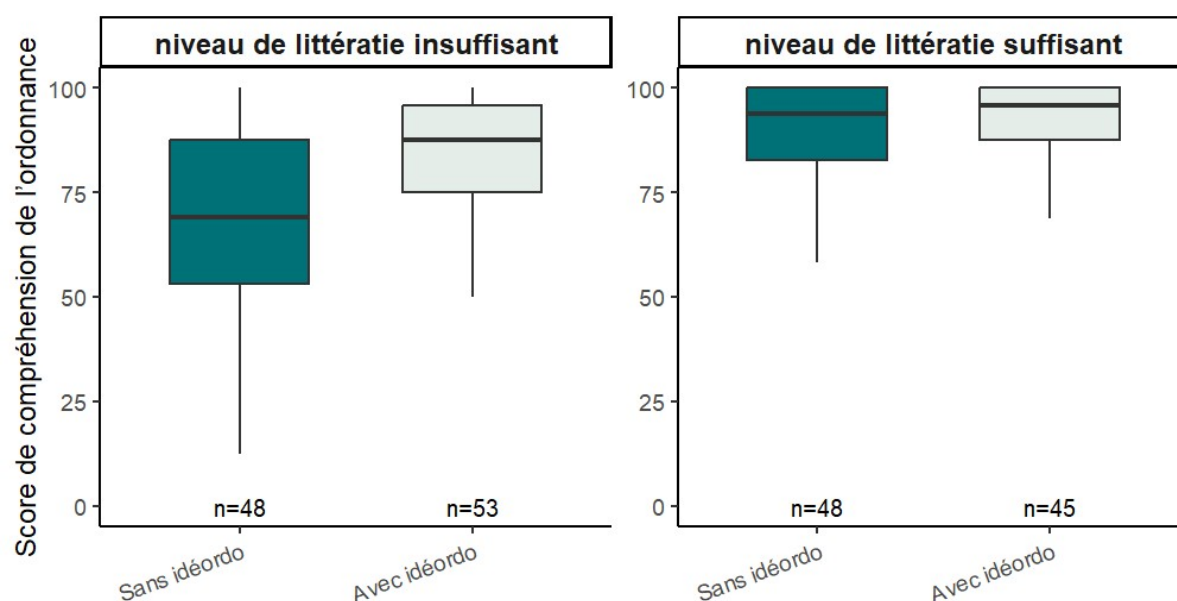


Figure 11 : Comparaison des niveaux de compréhension des ordonnances des participants.

Note : N=194. Données issues de l'évaluation Idéordo, 2024

5.3. Idéordo améliore le score de compréhension des ordonnances particulièrement chez les participants avec un niveau de littératie insuffisant

Les scores de compréhension des ordonnances avec et sans l'aide visuelle Idéordo sont présentés selon le niveau de littératie en santé des participants interrogés (Figure 12).



	Sans idéordo	Avec idéordo	p-valeur
Moyenne			
Niveau de littératie insuffisant	69/100	88/100	<0,01
Niveau de littératie suffisant	94/100	96/100	0,85
Médiane			
Niveau de littératie insuffisant	67/100	84/100	<0,01
Niveau de littératie suffisant	89/100	90/100	0,85

Figure 12 : Comparaison des scores de compréhension des ordonnances entre les deux groupes d'intervention et en fonction du niveau de littératie en santé.

La différence de compréhension des ordonnances entre les groupes avec ou sans l'aide visuelle Idéordo est particulièrement marquée chez les participants ayant un niveau de littératie en santé insuffisant. En effet, parmi ces derniers, la médiane de compréhension des ordonnances est de 69/100 pour le groupe sans l'aide visuelle Idéordo contre 88/100 pour le groupe avec (p-valeur = 0,0001). A l'inverse, cette différence est non significative pour les participants

ayant un niveau de littératie suffisant, avec un différentiel statistiquement non significatif de 2 points entre les groupes avec et sans l'aide visuelle Idéordo (p-valeur > 0,05).

Une tendance similaire est observée lorsqu'on considère les moyennes : dans le groupe sans aide visuelle et présentant un faible niveau de littératie en santé, le score moyen de compréhension est de 67/100, contre 89/100 chez les participants ayant reçu l'aide visuelle Idéordo (p-valeur = 0,0001).

De même, parmi les participants ayant un niveau de littératie en santé insuffisant, 17 % présentent un très bon niveau de compréhension de leur ordonnance sans l'aide visuelle Idéordo et 45 % avec l'utilisation de cette aide (p-valeur = 0,004) (Figure 13). À l'inverse, chez les participants avec un niveau de littératie suffisant, le pourcentage de participants présentant une très bonne compréhension de leur ordonnance est respectivement de 56 % dans le groupe sans aide visuelle et de 60 % dans le groupe avec aide, cette différence n'étant pas statistiquement significative (p-valeur = 0,87).

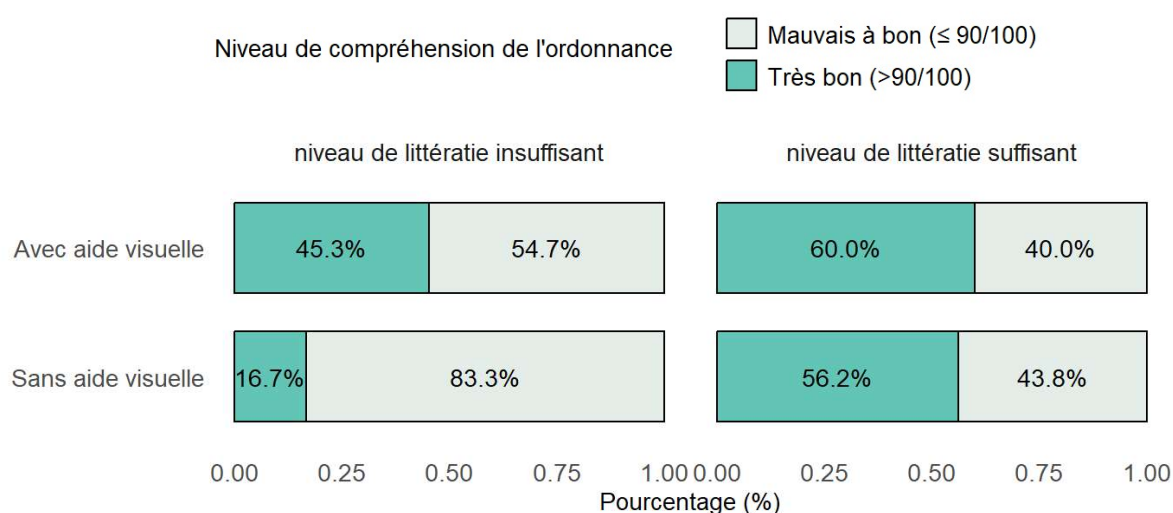
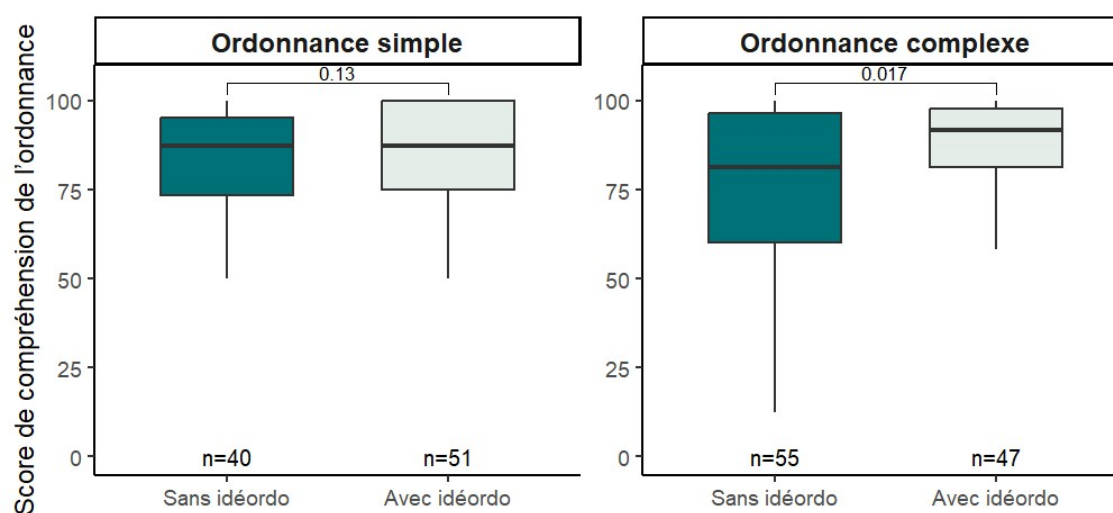


Figure 13 : Comparaison des niveaux de compréhension des ordonnances entre les deux groupes d'intervention et en fonction du niveau de littératie en santé.

5.4. Idéordo améliore le score de compréhension des ordonnances lorsqu'elles sont plus complexes

Pour les ordonnances simples (médiane de score MRCI ≤ 8), aucune différence significative n'est observée entre les groupes avec ou sans l'aide visuelle Ideordo (Figure 14, p-valeur = 0,13).

Pour les ordonnances complexes (médiane de score MRCI > 8), le score moyen de compréhension passe de 81/100 sans l'aide visuelle Ideordo à 92/100 avec l'aide, et la médiane passe de 76/100 sans l'aide à 88/100 avec l'aide (p-valeur = 0,017).



	Sans aide visuelle	Avec Aide visuelle	p-valeur
Moyenne			
Ordonnance simple	88/100	88/100	0,129
Ordonnance complexe	81/100	92/100	0,017
Médiane			
Ordonnance simple	81/100	86/100	0,129
Ordonnance complexe	76/100	88/100	0,017

Figure 14 : Comparaison des scores de compréhension des ordonnances entre les deux groupes d'intervention avec ou sans Idéordo et en fonction de la complexité des ordonnances.

En revanche, lorsque le score de compréhension est analysé sous forme catégorielle ($\leq 90/100$ ou bien $> 90/100$), la différence entre les groupes n'est plus statistiquement significative, bien qu'une tendance soit observable. Parmi les participants ayant reçu une ordonnance complexe, 36 % présentent une bonne compréhension sans aide visuelle contre 55 % avec l'aide visuelle

Ideordo (p-valeur = 0,09). Pour les ordonnances simples, ce pourcentage passe de 35 % sans aide visuelle à 49 % avec l'aide visuelle Ideordo (p-valeur = 0,26, Figure 15).

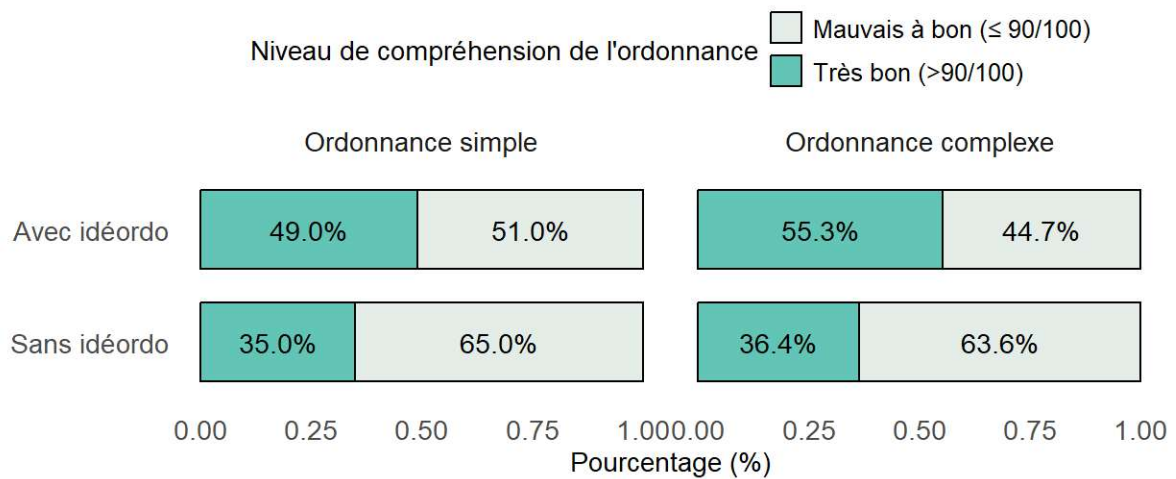


Figure 15 : Comparaison des scores de compréhension des ordonnances en catégoriel entre les deux groupes d'intervention et en fonction du niveau de complexité des ordonnances.

5.5. Analyse des facteurs associés à la compréhension des ordonnances : modèle univarié

Afin d'examiner l'influence spécifique d'Idéordo sur la compréhension des ordonnances, tout en tenant compte des autres variables explicatives, des analyses de régression linéaire ont été réalisées (voir section Analyse des données de la méthode page 32). Les résultats des régressions linéaires univariées et multivariées sont présentés en Tableau 14.

Tableau 14 : Analyses univariées des facteurs associés au score de compréhension des ordonnances

Caractéristiques	N	Beta	IC 95%	p-valeur
Aide visuelle Idéordo	194			0,001
<i>Sans aide visuelle</i>	96	—	—	
<i>Avec aide visuelle</i>	98	9,1	[3,7 ; 15]	
Sexe	194			0,11
<i>Femme</i>	81	—	—	
<i>Homme</i>	113	-4,6	[-10,0 ; 1,0]	
Age du patient	194	-0,1	[-0,3 ; 0,12]	0,7
<i>Inférieur à 50 ans</i>	134	—	—	
<i>Supérieur à 50 ans</i>	60	-1,3	[-7,3 ; 4,8]	
Durée en France (en années)	194			0,5
<i>Moins de 1 an</i>	64	—	—	
<i>Entre 1 an et 5 ans</i>	41	4,3	[-3,4 ; 12,0]	
<i>Plus de 5 ans</i>	89	3,1	[-3,2 ; 9,5]	
Type de logement	190			0,044
<i>Logement personnel</i>	43	—	—	
<i>Chez un tiers</i>	74	-1,8	[-9,2 ; 5,5]	
<i>Hébergement temporaire</i>	41	-6,9	[-15 ; 1,5]	
<i>Pas d'hébergement</i>	32	-11	[-20 ; -2,4]	
Situation professionnelle	188			0,12
<i>Emploi stable</i>	32	—	—	
<i>Emploi précaire</i>	32	-3,6	[-13 ; 6,1]	
<i>Sans emploi</i>	124	-7,6	[-15 ; 0,1]	
Suivi par un médecin régulier	194			0,6
<i>Oui</i>	84	—	—	
<i>Non</i>	110	-1,5	[-7,1 ; 4,1]	
Nombre d'enfants en France	194			0,12
<i>Sans enfant en France</i>	144	—	—	
<i>Au moins un enfant en France</i>	50	5,0	[-1,4 ; 11]	
Concubinage	194			>0,9
<i>En couple et ne vivent pas avec leur conjoint</i>	25	—	—	
<i>En couple et vivent avec leur conjoint</i>	48	1,9	[-7,7 ; 11]	
<i>Célibataire</i>	121	0,92	[-7,6 ; 9,4]	
Niveau d'étude	194			<0,001
<i>Enseignement supérieur</i>	46	—	—	

Caractéristiques	N	Beta	IC 95%	p-valeur
<i>Enseignement secondaire</i>	92	-8,4	[-15 ; -1,6]	
<i>Enseignement primaire ou pas scolarisé</i>	56	-16	[-23,0 ; -8,1]	
Perception de la compréhension des ordonnances	170			0,049
<i>Bonne</i>	101	—	—	
<i>Moyenne</i>	28	-6,8	[-15,0 ; 1,2]	
<i>Mauvaise</i>	41	-7,6	[-15,0 ; -0,73]	
Couverture Maladie	194			0,2
<i>Sécurité sociale (la Puma)</i>	52	—	—	
<i>AME</i>	39	-1,8	[-10,0 ; 6,3]	
<i>Aucune couverture maladie</i>	103	-6,1	[-13,0 ; 0,5]	
Score d'entourage social	192			0,2
<i>Pas de soutien social</i>	44	—	—	
<i>Soutien social modéré</i>	96	5,9	[-1,1 ; 13]	
<i>Soutien social élevé</i>	52	0,9	[-7,0 ; 8,8]	
Maladie(s) chronique(s)	192			0,3
<i>Pas de maladies chroniques</i>	90	—	—	
<i>Au moins une maladie chronique</i>	102	2,8	[-2,8 ; 8,4]	
Prise de médicament(s) régulièrement	193			0,3
<i>Non</i>	88	—	—	
<i>Oui sans difficultés</i>	67	-4,8	[-11,0 ; 1,5]	
<i>Oui avec une ou des difficulté(s) de prise</i>	38	-0,1	[-7,6 ; 7,4]	
Complexité des ordonnances	193			0,4
<i>Ordonnance simple (score MRCI ≤ 8)</i>	91	—	—	
<i>Ordonnance complexe (score MRCI > 8)</i>	102	-2,3	[-7,9 ; 3,3]	
Littératie en santé				<0,001
<i>Niveau suffisant</i>	93	—	—	
<i>Niveau insuffisant</i>	101	-13,6	[-8,4 ; -18,8]	

Note : N=194, données issues de l'évaluation d'Idéordo

En analyse univariée (c'est-à-dire en confrontant chaque variable explicative de manière individuelle à la variable d'intérêt, ici le score de compréhension des ordonnances), les variables statistiquement associées à une augmentation du score de compréhension des ordonnances sont l'utilisation de l'aide visuelle Idéordo, le type de logement, le niveau d'étude, la perception de compréhension des ordonnances. Les participants ayant reçu l'aide visuelle Idéordo ont un score supérieur de 9 % par rapport à ceux ne l'ayant pas reçu (Beta +9,1, p-valeur = 0,001). Les personnes sans hébergement ont un score de compréhension inférieur de 11 % par rapport à celles ayant un logement personnel (Beta = -11, p-valeur = 0,044). Comparées aux personnes ayant un niveau d'enseignement supérieur, celles avec un niveau secondaire ou professionnel ont un score de compréhension réduit de 8,4 % (Beta = -8,4 p-valeur <0,001), et celles avec un niveau d'étude primaire ou n'ayant jamais été scolarisées ont un score inférieur de 16 % (Beta = -16, p-valeur <0,001). Les personnes qui perçoivent et rapportent une mauvaise compréhension des ordonnances ont effectivement un score de

compréhension inférieur de 7,6 % par rapport à celles qui estiment bien les comprendre (Beta = -7,6, p-valeur = 0,049). Enfin, les personnes avec un niveau de littératie insuffisant ont effectivement un score de compréhension inférieur de 13,6 % par rapport à celles qui estiment bien les comprendre (Beta = -13,6, p-valeur <0,001).

Aucune association statistiquement significative n'est observée pour le sexe (p-valeur = 0,11), l'âge (p-valeur = 0,7), la durée de séjour en France (p-valeur = 0,5), la situation professionnelle (p-valeur = 0,12), la couverture sociale (p-valeur = 0,2), le soutien social (p-valeur = 0,2) et la présence d'une maladie chronique (p-valeur = 0,3).

5.6. Analyse des facteurs associés à la compréhension des ordonnances : modèle multivarié

Après ajustement sur l'ensemble des variables incluses dans le modèle multivarié, l'attribution de l'aide visuelle Idéordo ainsi que le niveau de scolarité apparaissent comme indépendamment associés au score de compréhension des ordonnances (Figure 16).

Variable	N	Estimate	p
Groupe			
Sans aide visuelle	78	Reference	
Avec aide visuelle	81	10.47 (4.67, 16.27)	<0.001
Sexe			
Femme	67	Reference	
Homme	92	-5.00 (-10.83, 0.83)	0.09
Scolarité			
Enseignement supérieur	45	Reference	
Enseignement secondaire	80	-8.52 (-15.28, -1.75)	0.01
Enseignement primaire ou pas scolarisé	34	-14.22 (-22.44, -5.99)	<0.001

-20 -15 -10 -5 0 5 10 15

Figure 16 : Analyse multivariée des facteurs associés au score de compréhension des ordonnances

L'utilisation de l'outil Idéordo est associée à une augmentation significative du score de compréhension, avec une différence moyenne de 10,5 points (Beta = +10,5 ; IC95% [4,7 ; 16,3] ; p-valeur < 0,0001), toutes choses égales par ailleurs.

Le niveau d'étude ressort également comme un facteur significativement associé au score de compréhension des ordonnances. Comparativement aux personnes ayant un niveau d'études supérieur, celles ayant un niveau secondaire ou professionnel présentent une diminution moyenne du score de 8,5 points (Beta = -8,5, p-valeur = 0,01), tandis que celles ayant été peu ou pas scolarisées ont un score réduit de 14,2 points en moyenne (Beta = -14,2, p-valeur <0,001). La variable sexe, bien que non significative (p-valeur = 0,09), a été conservée dans le modèle final en raison de sa proximité avec le seuil de significativité et de sa pertinence

théorique. Aucune des autres variables du modèle n'est significativement associée au score de compréhension des ordonnances après ajustement.

5.7. Analyse de l'impact de l'aide visuelle Idéordo selon le niveau de littératie en santé

Le niveau de littératie en santé n'a pas pu être inclus dans le modèle multivarié complet en raison de sa forte corrélation avec un grand nombre d'autres variables. Toutefois, à littératie en santé égale, l'aide visuelle Idéordo permet d'augmenter le niveau de compréhension des ordonnances de 9,7 % (Beta = 9,7, p-valeur < 0,001, Figure 17).

Variable		N	Estimate	p	
Groupe	Sans aide visuelle	96		Reference	
	Avec aide visuelle	98		9.71 (4.67, 14.75) <0.001	
Litteratie	Niveau insuffisant	101		Reference	
	Niveau suffisant	93		14.01 (8.96, 19.05) <0.001	

0 5 10 15

Figure 17 : Résultats du modèle multivarié incluant l'aide visuelle Idéordo et le niveau de littératie en santé.



Discussion

1. L'aide visuelle Idéordo améliore la compréhension des ordonnances des personnes en situation de précarité

Grâce à une méthodologie rigoureuse, cette évaluation montre que l'aide visuelle Idéordo améliore significativement la compréhension des ordonnances chez les personnes fréquentant les structures de soins en Île-de-France. Cette amélioration est observée quel que soit l'indicateur considéré : la médiane du score de compréhension passe de 88/100 sans Idéordo à 92/100 avec Idéordo (p -valeur = 0,006), tandis que la moyenne passe de 78/100 à 87/100 (p -valeur = 0,006) ou en catégoriel (niveau de très bonne compréhension de l'ordonnance de 37% sans Idéordo contre 52% avec Idéordo, p -valeur = 0,029). Les résultats sont confirmés par les analyses multivariées : l'utilisation d'Idéordo est associée à une augmentation significative du score de compréhension des ordonnances dans un modèle de régression linéaire ajusté sur le sexe et le niveau d'études ($Beta = +10,4$; p -valeur = 0,001), ainsi que dans un modèle ajusté sur le niveau de littératie en santé ($Beta = +9,7$; p -valeur = 0,001). Ces résultats soulignent l'utilité d'une aide visuelle, comme Idéordo, à la compréhension des ordonnances en particulier auprès des populations ayant un niveau de littératie en santé insuffisant et/ou un faible niveau de scolarité.

En termes de résultats quantitatifs, les essais cliniques randomisés auprès de patients sont unanimes concernant l'apport des aides visuelles dans l'amélioration de la compréhension, et les mesures de cette amélioration sont cohérentes avec les résultats de notre évaluation. Ainsi, un essai mené auprès de patients sous trithérapie anti-VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) montre que 88 % des patients dans le bras expérimental avec des pictogrammes accompagnés d'explications verbales, se rappellent de l'information ciblée, contre seulement 2 % dans le bras contrôle (103). Un autre essai souligne également l'impact des pictogrammes, en démontrant qu'ils améliorent à la fois l'adhérence au traitement et aussi la compréhension, avec 95 % de compréhension en moyenne dans le bras expérimental et 70 % dans le bras contrôle (104). Une étude transversale au Liban en 2023 montre une augmentation plus modeste, probablement à cause du schéma expérimental, de la compréhension par l'usage de pictogrammes avec une différence de moyenne de 1,52 sur leur échelle allant de 0 à 12 (86). Sur un autre aspect, une étude observationnelle a montré que fournir un « plan de médication amélioré » lors de l'entretien entre le médecin et le patient à la sortie de l'hospitalisation permettait de consacrer davantage de temps aux informations

sur les médicaments (augmentation de 62 % du temps consacré) et d'augmenter le nombre de recommandations concernant la prise (91).

2. Un impact particulièrement marqué chez les personnes ayant un faible niveau de littératie en santé

Les résultats indiquent que l'aide visuelle Idéordo améliore significativement la compréhension, avec un effet nettement plus prononcé chez les patients présentant un faible niveau de littératie. La moyenne du score de compréhension augmente de 1 point chez les patients à niveau élevé (89/100 sans idéordo vs 90/100 avec, p -valeur = 0,85), tandis que cette augmentation atteint 17 points chez les patients à faible niveau (67/100 vs 84/100, p -valeur = 0,001). La médiane du score confirme cette tendance, avec un gain de 2 points dans le groupe à niveau élevé (94/100 vs 96/100, p -valeur = 0,85) et de 19 points dans le groupe à faible niveau (69/100 vs 88/100, p -valeur = 0,001).

De nombreuses études internationales confirment l'apport d'une aide visuelle pour améliorer la compréhension des ordonnances plus particulièrement chez les personnes ayant des niveaux de littératie en santé faible. À ce titre, une étude menée au Qatar souligne la pertinence de l'utilisation de pictogrammes auprès d'une population multiculturelle à faible littératie, ne maîtrisant pas la langue locale. Les patients comprenaient mieux les étiquettes des médicaments quand elles étaient accompagnées de pictogrammes en comparaison à des étiquettes écrites uniquement avec des instructions, l'effet était d'autant renforcé que les pictogrammes étaient associés à des explications verbales (105). Un autre essai auprès de patients d'une communauté Xhosa en Afrique du Sud présentant un faible niveau de littératie et ne parlant pas anglais, montre l'impact des pictogrammes sur le score de compréhension avec une augmentation du nombre de patients comprenant plus de 80 % de l'information médicale (106). Une méta-analyse de 2020 confirme ces résultats et affirme l'importance des aides visuelles, en particulier auprès des populations ayant un faible niveau de littératie en santé. Elle indique que les aides les plus simples et utilisant un minimum de mots semblent être les plus efficaces pour favoriser la compréhension (107). Certaines études stipulent également l'importance de l'adaptation des pictogrammes à la culture locale afin d'en optimiser la compréhension (108).

Cette meilleure compréhension des ordonnances peut directement influencer l'observance au traitement, bien que celle-ci ne soit pas directement mesurée dans notre étude. Une étude au Cameroun montre que l'utilisation d'une aide visuelle pour des femmes illettrées améliore l'adhérence et la compréhension, ceci d'autant plus que les patientes reçoivent une aide

visuelle avancée et adaptée, avec des taux de compréhension de 90 % et 95 % en moyenne dans les bras expérimentaux (aide visuelle et aide visuelle avancée) contre 76 % dans le bras contrôle (109). Un essai américain mené auprès de patients avec un faible niveau de littératie et en sortie d'hôpital, a testé un outil adapté avec des instructions imagées spécifiques, sans constater d'effet sur l'observance médicamenteuse. Toutefois, les patients ayant reçu cet outil ont déclaré une observance médicamenteuse plus précise, ce qui suggérerait une meilleure compréhension de leur régime médicamenteux (110). Une étude transversale menée auprès de femmes avec un faible niveau de littératie montre qu'un faible niveau de littératie et le nombre de prescriptions sont des facteurs de risque associés à une moins bonne compréhension des ordonnances. Cette étude soulève également un point de vigilance : bien que 71 % des femmes aient répondu correctement à l'instruction de la posologie, seulement 35 % d'entre elles ont pu correctement dénombrer le nombre de comprimés à prendre quotidiennement (111). Si certaines études suggèrent un lien entre une meilleure compréhension de l'ordonnance et une meilleure observance du traitement, ce lien reste à explorer.

Ces résultats démontrent le rôle de l'aide visuelle Idéordo dans l'amélioration de la compréhension des ordonnances et confirment les résultats de l'étude préliminaire qui s'est déroulée dans les LHSS de Paris en 2022 (24 % d'amélioration et 55 % d'amélioration de la compréhension pour les patients associés à des caractéristiques de faible littératie) (92). Bien qu'à des niveaux moins élevés, nos mesures d'amélioration correspondent à des valeurs de la vie réelle avec un usage de l'aide visuelle Idéordo dans ses vraies conditions d'utilisation.

Incontestablement, comme le confirme notre évaluation, les aides visuelles apparaissent particulièrement adaptées aux publics présentant de faibles niveaux de littératie, en particulier en santé.

3. La compréhension des ordonnances est associée au niveau de scolarité des patients

Cette étude met en évidence un lien fort entre le niveau de littératie en santé et le niveau de scolarité. Alors que 30 % des personnes ayant un enseignement supérieur et 41 % de celles avec un niveau secondaire présentent une littératie insuffisante, cette proportion atteint 88 % chez les individus dont le niveau de scolarité est de niveau primaire ou inférieur. Selon un modèle de régression logistique multivarié ajusté sur le type de logement et la durée de résidence en France, les personnes peu ou pas scolarisées présentent un risque 15 fois plus élevé d'avoir une littératie en santé insuffisante comparativement à celles ayant un niveau

universitaire (OR = 15,2 ; p-valeur < 0,001). Par ailleurs, ces mêmes personnes présentent une diminution de 14 points de leur score de compréhension des ordonnances, après ajustement sur le sexe et le recours à l'aide visuelle Idéordo (Beta = -14,2 ; p-valeur < 0,001).

Ces résultats sont appuyés par la littérature internationale, qui décrit la scolarité comme un élément crucial de la littératie en santé. En particulier, une méta-analyse a confirmé le rôle central du niveau d'éducation en tant que facteur socio-économique majeur influençant la littératie en santé (41). En ce sens, l'Enquête européenne sur la littératie en santé confirme l'existence d'un gradient social lié au niveau d'éducation, montrant que la littératie en santé est significativement plus élevée chez les personnes plus instruites dans l'ensemble des pays participants, bien que l'ampleur de cette association varie légèrement d'un pays à l'autre (112). Par ailleurs, une étude taïwanaise met également en évidence le lien entre un faible niveau de scolarité et une littératie en santé inadéquate (113). En Allemagne, une étude transversale a montré que la littératie en santé jouait un rôle médiateur partiel dans l'association entre un faible niveau d'éducation et un mauvais état de santé autodéclaré. Elle suggère ainsi que l'amélioration de la littératie en santé pourrait être une stratégie efficace pour réduire les disparités de santé liées à l'éducation (114).

Les données issues de la littérature, conjointement aux résultats de l'évaluation montrant une association significative entre le niveau de scolarité et le score de compréhension des ordonnances, renforcent la pertinence d'élaborer des recommandations ciblées pour la prise en charge des populations les plus vulnérables. Plus spécifiquement, l'évaluation suggère que l'utilisation de l'aide visuelle Idéordo pourrait constituer une intervention pertinente en consultation auprès des personnes ayant les niveaux de scolarité les plus faibles.

4. Peu d'impact d'Idéordo selon la complexité des ordonnances, dans cet échantillon où les ordonnances sont plutôt simples

Aucune différence significative n'a été observée dans la compréhension perçue (p-valeur = 0,58) ni dans la compréhension objective (p-valeur = 0,40) entre les participants ayant des ordonnances simples et ceux ayant des ordonnances complexes. L'aide visuelle Ideordo n'a pas significativement amélioré la compréhension dans le groupe des ordonnances simples (p-valeur = 0,13). En revanche, chez les participants disposant d'ordonnances complexes, le score de compréhension est significativement meilleur avec Ideordo, tant en moyenne (92/100 vs 81/100, p-valeur = 0,017) qu'en médiane (88/100 vs 76/100, p-valeur = 0,017). L'analyse catégorielle du score de compréhension montre une tendance favorable à Ideordo, sans atteindre la significativité : 55 % vs 36 % de bonne compréhension avec et sans aide

visuelle pour les ordonnances complexes (p-valeur = 0,09), et 49 % vs 35 % pour les ordonnances simples (p-valeur = 0,26).

L'absence de différences significatives pourrait s'expliquer par l'homogénéité de l'échantillon, majoritairement composé d'ordonnances simples. Le score médian de complexité des ordonnances, mesuré par le MRCI, est de 8. Ce score, calculé en tenant compte du nombre de médicaments, des formes galéniques, de la fréquence d'administration et des instructions spécifiques, ne possède pas de valeur maximale fixe ni de seuil universellement reconnu pour définir la complexité. Bien qu'une étude ait utilisé un seuil de 15 pour caractériser une ordonnance complexe (115), 86,6 % des ordonnances de l'étude Idéordo présentent un score inférieur. Il n'était pas possible d'utiliser ce seuil dans cet échantillon car l'effectif de personnes concernées par des ordonnances avec un score MRCI supérieur à 15 était trop faible. La présence d'une grande quantité d'ordonnances simples peut être liée aux structures où l'enquête s'est déroulée ainsi qu'aux caractéristiques de la population enquêtée. En effet, ces structures ont pour vocation de réorienter les personnes vers le droit commun une fois leurs droits sociaux acquis. Ainsi les personnes accueillies vont d'abord consulter à l'occasion d'une situation de santé plutôt aigue pour laquelle une ordonnance « simple » va être délivrée. Cette évaluation ne permet donc pas de conclure spécifiquement sur l'efficacité de l'outil dans un contexte de distribution d'ordonnances complexes (contexte hospitalier par exemple).

5. Les patients ont des niveaux de compréhension des ordonnances variables

L'évaluation de la compréhension des ordonnances dans la population de l'étude révèle un score moyen de 83 % (médiane à 88 %) sur l'ensemble des patients interrogés. En catégorisant le score de compréhension en deux groupes — inférieur ou supérieur à 90 % — 56 % des patients présentent un score inférieur, tandis que 44 % atteignent un score supérieur à 90 %.

Ces scores traduisent un bon niveau de compréhension générale des patients usagers des structures de soins franciliennes, mais doivent être interprétés avec prudence en raison de disparités importantes. Plus précisément, les scores varient selon le niveau de littératie en santé : les patients avec un niveau de littératie insuffisant au HLQ module 9 comprennent en moyenne 76% de leurs ordonnances (médiane à 85%) contre 90 % en moyenne (médiane : 94 %) pour ceux disposant d'un niveau suffisant. Les rares études disponibles se concentrent généralement sur des dimensions spécifiques de la compréhension de l'information médicale, et concernent des populations distinctes de celle de cette évaluation, notamment celles non

concernées par des situations de précarité. Néanmoins, il est intéressant de faire un parallèle avec certains résultats. Ainsi, une ancienne étude de 1979 menée auprès d'une population en sortie d'hospitalisation à Montréal rapportait que les patients identifiaient à 90 % les médicaments prescrits lors de la visite (116). De même, une étude américaine réalisée auprès de la population générale estimait que les étiquettes de médicaments étaient correctement lues par les patients à 91,6 % et correctement interprétées à 89,4 % (117). Enfin, une étude allemande qui évaluait un plan de médication standardisé sans aide visuelle a montré que 43 % des 40 patients inclus atteignaient un seuil de bonne compréhension supérieur à 90 % (95). Ces chiffres vont dans le sens des résultats obtenus dans cette étude concernant le niveau général de compréhension des ordonnances. Bien que la littérature ne réponde pas avec précision à la question de la compréhension des ordonnances par des personnes ayant un faible niveau de littératie en santé, une étude prospective menée auprès d'une population malgache avec un faible niveau de littératie et cumulant plusieurs facteurs de vulnérabilité (âge moyen de 50 ans, 16 % d'analphabètes) constate que 27 % des patients ne connaissaient pas leur maladie, 34 % ignoraient les objectifs du traitement et 14 % n'avaient pas compris les prescriptions (118).

La catégorisation à 90 % a été choisie en accord avec les recommandations de l'ANSM sur la compréhension des notices de médicaments. Cependant, il est basé sur un accord d'experts et sur des notices et non des ordonnances. Il serait intéressant que ce seuil soit travaillé et discuté avec des usagers et des professionnels pour de futures études.

6. La littératie en santé des personnes en situation de précarité et l'importance des aides visuelles

L'évaluation de la littératie en santé fonctionnelle des patients qui fréquentent les structures de soins de la région francilienne, au travers du module 9 du score HLQ, a révélé des niveaux hétérogènes avec de fortes disparités entre les individus. Les résultats montrent une proportion qui atteint 54 % de patients avec un niveau de littératie en santé insuffisant. A titre de comparaison, en population générale en France, ce niveau a été évalué à 11 % selon une étude récente Drees qui exploite les résultats de l'enquête santé européenne nationale EHIS et qui a utilisé le même module 9 du questionnaire HLQ (45). Cette proportion de 54 % de personnes avec un niveau insuffisant en littératie en santé est d'ailleurs plus proche de ce qui a été mesuré dans des régions particulièrement défavorisées comme à Mayotte où la part de personnes avec un niveau de littératie en santé insuffisant atteint 60 % de la population locale (45).

En somme, notre étude révèle un faible niveau de littératie en santé d'une population en situation de précarité qui cumule les facteurs de vulnérabilité. Pour favoriser l'amélioration du niveau de littératie en santé, l'étude suggère l'utilisation de l'aide visuelle Idéordo. L'impact des aides visuelles sur la littératie en santé est déjà documenté dans la littérature. Une métaanalyse montre en effet que les aides visuelles, en particulier les pictogrammes et les vidéos, développées avec des personnes faiblement alphabétisées, entraînent des améliorations statistiquement significatives en littératie en santé, avec des bénéfices en matière d'observance et de compréhension des médicaments (81).

7. La compréhension des ordonnances ne veut pas dire observance

Dans ce travail, nous avons évalué l'efficacité d'Idéordo sur la compréhension des ordonnances et mis en évidence un effet significativement bénéfique. Toutefois, l'adhésion thérapeutique ne dépend pas uniquement de la compréhension de la prescription. Elle repose sur de multiples facteurs, incluant la capacité du patient à accéder au traitement, à suivre correctement les instructions de prise et à maintenir l'observance jusqu'à la fin de la prescription (119). Le comportement de prise médicamenteuse est un processus complexe impliquant des dimensions liées au patient, au prescripteur, système de soins, à la relation médecin-malade, au temps qui lui est dédié ou encore à la disponibilité et recours à la traduction. L'identification de la non-adhérence constitue en outre un défi méthodologique, nécessitant des compétences d'entretien spécifiques et un suivi particulier, qui n'ont pas été mis en œuvre dans la présente étude. Néanmoins, le lien étroit entre amélioration de l'éducation thérapeutique, évaluation de la littératie en santé et adhérence au traitement est bien établi. Ainsi, une étude future visant à mesurer l'effet de l'amélioration de la littératie en santé sur l'adhésion thérapeutique dans cette population présenterait un intérêt majeur.

8. Co-construire des outils avec les usagers est un facteur de réussite.

La co-construction des outils avec et pour les usagers constitue aujourd'hui un facteur déterminant de leur réussite dans le développement d'interventions en santé. Au-delà d'un simple principe participatif, cette démarche s'inscrit aujourd'hui comme une exigence de qualité et d'efficacité dans les interventions en santé. En France, la Haute Autorité de Santé (HAS) souligne depuis plusieurs années l'importance d'associer les patients à l'élaboration des dispositifs et des parcours, notamment à travers ses recommandations sur l'éducation

thérapeutique du patient qui doit être conçue et mise en œuvre « avec et pour les patients » (120). La HAS, à travers un guide méthodologique, soutient et encourage l'engagement des usagers dans les secteurs sanitaire, social et médico-social (121). L'implication des patients dans la conception des services ou dispositifs de santé permet d'améliorer leur pertinence, leur acceptabilité et leur efficacité.

Ces orientations vont dans le sens du concept d'« *experience-based design* » (122), qui vise à concevoir les dispositifs de santé à partir du vécu des patients, en intégrant leurs expériences dans le processus de co-construction. Ce concept permet de développer des outils plus adaptés, compréhensibles et de fait mieux acceptés par ceux auxquels ils s'adressent.

Au-delà d'un simple principe participatif, cette démarche s'inscrit comme une exigence de qualité et d'efficacité dans les interventions en santé. La co-construction est désormais identifiée comme une approche clé dans l'élaboration d'interventions en santé, notamment parce qu'elle permet de répondre à des besoins spécifiques et contextualisés (123). L'association des usagers dès les premières étapes du développement favorise ainsi la validité des dispositifs et leur utilisation effective sur le long terme. Cette logique s'inscrit dans une perspective de réduction des inégalités sociales de santé, puisque la participation active des usagers dans la conception et l'élaboration des outils et dispositifs en santé contribue à lever des barrières liées à la compréhension, la littératie et l'acceptabilité.

Dans le cas d'Idéordo, la co-construction avec les usagers a constitué une condition essentielle de succès. La prise en compte des retours des personnes concernées a permis de tester la lisibilité des ordonnances reformulées en image et de valider la compréhension des pictogrammes utilisés. En ce sens, la co-construction devient un levier concret pour améliorer la compréhension des prescriptions, soutenir l'observance et ainsi contribuer à réduire les inégalités de santé.

9. Intégration d'Idéordo dans les pratiques cliniques

Afin de comprendre l'intégration d'Idéordo dans les pratiques cliniques, une étude qualitative complémentaire a été menée auprès des soignants ayant utilisé l'outil. Quinze entretiens individuels semi-dirigés ont été menés auprès des utilisateurs d'Idéordo ayant participé à l'étude, selon une approche interprétative phénoménologique. Les soignants interrogés ont souligné à la fois l'intérêt de l'outil pour une amélioration de la compréhension des traitements et la simplification de l'information médicale, mais aussi un renforcement de l'autonomie des patients, un soutien pour une meilleure observance, un médiateur d'éducation thérapeutique, et une réduction des erreurs médicamenteuses à la prescription et à la prise par le patient.

L'utilisation de l'outil a permis un échange supplémentaire autour du traitement médicamenteux, de manière ludique, avec une satisfaction déclarée des patients au cours de la consultation. Les soignants déclarent souhaiter s'en servir auprès de patients à faible niveau de littératie en santé, présentant une barrière de la langue, primo-arrivants, et/ou encore souffrant de troubles anxieux ou de la concentration. Des pistes d'amélioration étaient suggérées comme la numérisation de l'outil afin de faciliter l'utilisation en cours de consultation, et que celle-ci ne soit pas perçue comme trop chronophage.

Au sein de certains LHSS et accueils de jour du Samusocial de Paris, l'utilisation de l'outil Idéordo s'est inscrite dans le quotidien. Il est utilisé au cours de consultations dédiées par des infirmiers et des médecins, dans le double objectif d'améliorer la compréhension des traitements médicamenteux, des pathologies pour lesquelles ces traitements sont pris et d'aider les personnes à s'autonomiser dans la prise de leur traitement.

10. Forces et limites

Cette étude présente des apports méthodologiques et contextuels qui renforcent la solidité et la crédibilité de ses résultats, mais aussi des limites inhérentes à son dispositif qu'il convient de reconnaître et de discuter pour en apprécier correctement la portée. Concernant les limites, elles portent essentiellement sur les outils utilisés. Le score de compréhension utilisé n'a pas fait l'objet d'une validation préalable, soulignant la nécessité de conduire ultérieurement un travail spécifique de validation. Par ailleurs, le questionnaire HLQ mobilisé évalue uniquement une dimension de la littératie en santé, à savoir son aspect fonctionnel, à l'instar de l'outil EHIS. L'évaluation ne couvre donc pas l'ensemble des dimensions de la littératie, qui nécessiteraient l'intégration des autres modules du HLQ. Enfin, l'utilisation d'un questionnaire auto-déclaratif expose à des biais potentiels, notamment de confirmation et de mémoire.

S'agissant des forces, cette étude propose tout d'abord une approche innovante, en s'intéressant à une population invisibilisée et rarement étudiée sous l'angle de la santé. Sur le plan méthodologique, elle repose sur une évaluation clinique randomisée, offrant ainsi un niveau de preuve élevé quant à l'apport d'Idéordo dans l'amélioration de la compréhension des ordonnances. De plus, la diversité et la représentativité des profils inclus sont renforcées par le caractère multicentrique de l'étude.

Conclusion

L'aide visuelle Idéordo apparaît comme un outil efficace pour réduire les inégalités sociales en santé en améliorant la compréhension des prescriptions médicales. Elle se distingue par sa facilité de déploiement dans les structures d'accueil et par son accessibilité pour les personnes faiblement scolarisées, y compris celles présentant un faible niveau de littératie en santé. Cette étude, fondée sur une méthodologie rigoureuse, met en évidence un effet significatif de l'utilisation d'Idéordo sur le score de compréhension des ordonnances, indépendamment du sexe, du niveau d'études et du niveau de littératie en santé. Ces résultats confirment la pertinence d'intégrer des supports visuels simples et adaptés dans les pratiques de soins, notamment auprès des populations les plus vulnérables. Dans cette perspective, le développement d'une version numérique d'Idéordo, mise gratuitement à disposition de l'ensemble des professionnels de santé, constituerait une évolution prometteuse pour favoriser son déploiement à large échelle. Une telle diffusion permettrait de renforcer son impact en termes d'équité en santé et de contribuer durablement à l'amélioration de la qualité des soins et des parcours thérapeutiques.

Synthèse d'évaluation de l'outil Idéordo

Evaluation de l'efficacité de l'aide visuelle Idéordo sur l'amélioration de la compréhension des ordonnances chez les personnes en situation de grande précarité

Introduction : La littératie en santé, définie comme la capacité à accéder, comprendre et utiliser des informations médicales, joue un rôle déterminant dans la qualité des soins et l'adhésion thérapeutique. Un niveau insuffisant de littératie en santé, passant notamment par la compréhension des prescriptions, constitue un facteur important des inégalités sociales de santé. Dans ce contexte, améliorer la compréhension des ordonnances représente un levier essentiel pour favoriser l'accès équitable aux soins et limiter les ruptures dans les parcours thérapeutiques. Les interventions reposant sur des supports visuels simples et adaptés se sont révélées efficaces pour renforcer la compréhension et soutenir l'autonomie des patients. C'est dans cette perspective qu'a été conçu Idéordo, une aide visuelle visant à améliorer la compréhension des prescriptions médicales, dont l'évaluation constitue l'objet de la présente étude.

Objectifs : Déterminer l'impact de l'outil Idéordo sur le niveau de compréhension des ordonnances, en condition réelle, chez des personnes usagères des structures de soins franciliennes destinées aux personnes en situation de précarité.



Méthode : Essai randomisé multicentrique par grappes mené en Île-de-France dans des structures médicales pour personnes en situation de précarité. Deux groupes (Idéordo vs contrôle) ; compréhension des ordonnances mesurée par questionnaire standardisé.

Résultats : 194 participants inclus -> 98 avec Idéordo et 96 sans Idéordo.

Littératie en santé -> 54 % des participants présentent un niveau de littératie insuffisant (vs 11 % en population générale). Les personnes peu ou pas scolarisées ont 15 fois plus de risque d'avoir une littératie insuffisante et un score de compréhension réduit de 14 points.

Efficacité de l'aide visuelle Idéordo :

Analyses univariées

	Sans Idéordo	Avec Idéordo	Gain	P-valeur
Médiane du score de compréhension	88/100	92/100	+4 points	0,006
Moyenne du score de compréhension	78/100	87/100	+9 points	0,006
Pourcentage de très bonne compréhension de l'ordonnance (>90/100)	37%	52%	+15%	0,029

Analyses multivariées

Gain moyen ajusté sur sexe et niveau d'études : +10,4 points ($p = 0,001$)

Gain ajusté sur niveau de littératie : +9,7 points ($p = 0,001$)

Conclusion : L'aide visuelle Idéordo améliore significativement la compréhension des prescriptions médicales, indépendamment du sexe, du niveau d'études et de la littératie en santé, et constitue un outil efficace pour réduire les inégalités sociales de santé. Le développement d'une version numérique gratuite pour les professionnels de santé permettrait de déployer largement cet outil et de renforcer son impact sur une meilleure compréhension des ordonnances pour les patients.

Annexe 1. Base d'échantillonnage des structures d'accueil de personnes en situation de précarité sélectionnées dans un périmètre de 15 km autour de Paris

Id	Nom de la structure	Adresse postale	Ville	Code Postal
1	ESI Agora	32 rue des Bourdonnais, 75001 Paris	Paris	75001
2	ESI familles Bonne Nouvelle (adapté aux bébés)	9 Rue Thorel, 75002 Paris	Paris	75002
3	ESI Chez Monsieur Vincent	10 Rue de Rocroy, 75010 Paris	Paris	75010
4	ESI La maison dans le jardin / Saint-Michel	35 Av. Courteline, 75012 Paris	Paris	75012
5	ESI La maison dans la rue	18 Rue de Picpus (Au fond du jardin de la résidence, hall B), 75012 Paris	Paris	75012
6	ESI Halte Femmes	16 Pass. Raguinot, 75012 Paris	Paris	75012
7	Halte Humanitaire	2 Rue Perrault, 75001 Paris	Paris	75001
8	Accueil Solidarité Saint-Augustin	46 Boulevard Malesherbes (Entrée au 46 bis), 75008 Paris	Paris	75008
9	Entraide et partage avec les sans-logis (EPALSL)	22 rue Sainte-Marthe, 75010 Paris	Paris	75010
10	Accueil de jour Mijaos	140 Rue du Chevaleret, 75013 Paris	Paris	75013
11	Halte Femmes de l'Hôtel de Ville	Parvis de l'hôtel de ville (ou 5 rue Lobau après 21h, week-ends, jours fériés, vacances), 75004 Paris	Paris	75004
12	GH Diaconesses Croix Saint Simon - Site de la Croix Saint-Simon	125 Rue d'Avron, 75020 Paris	Paris	75020
13	Accueil de jour "Le Rameau"	44 Rue de l'Est, 92100 Boulogne-Billancourt	Boulogne-Billancourt	92100

14	La Maison de l'Amitié La Défense	4 Place Carpeaux, 92800 Puteaux	Puteaux	92800
15	La Maison de la Solidarité	29 Rue Edmond Darbois, 92230 Gennevilliers	Gennevilliers	92230
16	Ordre de Malte - Maraude médicale	Route de la Reine - Jean Jaurès, 92100 Boulogne-Billancourt	Boulogne-Billancourt	92100
17	Bus Santé - Pantin	188 Av. Jean Lolive, 93500 Pantin	Pantin	93500
18	Equipe Mobile Santé Précarité -EMSP Association ALTAIR	32 Rue Salvador Allende, 92000 Nanterre	Nanterre	92000
19	PASS - Hôpital Hôtel-Dieu	1 Rue de la Cité (Entrée par le Centre de Diagnostic et de Thérapeutique, en face du métro Cité.), 75004 Paris	Paris	75004
20	PASS - Hôpital Saint-Louis	1 avenue Claude-Vellefaux (Bâtiment principal), 75010 Paris	Paris	75010
21	PASS - Hôpital Lariboisière	2 Rue Ambroise Paré (Polyclinique médicale, secteur bleu, porte 21), 75010 Paris	Paris	75010
22	PASS - Hôpital Saint-Antoine	184 rue du Faubourg-Saint-Antoine (Polyclinique médicale, bâtiment UPR), 75012 Paris	Paris	75012
23	PASS Généraliste - Hôpital la Pitié-Salpêtrière	83 Boulevard de l'Hôpital (Hôpital Pitié Salpêtrière, entrée Saint-Marcel, Pavillon des consultations), 75013 Paris	Paris	75013
24	PASS - Hôpital Cochin	27 rue du Faubourg-Saint-Jacques (L'accueil se situe au niveau de la polyclinique, au rez-de-chaussée, pavillon Achard.), 75014 Paris	Paris	75014
25	PASS Généraliste en milieu psychiatrique - GHU Paris	2 Rue d'Alésia (Entrée B - 3ème étage), 75014 Paris	Paris	75014
26	PASS - Hôpital Bichat-Claude-Bernard	46 rue Henri-Huchard (Service des urgences, policlinique), 75018 Paris	Paris	75018

27	PASS - Hôpital Tenon	4 Rue de la Chine (Service d'Accueil des Urgences), 75020 Paris	Paris	75020
28	PASS - Hôpital Ambroise Paré	9 Avenue Charles de Gaulle, 92100 Boulogne-Billancourt	Boulogne-Billancourt	92100
29	PASS - Hôpital Beaujon	100 Boulevard du Général Leclerc, 92110 Clichy	Clichy	92110
30	PASS - Hôpital Corentin Celton	4 Parv. Corentin Celton, 92130 Issy-les-Moulineaux	Issy-les-Moulineaux	92130
31	PASS - Hôpital Franco-Britannique	3 Rue Barbès (1er étage), 92300 Levallois-Perret	Levallois-Perret	92300
32	PASS - Hôpital Avicenne	125 Rue de Stalingrad, 93000 Bobigny	Bobigny	93000
33	PASS - Centre hospitalier de Saint-Denis	2 Rue du Dr Delafontaine, 93200 Saint-Denis	Saint-Denis	93200
34	PASS - Hôpital André Grégoire	56 Boulevard de la Boissière, 93100 Montreuil	Montreuil	93100
35	PASS de ville - CMS Henri Barbusse	62 Av. Gabriel Péri (Centre Municipal de Santé Henri Barbusse, entrée par la rue des Martyrs de la Déportation), 93400 Saint-Ouen-sur-Seine	Saint-Ouen-sur-Seine	93400
36	PASS - Hôpital Bicêtre	78 Rue du Général Leclerc, 94270 Le Kremlin-Bicêtre	Le Kremlin-Bicêtre	94270
37	PASS - Hôpital Henri Mondor	51 Av. du Maréchal de Lattre de Tassigny (se situe Porte 28 Rez de chaussée Bas (RB) à côté machine à café), 94000 Créteil	Créteil	94000
38	Consultation médicale du CHAPSA (PASS généraliste) - Hôpital de Nanterre	403 Avenue de la République (Entrée par le CHAPSA), 92000 Nanterre	Nanterre	92000
39	PASS - Hôpital Antoine Béchère	157 Rue de la Porte de Trivaux, 92140 Clamart	Clamart	92140

40	PASS - Hôpital Jean Verdier	Av. du 14 Juillet, 93140 Bondy	Bondy	93140
41	PASS - Hôpital Ville-Evrard	202 Av. Jean Jaurès (Bâtiment Morel - Service des spécialités médicales), 93330 Neuilly-sur-Marne	Neuilly-sur-Marne	93330
42	Permanence d'accès aux soins de santé PASS de ville Pierrefitte-sur-Seine	18 rue gueroux	Pierrefitte-sur-Seine	93380
43	PASS Blanc Mesnil	66 av de la république	Le Blanc Mesnil	93150
44	PASS de ville Livry-Gargan	36 rue st claude	Livry-Gargan	93190
45	PASS - Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil	40 Av. de Verdun, 94000 Créteil	Créteil	94000
46	PASS - Centre Hospitalier Intercommunal Lucie et Raymond Aubrac	40 All. de la Source, 94190 Villeneuve-Saint-Georges	Villeneuve-Saint-Georges	94190
47	PASS - Hôpital Sainte-Camille	2 Rue des Pères Camilliens, 94360 Bry-sur-Marne	Bry-sur-Marne	94360
48	PASS Centre hospitalier Victor Dupouy d'Argenteuil	69 rue du lieutenant colonel prudhon	Argenteuil	95100
49	Centre d'Accueil, d'Orientation et d'Accompagnement (CAOA)	15 Boulevard de Picpus, 75012 Paris	Paris	75012
50	La Maison Bakhita (adapté aux bébés)	5 Rue Jean Cottin (N° 5 TER), 75018 Paris	Paris	75018
51	Clinique mobile de Médecins Sans Frontières (Porte de la Villette)	Av. de la Prte de la Villette (A côté des Restos du Coeur), 75019 Paris	Paris	75019

52	Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation (CASO)	8 Rue des Bles, 93210 Saint-Denis	Saint-Denis	93210
53	Centre de Santé Comede	78 Rue du Général Leclerc (Porte 60 (La Force)), 94270 Le Kremlin-Bicêtre	Le Kremlin-Bicêtre	94270

Annexe 2. Formulaire CNIL MR-001 de l'évaluation clinique d'Idéordo

DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

1 Déclarant

Nom et prénom ou raison sociale : SAMU-SOCIAL DE PARIS

Sigle (facultatif) :

N° SIRET : 187509013 00012

Service :

Code APE : 8790B Autres activités d'hébergement social

Adresse : 35 AV COURTELINE

Code postal : 75012 Ville : PARIS 12

Téléphone :

Adresse électronique :

Fax :

2 Texte de référence

Vous déclarez par la présente que votre traitement est strictement conforme aux règles énoncées dans le texte de référence.

N° de référence

MR-1 Recherches dans le domaine de la santé avec recueil du consentement

3 Personne à contacter

Veuillez indiquer ici les coordonnées de la personne qui a complété ce questionnaire au sein de votre organisme et qui répondra aux éventuelles demandes de compléments que la CNIL pourrait être amenée à formuler

Votre nom (prénom) : BENOIT Julien

Service : DPO

Adresse : 15 RUE JEAN-BAPTISTE BERLIER

Code postal : 75013 - Ville : PARIS

Téléphone : 0671804408

Adresse électronique : DPO@SAMUSOCIAL-75.FR

Fax :

Raison sociale : SAMU-SOCIAL DE PARIS

N° SIRET : 187509013 00012

Sigle (facultatif) :

Code NAF : 8790B Autres activités d'hébergement social

Adresse : 35 AV COURTELINE

Code postal : 75012 Ville : PARIS 12

4 Signature

Je m'engage à ce que le traitement décrit par cette déclaration respecte les exigences du Règlement Général sur la Protection des Données et la loi du 6 janvier 1978 modifiée.

Personne responsable de l'organisme déclarant.

Nom et prénom : BENOIT Vanessa

Date le : 23-02-2024

Fonction : Directeur

Adresse électronique : DPO@SAMUSOCIAL-75.FR

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à permettre à la CNIL l'instruction des déclarations qu'elle reçoit. Elles sont destinées aux membres et services de la CNIL. Certaines données figurant dans ce formulaire sont mises à disposition du public en application de l'article 31 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée. Vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent en vous adressant à la CNIL: 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07.

Exemplaire à conserver - ne pas envoyer

COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES SUD-OUEST ET OUTRE-MER 1

Agréé par arrêté ministériel renouvelé en date du 22 avril 2024
Constitué selon l'arrêté du 13 mai 2024 de l'Agence Régionale de la Santé Occitanie

Avis sur une demande initiale

CPP

Nom du CPP : Comité de protection des personnes Sud Ouest et Outre Mer I
Adresse : ARS Occitanie - 10 chemin du raisin 31050 TOULOUSE CEDEX 9 France
Courriel : cppsoom1@ars.sante.fr
Téléphone : 0534302475

Promoteur / Demandeur

Promoteur : Samusocial de Paris
Représentant légal (UE) : -
Mandataire : -

Dossier

Numéro SI : 24.01365.000418
Numéro national : 2024-A00537-40
Référence interne : -
Référence interne : 1-24-019 / 24.01365.000418

Règlementation : Loi Jardé
Qualification : Catégorie 2

Produit ou acte : Hors produits de santé (produits non mentionnés à l'article L.5311-11 du code de la santé publique)

Investigateur : Lucie Legros

Titre : Évaluation de l'impact de l'outil imagé par des pictogrammes
Idéordo sur la compréhension des ordonnances médicamenteuses

Ce dossier a été étudié en séance le 13/05/2024, le 17/06/2024 et le 01/07/2024. Au vu des réponses obtenues, l'avis suivant a donc été émis. Cet avis court à compter du changement de statut sur le SI.

Considérant que les conditions éthiques sont remplies notamment au regard des éléments de l'article L.1123-7 du code de la santé publique, l'examen du comité permet de conclure que la recherche peut être réalisée et de rendre l'avis suivant :

Avis favorable

Cet avis est valable deux ans. Conformément à l'article L.1123-11 du code de la santé publique, le promoteur doit déclarer au CPP le début de la recherche. Cette déclaration se fait directement sur le SIRIPH2G (bouton "démarrer l'étude").

Si vous n'avez pas été en mesure d'inclure un premier participant à la recherche dans ce délai, vous pouvez demander au CPP une prorogation de cet avis avant la fin de validité de ce dernier (article R.1123-26 du code de la santé publique).

Sur les motivations suivantes :

COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES SUD-OUEST ET OUTRE-MER 1

Agréé par arrêté ministériel renouvelé en date du 22 avril 2024
Constitué selon l'arrêté du 13 mai 2024 de l'Agence Régionale de la Santé Occitanie

La justification de l'étude est pertinente ; le rapport des bénéfices et des risques est acceptable.

Les objectifs de votre recherche sont bien définis et bien argumentés.

Les moyens mis en œuvre pour atteindre ces objectifs sont décrits avec suffisamment de précision et semblent bien adaptés à la solution du problème abordé.

La méthodologie est clairement décrite et adaptée aux objectifs.

La notice d'information et le formulaire de consentement sont clairement rédigés et contiennent toutes les mentions nécessaires.

Personnes ayant délibéré

	Catégories	Membres Présents			
1 ^{er} Collège	Personnes qualifiées en matière de recherche biomédicale, en biostatistique ou en épidémiologie	JM Sénard	-	JM Conil	X
		E Chatelut	X	V Minville	-
		F Moesch	X	F Montastruc	X
		N Savy	X	C Grégoire	X
		T Landes	X	A Didier	-
	JH Di Donato	X			
	Médecins généralistes	-			
	Pharmaciens	A Guillermin	X	P Canal	X
	Auxiliaires médicaux	A Fromenteze	-		
2 ^e Collège	Personnes qualifiées en matière d'éthique	C Barla	X		
	Personnes qualifiées en sciences humaines et sociales ou dans le domaine de l'action sociale	J Périssé	-	F Djiragbou	X
	Personnes qualifiées en matière juridique	S Bimes-Arbus	X	L Garnier-Coutild	-
		P Rancher	-	M Larricq	-
	Représentants des usagers	F Escala	X	JL Perrigault	X
	F Laroche	-			

Documents analysés par le CPP

Catégorie	Intitulé	Date de dépôt
ADD - Doc additionnel	2024-A00537-40_additionnel_20240326_IDEORDO.pdf	26/03/2024
ASS - Assurance	2024-A00537-40_assurance_v2_20240412_IDEORDO.pdf	12/04/2024
COU - Courrier	2024-A00537-40_courrier_20240326_IDEORDO.pdf	26/03/2024
CVI - CV investigateurs	2024-A00537-40_Legros_Lucie_Certificat_Recherche_Clinique_20241104_IDEORDO.pdf	12/04/2024
CVI - CV investigateurs	2024-A00537-40_Legros_Lucie_declaration_interet_20240411_IDEORDO.pdf	12/04/2024

COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES SUD-OUEST ET OUTRE-MER 1

Agréé par arrêté ministériel renouvelé en date du 22 avril 2024
Constitué selon l'arrêté du 13 mai 2024 de l'Agence Régionale de la Santé Occitanie

CVI - CV investigateurs	2024-A00537-40_Legros_Lucie_CV_v2_20240411_IDEORDO.pdf	12/04/2024
CVI - CV investigateurs	2024-A00537-40_Elbaz_Zaineb_Certificat_Recherche_Clinique_20240625_IDEORDO.pdf	25/06/2024
CVI - CV investigateurs	2024-A00537-40_Elbaz_Zaineb_CV_20240625_IDEORDO.pdf	25/06/2024
CVI - CV investigateurs	2024-A00537-40_Ferreira_Emanuel_CV_20240625_IDEORDO.pdf	25/06/2024
CVI - CV investigateurs	2024-A00537-40_Ferreira_Emanuel_Certificat_Recherche_Clinique_20240625_IDEORDO.pdf	25/06/2024
CVI - CV investigateurs	2024-A00537-40_Gobrudhun_Ryan_Certificat_Recherche_Clinique_20240625_IDEORDO.pdf	25/06/2024
CVI - CV investigateurs	2024-A00537-40_Gobrudhun_Ryan_CV_20240625_IDEORDO.pdf	25/06/2024
CVI - CV investigateurs	2024-A00537-40_Itoudj_Sonia_CV_20240625_IDEORDO.pdf	25/06/2024
CVI - CV investigateurs	2024-A00537-40_Itoudj_Sonia_Certificat_Recherche_Clinique_20240625_IDEORDO.pdf	25/06/2024
CVI - CV investigateurs	2024-A00537-40_Rahmouni_Lina_Certificat_Recherche_Clinique_20240625_IDEORDO.pdf	25/06/2024
CVI - CV investigateurs	2024-A00537-40_Rahmouni_Lina_CV_20240625_IDEORDO.pdf	25/06/2024
CVI - CV investigateurs	2024-A00537-40_Caille_Léa_Certificat_Recherche_Clinique_20240625_IDEORDO.pdf	25/06/2024
CVI - CV investigateurs	2024-A00537-40_Caille_Léa_CV_20240625_IDEORDO.pdf	25/06/2024
CVI - CV investigateurs	2024-A00537-40_Ferreira_Emanuel_CV_v2_20240628_IDEORDO.pdf	28/06/2024
CVI - CV investigateurs	2024-A00537-40_Rahmouni_Lina_CV_v2_20240628_IDEORDO.pdf	28/06/2024
CVI - CV investigateurs	2024-A00537-40_Itoudj_Sonia_CV_v2_20240628_IDEORDO.pdf	28/06/2024
CVI - CV investigateurs	2024-A00537-40_Elbaz_Zaineb_CV_v2_20240628_IDEORDO.pdf	28/06/2024
CVI - CV investigateurs	2024-A00537-40_Caille_Léa_CV_v2_20240628_IDEORDO.pdf	28/06/2024
CVI - CV investigateurs	2024-A00537-40_Gobrudhun_Ryan_CV_v2_20240627_IDEORDO.pdf	28/06/2024
DEM - Demande autorisation	2024-A00537-40_demande_20240326_IDEORDO.pdf	26/03/2024
DOC - Autres documents	2024-A00537-40_DT_v1_20240612_IDEORDO.pdf	12/06/2024
DON - Données : preuve de conformité du traitement des données	2024-A00537-40_donnees_20240411_IDEORDO.pdf	12/04/2024
INF - Doc Information	2024-A00537-40_NIFC_consentement_v2_20240411_IDEORDO.pdf	12/04/2024
INF - Doc Information	2024-A00537-40_NIFC_adulte_v2_20240411_IDEORDO.pdf	12/04/2024
INF - Doc Information	2024-A00537-40-NIFC_consentement_v3_20240612_IDEORDO.pdf	12/06/2024

COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES SUD-OUEST ET OUTRE-MER 1

Agréé par arrêté ministériel renouvelé en date du 22 avril 2024
Constitué selon l'arrêté du 13 mai 2024 de l'Agence Régionale de la Santé Occitanie

INF - Doc Information	2024-A00537-40- NIFC_consentement_v4_20240612_IDEORDO.pdf	12/06/2024
INF - Doc Information	2024-A00537-40_NIFC_adulte_v3_20240612_IDEORDO.pdf	12/06/2024
INF - Doc Information	2024-A00537-40_NIFC_adulte_v4_20240612_IDEORDO.pdf	12/06/2024
JUS - Justification lieux de recherche	2024-A00537-40_equipement_20240326_IDEORDO.pdf	26/03/2024
PRO - Protocole	2024-A00537-40_protocole_v1_20240326_IDEORDO.pdf	26/03/2024
PRO - Protocole	2024-A00537-40_protocole_v2_20240612_IDEORDO.pdf	12/06/2024
PRO - Protocole	2024-A00537-40_protocole_v3_20240612_IDEORDO.pdf	12/06/2024
QUE - Echelles/questionnaires	2024-A00537-40_questionnaires_v1_20240612_IDEORDO.pdf	12/06/2024
REP - Courrier de réponse	2024-A00537-40_courrier_v1_20240612_IDEORDO.pdf	12/06/2024
REP - Courrier de réponse	2024-A00537-40_courrier_v2_20240625_IDEORDO.pdf	25/06/2024
RES - Résumé	2024-A00537-40_resume_v2_20240411_IDEORDO.pdf	12/04/2024

*Les documents étiquetés non-conformes sur le SI RIPH2G ou transmis pour information/notification dans le cadre de cette demande d'avis n'ont pas été évalués par le CPP.

*L'intitulé des documents examinés par le comité, listés sur le présent avis, reprend la nomenclature des fichiers utilisée par le déposant sur le SI RIPH2G.

La Présidente
Mme Stéphanie BIMES-ARBUS

Stéphanie Bimes-Arbus

✓ Certified by  yousign

01-07-2024

1- Inclusion

Date * JJ/MM/AAAA 

Nom enquêteur *

Lieu de l'enquête *

Identifiant du patient * Format numéro de structure - numéro de passage

Groupe Ideordo * ☐ Sans aide visuelle ☐ Avec aide visuelle

Contact établi ? * ☐ Oui ☐ Non

Patient éligible ? * ☐ Oui ☐ Non

Pourquoi ? *

☐ Ne peut pas suivre le fil de la discussion ☐ Déficience auditive ou visuelle sévère

☐ Sans ordonnance ☐ Mineurs(OU se déclarant mineur sans évaluation de l'ASE)

☐ Sous protection juridique (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice)

Consentement patient obtenu ? * ☐ Oui ☐ Non

Situation

Quel est votre sexe ? *

☐ Homme ☐ Femme ☐ Autre ☐ Ne souhaitez pas répondre

Quelle est votre date de naissance ? * 

JJ/MM/AAAA

Dans quel pays êtes-vous né(e) ? *

Quel est votre date de votre arrivée en France métropolitaine (la dernière si vous êtes venu(e) plusieurs fois) ? * 

JJ/MM/AAAA

Quelle est votre situation administrative ? *

☐ Pas de titre de séjour en cours de validité

☐ Un titre de séjour ou un récépissé en cours de validité (y compris visa touristique, de travail)

☐ Un statut de réfugié

☐ Demandeur d'asile

☐ Union Européenne

☐ Carte d'identité française

☐ Autre

☐ Ne sait pas

☐ Ne souhaitez pas répondre

Actuellement, êtes-vous en couple ? (situation ds fait peu importe statut légal) *

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐ Ne souhaitez pas répondre

Combien d'enfants avez-vous et qui vivent avec vous ? *

Vivez-vous avec votre compagnon ou votre compagne ? *

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐ Ne souhaitez pas répondre

Scolarité et langues

Quelles sont vos langues maternelles ? *

- ☐ Allemand
☐ Espagnol
☐ Ibo
☐ Portugais
☐ Swahili

- ☐ Anglais
☐ Ewé
☐ Italien
☐ Polonais
☐ Wolof

- ☐ Arabe
☐ Français
☐ Pachtou-Dari
☐ Roumain
☐ Yorouba

- ☐ Bambara
☐ Haoussa
☐ Peul
☐ Russe
☐ Autre

Parlez-vous couramment une autre langue ? *

- ☐ Allemand
☐ Espagnol
☐ Ibo
☐ Portugais
☐ Swahili

- ☐ Anglais
☐ Ewé
☐ Italien
☐ Polonais
☐ Wolof

- ☐ Arabe
☐ Français
☐ Pachtou-Dari
☐ Roumain
☐ Yorouba

- ☐ Bambara
☐ Haoussa
☐ Peul
☐ Russe
☐ Autre

Avez-vous été à l'école et si oui jusqu'à quelle classe ? *

- ☐ Jamais scolarisé
☐ Collège ou équivalent
☐ Enseignement professionnel
☐ Autre
☐ Ne souhaite pas répondre

- ☐ École primaire ou équivalent
☐ Lycée ou équivalent
☐ Enseignement supérieur (université ou équivalent)
☐ Ne sait pas

Lire, écrire et compter dans sa langue

	Pas de difficultés ☐	Quelques difficultés ☐	Grande de difficultés ☐	Pas du tout ☐	Ne souhaite pas répondre ☐
Savez-vous lire ? *	☐	☐	☐	☐	☐
Savez-vous écrire ? *	☐	☐	☐	☐	☐
Savez-vous compter ? *	☐	☐	☐	☐	☐

Selon vous quel est votre niveau de compréhension des ordonnances écrites en français ? *

- ☐ Très bon
☐ Bon
☐ Ne sait pas

☐ Moyen

☐ Mauvais

☐ Très mauvais

Logement

Où habitez-vous actuellement ? (Où avez-vous dormi la nuit dernière hier soir ?) *

- ☐ Pas d'hébergement (rue / campement,...)
☐ Lieu d'hébergement (CHU, CHRS, accueil de demandeurs d'asile)
☐ Chez un conjoint ou ex-conjoint
☐ Hôpital/clinique
☐ Autre
☐ Ne souhaite pas répondre

- ☐ Hôtel
☐ Lieu d'hébergement (gymnase, halte de nuit, lieu religieux, ...)
☐ Chez un tiers
☐ Logement personnel
☐ Ne sait pas

Depuis combien de temps approximativement êtes-vous dans ce lieu de vie ? *

- ☐ Moins d'une semaine
☐ Entre 1 mois et 6 mois
☐ Plus de 2 ans
☐ Ne souhaite pas répondre

- ☐ Entre 1 semaine et 1 mois
☐ Entre 6 mois et 2 ans
☐ Ne sait pas

Préciser : *

- ☐ Rue
☐ Talus périphérique
☐ Cave
☐ Parking
☐ Chantier
☐ Ne souhaite pas répondre

- ☐ Campement
☐ Bois
☐ Immeuble (cage d'escalier, hall d'entrée)
☐ Squat
☐ Autre

- ☐ Gare
☐ Parcs ou jardin
☐ Centre commercial
☐ Garage
☐ Ne sait pas

Travail

Actuellement, Êtes-vous... ? *

- ☐ En emploi ou stage rémunéré
☐ Petit boulots non déclarés
☐ Retraité(e) ou préretraité(e)
☐ En études ou stage non rémunéré
☐ Dans une autre situation
☐ Ne souhaite pas répondre

- ☐ Travail non déclaré
☐ Au chômage (inscrit ou non à Pôle Emploi)
☐ Sans emploi pour raison médicale
☐ Sans emploi
☐ Ne sait pas

Soutien social

Combien de personnes de votre entourage (famille ou amis)

	Aucun ☐	1 à 2 ☐	3 à 5 ☐	5 et + ☐	Ne souhaite pas répondre ☐
... pouvez-vous aller voir facilement lorsque vous en besoin ou envie ?	☐	☐	☐	☐	☐
... s'intéressent à vos activités du quotidien ou à votre travail ?	☐	☐	☐	☐	☐
... s'intéressent à votre santé ?	☐	☐	☐	☐	☐
... sont si proches de vous que vous pouvez compter sur elles si vous avez de gros problèmes personnels ?	☐	☐	☐	☐	☐

Y'a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous pouvez compter pour vous aider dans les démarches administratives en cas de besoin ?

- ☐ Oui
☐ Non
☐ Ne sait pas

☐ Ne souhaite pas répondre

Qui peut vous aider ?

- ☐ Assistante sociale ☐ De membres de votre famille proche (parents, enfants, frère(s), sœur(s)) ☐ De membres de votre famille, plus lointains (oncles, tantes, cousins, cousines, grands-parents)
- ☐ De proches de la famille ☐ D'amis ou de connaissances ☐ Conjoint
- ☐ Autre ☐ Ne sait pas ☐ Ne souhaite pas répondre

Soins

Avez-vous un médecin traitant ou un médecin qui vous suit régulièrement ? *

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐ Ne souhaite pas répondre

Actuellement, avez-vous une couverture maladie (sécurité sociale ou AME) ? *

- ☐ Sécurité sociale (la Puma) ☐ AME
- ☐ Demandes en cours ☐ Aucune couverture maladie
- ☐ Ne sais pas ce qu'est une couverture maladie ☐ Ne sais pas si a une couverture maladie
- ☐ Ne souhaite pas répondre

Avez-vous une complémentaire santé (mutuelle) ?

- ☐ CSS ☐ Mutuelle privée
- ☐ Non ☐ Ne sais pas ce qu'est une complémentaire santé
- ☐ Ne sais pas si j'ai une complémentaire santé ☐ Ne souhaite pas répondre

Santé

Comment pouvez-vous décrire actuellement votre état de santé physique ? *

- ☐ Très bon ☐ Bon ☐ Moyen ☐ Mauvais ☐ Très mauvais
- ☐ Ne sait pas ☐ Ne souhaite pas répondre

Souffrez-vous d'au moins 1 maladie chronique c'est-à-dire une maladie que vous avez depuis longtemps (au moins 3 mois) ? *

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐ Ne souhaite pas répondre

Laquelle ou lesquelles parmi la liste :

- ☐ Diabète ☐ Hypertension artérielle ☐ Dyslipidémie ☐ Cardiopathie
- ☐ Autre maladie cardiovasculaire ☐ Maladie rénale ☐ Séropositivité VIH ☐ Séropositivité à une hépatite
- ☐ Tuberculose ☐ Maladie mentale non précisée ☐ Dépression ☐ Stress post-traumatique
- ☐ Trouble psychotique ☐ Cancer ☐ Maladie auto-immune ou auto-inflammatoire ☐ Autre
- ☐ Ne sait pas ☐ Ne souhaite pas répondre

Comment décrivez-vous actuellement votre état de santé psychologique et émotionnel ? (Dans la tête ?) *

- ☐ Très bon ☐ Bon ☐ Moyen ☐ Mauvais ☐ Très mauvais
- ☐ Ne sait pas ☐ Ne souhaite pas répondre

Au cours de la dernière année, avez-vous été suivi par un.e psychiatre ?

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐ Ne souhaite pas répondre

A quelle fréquence consommez-vous de l'alcool ?

- ☐ Jamais ☐ une fois par mois ☐ 2 à 4 fois par mois ☐ 2 à 3 fois par semaine ☐ 4 fois par semaine ou plus
- ☐ Ne sait pas ☐ Ne souhaite pas répondre

Est-ce que vous consommez de la drogue ?

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐ Ne souhaite pas répondre

Lesquels ?

- ☐ Du cannabis ☐ De la cocaïne ☐ Du crack/cocaïne basée/free base
- ☐ Des amphétamines (1) ☐ Du méthylphénidate (2) ☐ De l'héroïne
- ☐ De la buprénorphine (3) ☐ De la méthadone ☐ Du sulfate de morphine (4)
- ☐ D'autres opiacés (5) ☐ Des benzodiazépines(6) ☐ De la kétamine
- ☐ Un hallucinogène (7) ☐ Autre ☐ Ne sait pas
- ☐ Ne souhaite pas répondre

(1) Speed, MDMA, ecstasy (2) Skatol, Concerta, Quasym (3) Subutex, Temgesic, Suboxone, ... (4) Skanavit, Moscovinit, Lamalite®

(5) pectolène, codéine, dilaudid, néoconfort, stérilugan codéiné... (6) lexomil, lyaxmil, rocuron, rivotril, seresta, tencenex, valium, xanax (7) Ariane, LSD/acid, champignons

Avez-vous besoin de prendre un ou des médicaments régulièrement ? *

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐ Ne souhaite pas répondre

A quelle fréquence prenez-vous ces médicaments ? *

- ☐ Tous les jours ☐ Environ une fois par semaine ☐ Moins d'une fois par semaine
- ☐ Ne sait pas ☐ Ne souhaite pas répondre

Depuis combien de temps ?

Mois Année Jours

Avez-vous des difficultés à prendre vos médicaments ? *

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐ Ne souhaite pas répondre

Lesquelles ? *

- ☐ Difficultés à se procurer les médicaments ☐ Difficultés pour y penser (oubli)
- ☐ Difficultés à stocker et ne pas perdre (manque d'équipement, risque de vol...)
- ☐ Difficultés à comprendre l'utilité du traitement (sentiment qu'il ne sert à rien)
- ☐ Autre
- ☐ Ne sait pas ☐ Ne souhaite pas répondre

Savez-vous ce qu'est un pilulier ? Si oui, savez-vous l'utiliser ?

- ☐ Ne connaît pas ☐ Connaît mais ne sait pas l'utiliser ☐ Connaît et sait l'utiliser ☐ Ne souhaite pas répondre

Nombre de médicaments

Combien y a-t-il de médicaments prescrits sur l'ordonnance ?

A remplir par l'enquêteur

Nombre de médicaments rapporté par le patient *

Nombre de médicaments sur l'ordonnance *

Ajouter un médicament

A remplir par l'enquêteur : Nom du médicament évalué

Evaluation de la compréhension

	Réponse cohérente avec le médicament	Réponse fautive	Absence de réponse	Information non présente dans l'ordonnance	Ne sait pas
Pourquoi le médicament vous a-t-il été prescrit ? *	☐	☐	☐	☐	☐
Quelle est la forme du médicament ? *	☐	☐	☐	☐	☐
Comment devez-vous prendre ce médicament ? *	☐	☐	☐	☐	☐
Combien d'unité de ce médicament il faut prendre à chaque fois ? *	☐	☐	☐	☐	☐
A quel moment de la journée il faut prendre le médicament ? *	☐	☐	☐	☐	☐
Pendant combien de temps faut-il prendre le médicament ? *	☐	☐	☐	☐	☐
Est-ce qu'il y a des consignes particulières pour la prise de ce médicament ? *	☐	☐	☐	☐	☐

En français, veuillez préciser à quel point il vous est facile ou difficile de faire en ce moment ce qui vous est indiqué dans chacune des affirmations. Cochez une seule case par affirmation

	Impossible ou toujours difficile	Généralement difficile	Parfois difficile	Généralement facile	Toujours facile	Ne souhaite pas répondre
Etre certain	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Suivre les	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Lire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Lire et comprendre	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Comprendre et	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Oui, beaucoup	Oui, un peu	Non, pas vraiment	Non, pas du tout	Ne sait pas	Ne souhaite pas répondre
Cet outil vous a-t-il permis de comprendre votre ordonnance ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Cet outil vous a-t-il permis de discuter de vos médicaments avec le médecin ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Est-ce que vous pensez que cet outil peut vous aider à prendre seul vos médicaments ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Est-ce que vous accepteriez d'être recontacté(e) pour discuter de vos facilités ou difficultés avec les ordonnances et d'échanger dans quelques mois ?

☐ Oui ☐ Non

Est-ce que l'entretien a été arrêté avant la fin des questions ? *

☒ Entretien complet ☐ Arrêté par l'enquêteur ☐ Arrêté par le patient ☐ Arrêté pour une autre raison

Langues de l'entretien

L'entretien s'est-il déroulé en français ? *

☐ Oui ☐ Non

Qui a fait l'interprétariat ? *

☐ Service d'interprétariat par téléphone (ISM)

☐ Enquêteur est aussi interprète

☐ Interprète sur place

Quelle langue ? *

☐ Allemand	☐ Anglais	☐ Arabe	☐ Bambara
☐ Espagnol	☐ Ewé	☐ Français	☐ Haoussa
☐ Ibo	☐ Italien	☐ Pachtou/Deri	☐ Peul
☐ Portugais	☐ Polonais	☐ Roumain	☐ Russe
☐ Swahili	☐ Wolof	☐ Yorouba	☐ Autre

Temps passé pour faire passer l'entretien ? *

Est-ce que vous avez repéré une maladie chronique à partir de l'ordonnance que le patient n'a pas déclaré ?

☐ Oui ☐ Non

Que(s) professionnel(s) de santé le patient a-t-il vu ? *

☐ Médecin généraliste ☐ Infirmiers

☐ Pharmacien ☐ Sage femme

☐ Autre

Précisez :

Quel type d'ordonnance le patient a-t-il eu ? *

☐ Dactylographié ☐ Manuscrite

Idem: a-t-il été rempli correctement par le professionnel de santé et en accord avec l'ordonnance ? *

☐ Oui ☐ Non

Total point MRCI

Annexe 5. Transformation des variables du questionnaire

- Pour les variables de la langue : les modalités représentées sont « arabe ou dialecte arabe », « dari », « bambara », « français », « créole », « peul », « bengali », « ukrainien », « anglais », « espagnol », « lingala », « portugais », « roumain », « russe », « wolof », « peul », « hindi », « bété », « soninké », « éwé », « koyaka », « penjabi », « ourdou », « grec » et « berbère ». Les langues parlées par patient ont été comptées et regroupées dans une variable « Nombres de langue(s) maîtrisée(s) » avec les modalités « 1 langue », « 2 langues », « 3 langues » et « 4 langues et plus ». Pour la variable « Langue de l'entretien », les modalités autres que « français » et « anglais » ont été regroupées dans la modalité « Autres langues ». Pour la variable « Maîtrise le français », les participants qui maîtrisent le français ont été rassemblés dans la modalité « Maîtrise le français » et les autres dans la modalité « Maîtrise autres langues ».
- Pour la variable du pays de naissance : Une variable « Région de naissance » a été créée dont la modalité « Asie » regroupe les modalités « Afghanistan », « Bangladesh », « Inde », « Pakistan », « Sri Lanka », « Chine », « Turquie » et « Cambodge ». La modalité « Afrique du Nord » regroupe les modalités « Algérie », « Maroc », « Tunisie », « Mauritanie » et « Egypte ». La modalité « Afrique subsaharienne » regroupe les modalités « Angola », « Cameroun », « Côte-d'Ivoire », « Sénégal », « Guinée », « Guinée équatoriale », « Nigéria », « Gambie », « Sierra Leone », « Mali », « Niger », « Kenya », « Somalie », « Ghana », « Congo », « Togo », « Ile Maurice » et « Congo (Rép. dém.) ». La modalité « Europe (hors France) » regroupe les modalités « Roumanie », « Bulgarie », « Ukraine », « Moldavie », « Lettonie », « Kazakhstan », « Portugal » et « Allemagne ». La modalité « France (Métropole et DROM) » regroupe les modalités « France métropolitaine » et « France DROM ». La modalité « Amérique latine et Caraïbes » regroupe les modalités « Colombie », « Pérou », « Haïti » et « Sao Tomé-et-Principe ».
- Pour les variables de la situation personnelle : une variable composite « Concubinage » a été créée dont la modalité « Pas en couple » regroupe la modalité « Non » de la situation maritale ; la modalité « En couple et vivent avec leur conjoint » regroupe les modalités « oui » de la situation maritale et « oui » de vivre ensemble ; la modalité « En couple et ne vivent pas avec leur conjoint » regroupe les modalités « Oui » de la situation maritale et « Non » de vivre ensemble. Le nombre d'enfants en France qui vivent avec les participants a été compté et regroupé dans la variable « Nombre d'enfants en France » et qui comprend les modalités « Sans enfant en France » et « Au moins un enfant en France ». Un score de soutien social a été calculé avec les réponses aux questions : combien de personnes de votre entourage

(familles ou amis) pouvez-vous voir facilement lorsque vous en avez besoin ou envie, s'intéressent à vos activités du quotidien ou à votre travail, s'intéressent à votre santé, sont si proches de vous que vous pouvez compter sur elles si vous avez de gros problèmes personnels. Si aucune personne, 0 point ; 1 à 2 personnes, 1 point ; 3 à 5 personnes, 2 points ; plus de 5 personnes, 3 points. Un score total qui est la somme des points à chaque question a été calculé, si plus d'une des questions était sans réponse, le patient était exclu. Les modalités du score ont été rassemblées dans les modalités « soutien social élevé » qui correspond à 7 points ou plus obtenu par le participant, « score social modéré » qui correspond à un score entre 1 et 6 points, « Pas de soutien social » qui correspond à 0 point.

- Pour la variable du logement : la variable « Type de logement » a été créée dont la modalité « Hébergement temporaire » regroupe les modalités « Lieu d'hébergement (CHU, CHRS, accueil de demandeurs d'asile) » et « Hôtel ». La modalité « Chez un tiers » regroupe les modalités « Chez un tiers » et « chez un conjoint ou ex-conjoint ». La modalité « Pas d'hébergement » regroupe les modalités « Lieu d'hébergement (gymnase, halte de nuit, lieu religieux) », « Pas d'hébergement (rue / campement) ». Les participants qui ont déclaré être dans la modalité « logement personnel » sont restés dans cette modalité.
- Pour la variable du travail : la variable « Situation professionnelle » a été créée dont la modalité « Emploi précaire » regroupe les modalités « Petits boulots non déclarés » et « Travail non déclaré ». La modalité « Sans emploi » regroupe les modalités « Sans emploi », « Sans emploi pour raison médicale », « Retraité ou préretraité », « Au chômage (inscrit ou non à Pôle Emploi) » et « En études ou stage non rémunéré ». Les participants qui ont déclaré être dans la modalité « en emploi ou stage rémunéré » sont restés dans cette modalité.
- Pour la variable scolarité : la variable « Scolarité » a été créée dont la modalité « Peu ou pas scolarisé » regroupe les modalités « Jamais scolarisé » et « École primaire ou équivalent ». La modalité « Enseignement secondaire ou professionnel » regroupe les modalités « Collège ou équivalent », « Lycée ou équivalent » et « Enseignement professionnel ». Les participants qui ont déclaré être dans la modalité « Enseignement supérieur (Université ou équivalent) » sont restés dans cette modalité.
- Pour la variable couverture maladie : la variable « couverture maladie » a été créée dont la modalité « Aucune couverture maladie » regroupe les modalités « Aucune couverture maladie », « Demandes en cours », « Ne sais pas ce qu'est une couverture maladie ». Les patients qui ont déclaré être dans les modalités « AME » ou bien « Sécurité sociale (la PUMA) » sont restés dans ces modalités.

- Pour les variables prise de médicament et difficultés rencontrées : une variable composite « Prise de médicament(s) régulièrement » a été créée dont la modalité « Prend des médicaments et rencontre une ou des difficulté(s) de prise » regroupe les modalités « oui » de prise de médicament et « oui » de difficultés rencontrées à la prise. La modalité « Prend des médicaments et ne rencontre pas de difficulté de prise » regroupe les modalités « non » de prise de médicament et « non » de difficultés rencontrées à la prise.
- Pour les variables perception de la santé physique et mentale : les variables « Perception de la santé physique » et « Perception de la santé mentale » ont été créées dont les modalités « Bon état de santé physique » ou « bon état de santé mental » regroupent les modalités « Bon » et « Très bon » pour chacune des variables. Les modalités « mauvais état de santé physique » ou « Mauvais état de santé mental » regroupent les modalités « Mauvais » et « Très mauvais » pour chacune des variables. Les patients qui ont déclaré être dans la modalité « moyen » sont restés dans cette catégorie.
- Pour les variables lire, écrire et compter en français ou dans sa langue maternelle : pour chacune des variables, les modalités « Pas de difficultés », « Quelques difficultés » ont été regroupées dans la modalité « Peu ou pas de difficultés ». Les modalités « Grande de difficultés » et « Pas du tout » ont été regroupées dans la modalité « Grandes difficultés ou pas du tout ». Deux variables composites « Lire, écrire et compter en français » et « Lire, écrire et compter dans sa langue maternelle (autre que français) » ont été créées pour résumer la capacité des patients à lire, écrire et compter en français ou dans sa langue maternelle (autre que le français) en regroupant les modalités citées. Pour la variable « Lire, écrire et compter en français », les participants qui parlent une autre langue que le français ont été classés dans la modalité « Grandes difficultés ou pas du tout ».
- Pour la variable perception de la compréhension des ordonnances en français : la variable « Perception de la compréhension des ordonnances en français » a été créée dont la modalité « bonne compréhension des ordonnances » regroupe les modalités « Bon » et « Très bon ». La modalité « Mauvaise compréhension des ordonnances » regroupe les modalités « Mauvais » et « Très mauvais ». Les patients qui ont déclaré être dans la catégorie « moyen » sont restés dans cette catégorie.

Annexe 6. Comparaison des modèles de régression linéaire et multiniveaux

L'estimation des paramètres des trois modèles sont résumés dans la **Tableau supplémentaire 1**. Les valeurs moyennes des scores de compréhension dans le groupe des patients sans aide visuelle Idéordo (Intercept) sont similaires entre les modèles et égales à 78%. L'aide visuelle Idéordo permet d'améliorer d'environ 9 points la moyenne de compréhension, ceci pour les trois modèles. La variance résiduelle est de 363 pour le modèle linéaire et 355 et 357 pour les modèles multiniveaux (c'est-à-dire légèrement inférieurs dans les 2 modèles multiniveaux, comme attendu) alors que le regroupement des patients dans les structures (14 structures) et les grappes (7 grappes) expliquent 8,9 et 7,2 unités de variance pour les regroupements en structures ou en grappes respectivement.

Tableau supplémentaire 1 : paramètres des régression linéaire et multiniveaux structures et grappes

Paramètres	Modèle Linéaire	Modèle Multiniveau (Structures)	Modèle Multiniveau (Grappes)
Intercept (SD ¹)	78 (1.9)	78.1 (2,1)	78.2 (2,2)
Avec aide visuelle (SD ¹)	9.14 (2,7)	9.02 (2,7)	9.06 (2,7)
Nombre de groupes	-	14	7
Variance résiduelle	363 (19)	355 (19)	357 (19)
Variance effet aléatoire	-	8.9	7.2

¹ SD Standard Deviation (écart-type)

Un test a été réalisé pour comparer les modèles et déterminer si l'ajout d'effets aléatoires dans les modèles multiniveaux améliore significativement l'ajustement du modèle par rapport au modèle linéaire simple. Les paramètres de ce test sont présentés dans la **Tableau supplémentaire 2**. Les résultats montrent que les critères AIC (Akaike Information Criterion) et BIC (Bayesian Information Criterion) ont des valeurs plus basses pour le modèle linéaire (AIC : 1698 et BIC : 1708) que les modèles multiniveaux structures et grappes (AIC : 1700 et BIC : 1713). La mesure la vraisemblance et de la déviance sont similaires pour les trois modèles (Log de vraisemblance : -846 et déviance : 1692). Le test statistique appliqué montre que l'ajout d'effets aléatoires aux niveaux des structures ou des grappes n'améliore pas significativement le modèle (p-valeur = 0,57).

Tableau supplémentaire 2 : paramètres de l'analyse statistique ANOVA appliquée aux trois modèles de régression, linéaire et multiniveaux structures et grappes

Modèle	AIC ¹	BIC ²	logLik ³	Déviante	Chisq ⁴	p-valeur
Modèle Linéaire	169 8	170 8	-846	1692	-	-
Modèle Multiniveau (Structures)	170 0	171 3	-846	1692	0,33	0,57
Modèle Multiniveau (Grappes)	170 0	171 3	-846	1692	0,00	-

¹ Akaike Information Criterion; ² Bayesian Information Criterion; ³ Log-likelihood (Log de vraisemblance); ⁴ statistique du test Khi-deux

Bibliographie

1. Wresinski J. Rapport Wresinski « Grande pauvreté et précarité économique et sociale ». 1987. Report No.: N°6.
2. Paugam S. Le Lien social [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2025. 128 p. (Que sais-je ?; vol. 6e éd.). Disponible sur: <https://shs.cairn.info/le-lien-social-9782715430945?lang=fr>
3. Mackenbach JP, Kulhánová I, Artnik B, Bopp M, Borrell C, Clemens T, et al. Changes in mortality inequalities over two decades: register based study of European countries. *The BMJ*. 11 avr 2016;353:i1732.
4. Moussaoui S, Chauvin P, Ibanez G, Soler M, Nael V, Morgand C, et al. Construction and Validation of an Individual Deprivation Index: a Study Based on a Representative Cohort of the Paris Metropolitan Area. *J Urban Health*. déc 2022;99(6):1170-82.
5. Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Un ménage francilien sur quatre concerné par une forme de pauvreté. Insee Références [Internet]. 2017;(73). Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3202483>
6. Atelier parisien d'urbanisme. Mixité sociale et ségrégation dans la Métropole du Grand Paris : état des lieux et tendances sur 15 ans. févr 2023;224.
7. Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Niveau de vie et pauvreté par région – Les revenus et le patrimoine des ménages. Insee Références [Internet]. 2024; Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7941411?sommaire=7941491>
8. Fondation Abbé Pierre. L'état du mal-logement en France, 2024 [Internet]. 2024. Report No.: N°29. Disponible sur: <https://www.fondationpourlelogement.fr/wp-content/uploads/2025/06/29e-rapport-sur-letat-du-mal-logement-en-france-2024.pdf>
9. Agence régionale de santé (ARS) Ile-de-France. Projet régional de santé. La synthèse. Agir pour la santé des franciliens. [Internet]. 2023. Disponible sur: https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2025-02/Synth%C3%A8se_projet_ARS_13_02_2024_0.pdf
10. Lebas J, Chauvin P, Kouchner B. Précarité et santé [Internet]. Impr. Soulis et Cassegrin; 1998 [cité 27 août 2025]. 1 volume (xix-299 pages) ; graphiques, couverture illustrée en couleur; 24 cm. Disponible sur: <https://bibliotheque.univ-catholille.fr/Default/doc/SYRACUSE/555286/precarite-et-sante-jacques-lebas-pierre-chauvin>
11. Joubert M, Chauvin P, facy F, Ringa V. Précarisation, risque et santé. Paris: INSERM; 2001. 474 p. (Questions en santé publique).
12. Adam C, Faucherre V, Micheletti P, Gérard P. La santé des populations vulnérables. Paris: ELLIPSES; 2017. 416 p.

13. Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). France, portrait social. Insee Références [Internet]. 2023 [cité 28 août 2025]; Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7666953>
14. Martin-Fernandez J, Lioret S, Vuillermoz C, Chauvin P, Vandentorren S. Food Insecurity in Homeless Families in the Paris Region (France): Results from the ENFAMS Survey. *Int J Environ Res Public Health*. mars 2018;15(3):420.
15. Martin-Fernandez J, Caillavet F, Lhuissier A, Chauvin P. Food Insecurity, a Determinant of Obesity? - an Analysis from a Population-Based Survey in the Paris Metropolitan Area, 2010. *Obes Facts*. avr 2014;7(2):120-9.
16. Laporte A, Le Méner E, Détrez MA, Douay C, Le Strat Y, Vandentorren S, et al. La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel en Île-de- France : l'enquête Samenta de 2009. *Bull Epidémiol Hebd*. 2015;(36-37):693-7.
17. Haute Autorité de Santé (HAS). Grande précarité et troubles psychiques Intervenir auprès des personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques [Internet]. 2023 nov. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-01/grande_prekarite_troubles_psy_recommandations_2024-01-17_15-53-28_792.pdf
18. Laporte A, Vandentorren S, Détrez MA, Douay C, Le Strat Y, Le Méner E, et al. Prevalence of Mental Disorders and Addictions among Homeless People in the Greater Paris Area, France. *Int J Environ Res Public Health*. févr 2018;15(2):241.
19. Dauriac-Le Masson V, Mercuel A, Guedj MJ, Douay C, Chauvin P, Laporte A. Mental Healthcare Utilization among Homeless People in the Greater Paris Area. *Int J Environ Res Public Health*. 4 nov 2020;17(21):8144.
20. Hossain MM, Sultana A, Tasnim S, Fan Q, Ma P, McKyer ELJ, et al. Prevalence of mental disorders among people who are homeless: An umbrella review. *Int J Soc Psychiatry*. sept 2020;66(6):528-41.
21. Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. août 2009;6(8):e1000120.
22. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres [Internet]. 2021 juill. Report No.: 1200. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/ER1200.pdf>
23. Caro M, Carpezat M, Forzy L. Le recours et le non-recours à la complémentaire santé solidaire. Les dossiers de la DREES. mars 2023;(N°107).
24. Le Rolland L, Mendras P, Roy D, Sultan Parraud J, Toulemon L. Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale de l'État. Les dossiers de la DREES. mai 2023;(N°109).
25. Fraisse M, Navarro M, Pinaud-Cassen M. Les inégalités sociales de santé. 2022;
26. Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH). Avis sur les inégalités sociales de santé. 2022;(A-2022-1). Disponible sur:

<https://www.cncdh.fr/sites/default/files/2023-01/A%20-%202022%20-%201%20-%20In%C3%A9galit%C3%A9s%20sociales%20de%20sant%C3%A9%20f%C3%A9vrier%202022.pdf>

27. World Health Organization (WHO). Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé [Internet]. Organisation mondiale de la Santé; 2009. Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/44083>
28. Evans RG, Barer ML, Marmor TR, Giresse M. Être ou ne pas être en bonne santé : biologie et déterminants sociaux de la maladie / sous la dir. de Robert G. Evans, Morris L. Barer, Theodore R. Marmor [Internet]. les Presses de l'Université de Montréal; 1996 [cité 27 août 2025]. 1 volume (359 pages) ; graphiques, couverture illustrée en couleur; 24 cm. Disponible sur: <https://bibliotheque.univ-catholille.fr/Default/doc/SYRACUSE/567436/etre-ou-ne-pas-etre-en-bonne-sante-biologie-et-determinants-sociaux-de-la-maladie-sous-la-dir-de-rob>
29. Vuillermoz C, Deguen S, Vandentorren S, Melchior M. L'épidémiologie sociale: concepts, méthodes usuelles et exemples d'application. Rennes: Presses de l'École des hautes études en santé publique; 2024. (Vade-mecum pro).
30. Santé Publique France. Enquête nationale périnatale. Rapport 2021. Les naissances, le suivi à deux mois et les établissements [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/enquete-nationale-perinatale.-rapport-2021.-les-naissances-le-suivi-a-deux-mois-et-les-etablissements>
31. Blanpain N, Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes. Insee Première [Internet]. 2018;(1687). Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3319895>
32. Collectif Morts De la Rue (CMDR). Mortalité des personnes sans domicile 2022 - Dénombrer et Décrire [Internet]. 2023. Disponible sur: https://www.medecinsdumonde.org/app/uploads/2023/10/Rapport_CMDR_2022.pdf
33. Desenclos JC. Inégalités sociales et territoriales de santé : des connaissances et des faits probants pour l'action !
34. Bréchat PH, Lebas J, Bachot-Narquin R, Sicard D. Innover contre les inégalités de santé. Rennes, France: Presses de l'EHESP; 2012. (Hors collection).
35. Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Ce que mesure l'Évaluation des compétences des adultes (PIAAC) [Internet]. Paris: OCDE; 2014 août p. 17-37. Disponible sur: https://www.oecd-ilibrary.org/education/l-evaluation-des-competences-des-adultes/ce-que-mesure-l-evaluation-des-competences-des-adultes-piaac_9789264204126-4-fr
36. World Health Organization (WHO). Health Literacy, the solid facts. Geneva: World Health Organization; 2013. 73 p.
37. Comité directeur pour les droits de l'homme dans les domaines de la biomédecine et de la, santé (CDBIO). Guide sur la littératie en santé; favoriser la confiance et l'accès

équitable aux soins de santé [Internet]. Disponible sur: <https://rm.coe.int/inf-2022-17-guide-health-literacy-/1680a9cb76>

38. Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Un million de Franciliens en difficulté importante face à l'écrit. Insee Références [Internet]. 2012;(400). Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1291259>
39. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 25 janv 2012;12(1):80.
40. Van den Broucke S, Renwart A. La littératie en santé en Belgique: un médiateur des inégalités sociales et des comportements de santé. 2014.
41. Stormacq C, Van den Broucke S, Wosinski J. Does health literacy mediate the relationship between socioeconomic status and health disparities? Integrative review. Health Promot Int. 1 oct 2019;34(5):e1-17.
42. Garcia-Codina O, Juvinyà-Canal D, Amil-Bujan P, Bertran-Noguer C, González-Mestre MA, Masachs-Fatjo E, et al. Determinants of health literacy in the general population: results of the Catalan health survey. BMC Public Health. déc 2019;19(1):1122.
43. Medina P, Maia AC, Costa A. Health Literacy and Migrant Communities in Primary Health Care. Front Public Health. 2021;9:798222.
44. Adejumo I. Poor health literacy and its implications among the general population [Internet]. Students 4 Best Evidence. 2023 [cité 22 janv 2025]. Disponible sur: https://s4be.cochrane.org/?p=17930&preview=true&preview_id=17930
45. Rey S, Leduc A, Debussche, Rigal L, Ringa V, Costemalle V. Une personne sur dix éprouve des difficultés de compréhension de l'information médicale. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. mai 2023;(1269). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/une-personne-sur-dix-eprouve-des-difficultes>
46. Coughlin SS, Vernon M, Hatzigeorgiou C, George V. Health Literacy, Social Determinants of Health, and Disease Prevention and Control. J Environ Health Sci. 2020;6(1):3061.
47. Batterham RW, Hawkins M, Collins PA, Buchbinder R, Osborne RH. Health literacy: applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. Public Health. mars 2016;132:3-12.
48. Aljassim N, Ostini R. Health literacy in rural and urban populations: A systematic review. Patient Education and Counseling. 1 oct 2020;103(10):2142-54.
49. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine. déc 2008;67(12):2072-8.
50. Heijmans M, Waverijn G, Rademakers J, van der Vaart R, Rijken M. Functional, communicative and critical health literacy of chronic disease patients and their importance for self-management. Patient Education and Counseling. 1 janv 2015;98(1):41-8.

51. Magnani JW, Mujahid MS, Aronow HD, Cen  CW, Dickson VV, Havranek E, et al. Health Literacy and Cardiovascular Disease: Fundamental Relevance to Primary and Secondary Prevention: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 10 juill 2018;138(2):e48-74.
52. Ousseine YM, Durand MA, Bouhnik AD, Smith A 'Ben', Mancini J. Multiple health literacy dimensions are associated with physicians' efforts to achieve shared decision-making. *Patient Educ Couns*. nov 2019;102(11):1949-56.
53. Pearson A, Saunders M. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? *Health Promot Int*. sept 2009;24(3):285-96.
54. Kaufman H, Skipper B, Small L, Terry T, McGrew M. Effect of literacy on breast-feeding outcomes. *South Med J*. mars 2001;94(3):293-6.
55. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med*. 19 juill 2011;155(2):97-107.
56. Amalraj S, Starkweather C, Nguyen C, Naeim A. Health literacy, communication, and treatment decision-making in older cancer patients. *Oncology (Williston Park)*. 15 avr 2009;23(4):369-75.
57. Davis TC, Williams MV, Marin E, Parker RM, Glass J. Health literacy and cancer communication. *CA Cancer J Clin*. 2002;52(3):134-49.
58. Halverson J, Martinez-Donate A, Trentham-Dietz A, Walsh MC, Strickland JS, Palta M, et al. Health literacy and urbanicity among cancer patients. *J Rural Health*. 2013;29(4):392-402.
59. Lindau ST, Tomori C, Lyons T, Langseth L, Bennett CL, Garcia P. The association of health literacy with cervical cancer prevention knowledge and health behaviors in a multiethnic cohort of women. *Am J Obstet Gynecol*. mai 2002;186(5):938-43.
60. Dolan NC, Ferreira MR, Davis TC, Fitzgibbon ML, Rademaker A, Liu D, et al. Colorectal cancer screening knowledge, attitudes, and beliefs among veterans: does literacy make a difference? *J Clin Oncol*. 1 juill 2004;22(13):2617-22.
61. Scott TL, Gazmararian JA, Williams MV, Baker DW. Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization. *Med Care*. mai 2002;40(5):395-404.
62. Weiss SM, Smith-Simone SY. Consumer and health literacy: The need to better design tobacco-cessation product packaging, labels, and inserts. *Am J Prev Med*. mars 2010;38(3 Suppl):S403-413.
63. Bennett IM, Chen J, Soroui JS, White S. The contribution of health literacy to disparities in self-rated health status and preventive health behaviors in older adults. *Ann Fam Med*. 2009;7(3):204-11.
64. Durand MA, Carpenter L, Dolan H, Bravo P, Mann M, Bunn F, et al. Do Interventions Designed to Support Shared Decision-Making Reduce Health Inequalities? A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*. 15 avr 2014;9(4):e94670.

65. Polachek SW. Earnings Over the Lifecycle: The Mincer Earnings Function and Its Applications.
66. Hawley ST, Morris AM. Cultural challenges to engaging patients in shared decision making. *Patient Educ Couns.* janv 2017;100(1):18-24.
67. Simmons RA, Cosgrove SC, Romney MC, Plumb JD, Brawer RO, Gonzalez ET, et al. Health Literacy: Cancer Prevention Strategies for Early Adults. *Am J Prev Med.* sept 2017;53(3S1):S73-7.
68. Fleary SA, Ettienne R. Social Disparities in Health Literacy in the United States. *Health Lit Res Pract.* janv 2019;3(1):e47-52.
69. Rowlands G, Shaw A, Jaswal S, Smith S, Harpham T. Health literacy and the social determinants of health: a qualitative model from adult learners. *Health Promot Int.* 1 févr 2017;32(1):130-8.
70. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to Medication. *New England Journal of Medicine.* 4 août 2005;353(5):487-97.
71. Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du monde en France. Rapport 2024 [Internet]. 2024. Disponible sur: https://www.medecinsdumonde.org/app/uploads/2024/06/Rapport-Observatoire-2024_nouveau.pdf
72. Spira A. Précarité, pauvreté et santé. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine.* avr 2017;201(4-6):567-87.
73. Rondet C, Lapostolle A, Soler M, Grillo F, Parizot I, Chauvin P. Are Immigrants and Nationals Born to Immigrants at Higher Risk for Delayed or No Lifetime Breast and Cervical Cancer Screening? The Results from a Population-Based Survey in Paris Metropolitan Area in 2010. *PLOS ONE.* 22 janv 2014;9(1):e87046.
74. Traoré M, Vallée J, Chauvin P. Risk of late cervical cancer screening in the Paris region according to social deprivation and medical densities in daily visited neighborhoods. *Int J Health Geogr.* 28 mai 2020;19(1):18.
75. Vuillermoz C, Vandentorren S, Roze M, Rondet C, Chauvin P. Cervical cancer screening among homeless women in the Greater Paris Area (France): results of the ENFAMS survey. *Eur J Cancer Prev.* mai 2017;26(3):240-8.
76. Samusocial de Paris [Internet]. Disponible sur: <https://www.samusocial.paris/nos-missions>
77. Médecins du Monde [Internet]. Médecins du Monde. Disponible sur: <https://www.medecinsdumonde.org/>
78. Katz MG, Kripalani S, Weiss BD. Use of pictorial aids in medication instructions: a review of the literature. *Am J Health Syst Pharm.* 1 déc 2006;63(23):2391-7.
79. Park J, Zuniga J. Effectiveness of using picture-based health education for people with low health literacy: An integrative review. Lee A, éditeur. *Cogent Medicine.* 31 déc 2016;3(1):1264679.

80. Houts PS, Doak CC, Doak LG, Loscalzo MJ. The role of pictures in improving health communication: a review of research on attention, comprehension, recall, and adherence. *Patient Educ Couns.* mai 2006;61(2):173-90.
81. Mbanda N, Dada S, Bastable K, Ingalill GB, Ralf W S. A scoping review of the use of visual aids in health education materials for persons with low-literacy levels. *Patient Educ Couns.* mai 2021;104(5):998-1017.
82. van Beusekom M, Bos M, Wolterbeek R, Guchelaar HJ, van den Broek J. Patients' preferences for visuals: differences in the preferred level of detail, type of background and type of frame of icons depicting organs between literate and low-literate people. *Patient Educ Couns.* févr 2015;98(2):226-33.
83. van Beusekom MM, Grootens-Wiegers P, Bos MJW, Guchelaar HJ, van den Broek JM. Low literacy and written drug information: information-seeking, leaflet evaluation and preferences, and roles for images. *Int J Clin Pharm.* déc 2016;38(6):1372-9.
84. van Beusekom MM, Kerkhoven AH, Bos MJW, Guchelaar HJ, van den Broek JM. The extent and effects of patient involvement in pictogram design for written drug information: a short systematic review. *Drug Discov Today.* juin 2018;23(6):1312-8.
85. Coignard L, Martinez C, Bonnefond H, Charles R. Repenser la compréhension de l'ordonnance : l'exemple des soins aux Sourds. *Thérapies.* nov 2015;70(6):501-13.
86. Mourad N, Younes S, Mourad L, Fahs I, Mayta S, Baalbaki R, et al. Comprehension of prescription orders with and without pictograms: tool validation and comparative assessment among a sample of participants from a developing country. *BMC Public Health.* 5 oct 2023;23(1):1926.
87. Hoonakker JD, Adeline-Duflot F, Orcel V, Grudzinski ML, Cognet M, Renard V. Use of visual aids in general practice consultations: A questionnaire-based survey. *PEC Innovation.* déc 2023;2:100159.
88. Kripalani S, Robertson R, Love-Ghaffari MH, Henderson LE, Praska J, Strawder A, et al. Development of an illustrated medication schedule as a low-literacy patient education tool. *Patient Educ Couns.* juin 2007;66(3):368-77.
89. Mohan A, Riley MB, Boyington D, Kripalani S. PictureRx: Illustrated medication instructions for patients with limited health literacy. *J Am Pharm Assoc (2003).* 2012;52(5):e122-129.
90. Send AFJ, Al-Ayyash A, Schecher S, Rudofsky G, Klein U, Schaier M, et al. Development of a standardized knowledge base to generate individualized medication plans automatically with drug administration recommendations. *Br J Clin Pharmacol.* sept 2013;76 Suppl 1(Suppl 1):37-46.
91. Send AFJ, Schwab M, Gauss A, Rudofsky G, Haefeli WE, Seidling HM. Pilot study to assess the influence of an enhanced medication plan on patient knowledge at hospital discharge. *Eur J Clin Pharmacol.* oct 2014;70(10):1243-50.
92. Ferguen L. Idéordo: un plan de prise imagé pour améliorer la compréhension des ordonnances médicamenteuses: étude évaluative préliminaire auprès des personnes sans domicile fixe hébergées dans les LHSS du Samusocial de Paris. 2022.

93. Soliguide - Itinéraire vers la solidarité [Internet]. [cité 2 sept 2025]. Disponible sur: <https://soliguide.fr/>
94. Arrêté du 15 février 2023 relatif au montant maximal des indemnités en compensation pour contraintes subies qu'une personne peut percevoir au cours d'une même année pour sa participation à une recherche impliquant la personne humaine, un essai clinique, une investigation clinique ou une étude des performances - Légifrance [Internet]. [cité 2 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047233922>
95. Botermann L, Monzel K, Krueger K, Eickhoff C, Wachter A, Kloft C, et al. Evaluating patients' comprehensibility of a standardized medication plan. *Eur J Clin Pharmacol.* oct 2016;72(10):1229-37.
96. George J, Phun YT, Bailey MJ, Kong DCM, Stewart K. Development and validation of the medication regimen complexity index. *Ann Pharmacother.* sept 2004;38(9):1369-76.
97. Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M, Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health.* 16 juill 2013;13(1):658.
98. Debussche X, Balcou-Debussche M, Osborne R. CA-090: La littératie en santé : un outil pour une meilleure accessibilité dans le diabète de type 2. *Diabetes & Metabolism.* 1 mars 2016;42:A59-60.
99. Bo A, Friis K, Osborne RH, Maindal HT. National indicators of health literacy: ability to understand health information and to engage actively with healthcare providers - a population-based survey among Danish adults. *BMC Public Health.* déc 2014;14(1):1095.
100. Friis K, Lasgaard M, Osborne RH, Maindal HT. Gaps in understanding health and engagement with healthcare providers across common long-term conditions: a population survey of health literacy in 29 473 Danish citizens. *BMJ Open.* janv 2016;6(1):e009627.
101. Simpson RM, Knowles E, O'Cathain A. Health literacy levels of British adults: a cross-sectional survey using two domains of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health.* déc 2020;20(1):1819.
102. Santé Publique France. La consommation d'alcool des adultes en France en 2021, évolutions récentes et tendances de long terme. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)* [Internet]. 2024;(22). Disponible sur: https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/2/2024_2_1.html
103. Wilby K, Marra CA, Da Silva JH, Grubisic M, Harvard S, Lynd LD. Randomized Controlled Trial Evaluating Pictogram Augmentation of HIV Medication Information. *Ann Pharmacother.* nov 2011;45(11):1378-83.
104. Dowse R, Ehlers M. Medicine labels incorporating pictograms: do they influence understanding and adherence? *Patient Education and Counseling.* juill 2005;58(1):63-70.
105. Kheir N, Awaisu A, Radoui A, El Badawi A, Jean L, Dowse R. Development and evaluation of pictograms on medication labels for patients with limited literacy skills in a culturally diverse multiethnic population. *Research in Social and Administrative Pharmacy.* sept 2014;10(5):720-30.

106. Mansoor LE, Dowse R. Effect of Pictograms on Readability of Patient Information Materials. *Ann Pharmacother.* juill 2003;37(7-8):1003-9.
107. Schubbe D, Scalia P, Yen RW, Saunders CH, Cohen S, Elwyn G, et al. Using pictures to convey health information: A systematic review and meta-analysis of the effects on patient and consumer health behaviors and outcomes. *Patient Education and Counseling.* oct 2020;103(N°10):1935-60.
108. Dowse R, Ehlers MS. The evaluation of pharmaceutical pictograms in a low-literate South African population. *Patient Education and Counseling.* nov 2001;45(2):87-99.
109. Ngoh LN, Shepherd MD. Design, development, and evaluation of visual aids for communicating prescription drug instructions to nonliterate patients in rural Cameroon. 1997;
110. Cordasco KM, Asch SM, Bell DS, Guterman JJ, Gross-Schulman S, Ramer L, et al. A Low-Literacy Medication Education Tool for Safety-Net Hospital Patients. *American Journal of Preventive Medicine.* déc 2009;37(6):S209-16.
111. Davis TC, Wolf MS, Bass PF, Thompson JA, Tilson HH, Neuberger M, et al. Literacy and misunderstanding prescription drug labels. *Ann Intern Med.* 19 déc 2006;145(12):887-94.
112. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health.* déc 2015;25(6):1053-8.
113. Lee SYD, Tsai TI, Tsai YW, Kuo KN. Health literacy, health status, and healthcare utilization of Taiwanese adults: results from a national survey. *BMC Public Health.* 16 oct 2010;10(1):614.
114. van der Heide I, Wang J, Droomers M, Spreeuwenberg P, Rademakers J, Ueters E. The Relationship Between Health, Education, and Health Literacy: Results From the Dutch Adult Literacy and Life Skills Survey. *J Health Commun.* déc 2013;18(Suppl 1):172-84.
115. Abdelbary A, Kaddoura R, Balushi SA, Ahmed S, Galvez R, Ahmed A, et al. Implications of the medication regimen complexity index score on hospital readmissions in elderly patients with heart failure: a retrospective cohort study. *BMC Geriatrics.* 19 juin 2023;23(1):377.
116. Fletcher SW, Fletcher RH, Thomas DC, Hamann C. Patients' understanding of prescribed drugs. *J Community Health.* 1979;4(3):183-9.
117. Law AV, Zargarzadeh AH. How do patients read, understand and use prescription labels? An exploratory study examining patient and pharmacist perspectives. *Int J Pharm Pract.* oct 2010;18(5):282-9.
118. Raharinjatovo L, Ralandison S. Drug prescriptions: Adherence and understanding in Madagascar. *Médecine et Santé Tropicales.* janv 2015;25(1):82-6.
119. Brown MT, Bussell JK. Medication Adherence: WHO Cares? *Mayo Clin Proc.* avr 2011;86(4):304-14.

120. Haute Autorité de Santé (HAS). Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation: Juin 2007. Obes. mars 2009;4(1):39-43.
121. Haute Autorité de Santé (HAS). Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire.
122. Bate P, Robert G. Experience-based design: from redesigning the system around the patient to co-designing services with the patient. Qual Saf Health Care. oct 2006;15(5):307-10.
123. Slattery P, Saeri AK, Bragge P. Research co-design in health: a rapid overview of reviews. Health Research Policy and Systems. 11 févr 2020;18(1):17.



idéoordo®