

Faculté de santé publique

La santé perçue des 18 – 39 ans et la consommation de contenus ayant trait à la santé sur les réseaux sociaux.

Mémoire réalisé par
Sophie Hisfeld

Promoteur
William D'Hoore

Année académique 2022-2023
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

La santé perçue des 18-39 ans et la consommation de contenus ayant trait à la santé sur les réseaux sociaux.

Mémoire réalisé par
Sophie HISFELD

Promoteur
William D'Hoore

Année académique 2022-2023
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Je tiens à exprimer mes sincères remerciements à toutes les personnes qui m'ont aidée à réaliser ce mémoire. En premier lieu, je voudrais remercier chaleureusement mon promoteur le professeur William D'Hoore qui m'a accompagnée tout au long de ce merveilleux projet devenu mémoire. Sa disponibilité, son écoute et ses conseils bienveillants m'ont été particulièrement précieux dans la rédaction de ce mémoire.

Ensuite, je voudrais remercier ma famille qui toujours présente pour moi m'a soutenue et motivée pendant l'élaboration de ce travail, mais aussi tout au long de mes études. Plus particulièrement, ma maman et ma sœur Cecilia qui m'ont permis de réaliser ce mémoire dans un environnement propice à la rédaction d'un tel travail.

Pour finir, je tiens à remercier également Christian DeDuytschaever pour la fastidieuse relecture de ce mémoire et ses conseils avisés.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Table des matières

1	Introduction.....	10
1.1	Préambule.....	10
1.2	Annonce du contenu	11
1.3	Présentation des objectifs	11
1.4	Cadre théorique	12
1.4.1	Problématique	12
1.4.2	Utilisation des réseaux sociaux et la perception de soi.....	14
1.4.3	Principaux réseaux sociaux.....	15
1.4.4	La littératie en santé.....	18
1.4.5	La littératie numérique.....	19
1.4.6	Littératie numérique en santé.....	20
2	Méthodes.....	21
2.1	Définition de la population	21
2.2	Présentation de l'outil.....	22
2.3	Traitement des données et statistiques.....	22
3	Résultats	28
3.1	Analyse statistiques descriptives.....	28
3.1.1	Présentation de l'échantillon.....	28
3.1.2	Aperçu de l'utilisations des réseaux sociaux chez l'échantillon.....	30
3.1.3	Perception de la santé.....	33
3.1.4	Littératie numérique en santé.....	34
3.2	Comparaison des moyennes de santé perçue et LNS : Test T de Student.....	36
3.2.1	Le score santé perçue en fonction de la consommation RS :.....	36
3.2.2	Le score santé perçue en fonction d'actifs RS :	36
3.2.3	Le score santé perçue en fonction du contenu apprécié :.....	37
3.2.4	Le score santé perçue en fonction de la fiabilité RS	37
3.2.5	Le score santé perçue en fonction du genre	37
3.2.6	Le score LNS en fonction du genre :	38
3.2.7	Le score LNS en fonction de la consommation RS :	39
3.2.8	Le score LNS en fonction du niveau d'étude.....	39
3.2.9	Le score LNS en fonction d'actifs RS	39
3.2.10	Le score LNS en fonction du contenu apprécié	40
3.2.11	Le score LNS en fonction de la fiabilité RS	40
3.3	Comparaison de moyenne en LNS : Test Anova I.....	41
3.4	Corrélation et régression linéaire simple.....	42
3.4.1	Intensité exposition RS et score santé perçue	42
3.4.2	Intensité exposition RS et score LNS	43
3.4.3	Intensité renseignement santé RS et score santé perçue	43
3.4.4	Intensité renseignement santé RS et score LNS	44
3.4.5	Intensité score LNS et score en santé perçue.....	45
4	Discussion.....	45
4.1	Hypothèses de différences de moyennes	45
4.2	Hypothèses de comparaison et régression linéaire simple	47

4.3	Limites.....	48
5	<i>Conclusions et perspectives</i>	49
6	<i>Bibliographie</i>	51

Lexique et liste des abréviations

LES : Littératie en santé

LNS : Littératie numérique en santé

RS : Réseaux sociaux

IC : Intervalle de confiance

OMS : Organisation mondiale de la santé

Liste des tableaux

Tableau 1 : Présentation de l'échantillon.....	29
Tableau 2 : Utilisation des réseaux sociaux.....	31
Tableau 3 : Perception de la santé	33
Tableau 4 : Littératie numérique en santé.....	35
Tableau 5 : Comparaison de moyennes pour le score de santé perçue (test T de student).....	38
Tableau 6 : Comparaison de moyennes pour le score en LNS (test T de student)	40
Tableau 7 : Comparaison de moyennes pour le score en LNS (test Anova I).....	41

1 Introduction

1.1 Préambule

Ce travail portera essentiellement sur l'utilisation des réseaux sociaux (RS). Il semble dès lors important de commencer par une brève définition de ceux-ci : *''Site internet qui permet aux internautes de se créer une page personnelle afin de partager et d'échanger des informations, des photos ou des vidéos avec leur communauté d'amis et leur réseau de connaissances.''* (L'internaute, s.d.)

Les réseaux sociaux sont de plus en plus omniprésents dans nos vies, nous permettant le partage, mais aussi l'exposition à toutes sortes d'informations et d'images. Ceux-ci ont émergé vers les années deux mille et ont vite trouvé une place dans nos smartphones, tablettes et ordinateurs. La pandémie du covid-19 a accentué leurs utilisations, par le besoin de garder contact avec nos proches pendant les confinements. Les réseaux sociaux ont également permis l'accès rapide à l'information ou tout simplement de combler un certain ennui ou vide pendant cette crise. Les réseaux sociaux ont ainsi modifié notre façon de communiquer, mais aussi notre manière d'accéder à des services et à l'information. Le contenu santé n'est pas épargné par la montée et la popularisation des réseaux sociaux. En effet, ils permettent le partage de savoir en santé par des personnes ne faisant le plus souvent pas partie du corps médical, ce qui en fait un vecteur de savoirs profanes (Broca & Koster, 2011).

Un rapport numérique de Kemp, (2021) révèle après analyse que plus de la moitié de la population mondiale, c'est-à-dire 3,96 milliards de personnes, étaient utilisateurs des réseaux sociaux en 2020. De plus, ce chiffre s'accroît et ce de façon exponentielle. Un élément qui est aussi intéressant à relever de ce rapport est que les utilisateurs de réseaux sociaux en cumulent souvent plusieurs. Ces personnes sont donc d'autant plus exposées à une grande diversité de contenus.

Les usagers des réseaux sociaux sont majoritairement associés à un jeune public, dans notre société. L'âge moyen des utilisateurs des réseaux sociaux peut varier. En effet, Facebook (<https://fr-fr.facebook.com/>) n'a pas le même public que tiktok (<https://www.tiktok.com/fr/>) par exemple. Même si Facebook se réinvente régulièrement, tiktok est plus jeune et propose un contenu différent qui paraît plus attrayant pour les jeunes. Chaque réseau social peut s'adresser plus spécifiquement à un public cible, que ce soit en fonction de son genre, âge, passion,...

Cependant, tous réseaux sociaux confondus présentent une majorité de jeunes utilisateurs ayant moins de 40 ans. Statista (<https://fr.statista.com/statistiques/480837/utilisation-reseaux-sociaux-france-age/>), site internet proposant diverses statistiques, a publié en juillet 2022 le taux de pénétration des réseaux sociaux en France selon l'âge. Il en ressort que les 18-24 ans ont le taux le plus élevé qui est de 84 %, suivis de très près par les 25-39 ans avec 82 %. Le rapport sur l'utilisation des réseaux sociaux en Europe publié par l'eurobaromètre en 2020 (Directorate General for Communication European Commission, 2020), démontre que les 15-24 ans sont les plus gros consommateurs de réseaux sociaux suivi par les 25-39 ans. Il en ressort également que pour la catégorie socio-professionnelle, les étudiants sont les premiers utilisateurs des réseaux sociaux. Il est notable que ceux-ci sont le plus souvent représentés par les tranches d'âge citées plus haut.

1.2 Annonce du contenu

Pour commencer ce travail, nous présenterons à travers une revue de la littérature, la problématique ainsi que la question de recherche. Par la suite, nous développerons la méthodologie utilisée suivie par l'analyse quantitative des résultats et la discussion de ceux-ci. Nous finirons par la conclusion de ce mémoire afin d'évaluer l'association du contenu santé, partagé sur les réseaux sociaux, sur la perception de la santé des utilisateurs âgés de 18 à 39 ans.

1.3 Présentation des objectifs

Le premier objectif de ce mémoire sera d'identifier quelle est l'utilisation des réseaux sociaux chez les jeunes adultes entre 18 et 39 ans. Par la suite, nous tenterons d'identifier la perception de la santé chez ce public ainsi que leur littératie numérique en santé. Le troisième objectif sera de rechercher si une association existe entre la perception de la santé chez le public choisi et leur consommation de contenu santé sur les réseaux sociaux. De plus, nous souhaitons également étudier si une association existe entre la consommation des réseaux sociaux et la littératie numérique en santé. Les données permettant de corrélérer éventuellement ces associations seront récoltées via la diffusion d'un questionnaire en ligne auprès du public cible.

Pour finir, le dernier objectif sera l'investigation des moyens de prévention d'une utilisation consciente des réseaux sociaux.

1.4 Cadre théorique

Nous allons maintenant exposer le cadre théorique de ce mémoire au travers d'une revue de la littérature. Celui-ci abordera la problématique étudiée dans ce travail. De plus, l'utilisation des réseaux sociaux et la perception de soi sera également présentée. A l'aide de cela, nous élaborerons par la suite la question de recherche. Nous continuerons par un listing des principaux réseaux sociaux les plus utilisés en Belgique avec une brève présentation de ceux-ci. Ce point permettra de mieux comprendre leur fonctionnement et leur utilisation par le public cible. Ensuite, nous présenterons un point sur la littératie en santé ainsi que la littératie numérique. Pour finir par la littératie numérique en santé, toutes trois importantes dans la perception de la santé.

1.4.1 Problématique

Dans ce point nous allons aborder la problématique à l'aide d'une revue de la littérature pour ensuite élaborer la question de recherche de ce travail.

L'utilisation des réseaux sociaux est très souvent perçue négativement. En effet, il n'est pas rare de voir ou entendre au travers de différents médias (presse écrite, journal télévisé,...), les dangers de la surconsommation et des méfaits des réseaux sociaux sur la santé mentale et physique de leurs consommateurs. Nous pouvons citer un article datant de 2019 de la revue psychologie de la RTBF, s'appuyant sur une étude américaine réalisé par Melissa Hunt (Hunt et al., 2018). L'article au titre suivant "une nouvelle étude prouve l'effet néfaste des réseaux sociaux sur notre bien-être" révèle les résultats de cette étude et les différents liens établis entre la dépression et une plus longue utilisation des réseaux sociaux (Afp, 2019). Mais nous pouvons également citer un article écrit par Victoria Hidoussi paru sur madame Figaro qui évoque les filtres, devenues un idéal de perfection menace la santé mentale des utilisateurs. En effet, certains utilisateurs peuvent subir une perte de l'estime de soi, voire l'apparition de troubles alimentaires (Hidoussi, 2022). En outre, la diversité des informations pouvant être postées par quiconque disposant d'un réseau social, ne permet pas de garantir la fiabilité du contenu, mais aussi la bonne interprétation de celui-ci. Hoechsmann M. et DeWaard H. (2015), intègrent le terme de prosommateurs, dans la transformation de l'ère numérique, désignant les producteurs et consommateurs d'information. Ils soulignent aussi que les consommateurs doivent acquérir une pensée critique afin de pouvoir valider ou non l'information. Les auteurs lient cette pensée critique aux compétences nécessaires à une bonne littératie numérique. Le traitement de

l'information en ligne est d'autant plus difficile, car les utilisateurs sont régulièrement exposés à des informations en matière de santé. Celles-ci ne sont pas forcément partagées par des personnes compétentes, ou sont tout simplement à but mensonger, elles sont alors appelées fake news ou infox. Tout cela peut induire des comportements dangereux, en matière de santé, chez les utilisateurs de ce type de réseau. En effet, ces comportements peuvent aller à l'opposé des recommandations en matière de santé publique.

“Les fake news en santé sont les plus partagées sur les réseaux sociaux” (Badouard R. , 2018)

Cependant, comme il a été énoncé plus haut, les fake news ne sont pas la seule source de désinformation. Le phénomène des influenceurs est aussi un bon exemple des dérives de l'information en santé sur les réseaux sociaux. Sedda & all. (2022) parle d'émergence d'influenceurs en matière de santé comme étant les “réseaux sociaux de santé”. En effet, si les influenceurs permettent aux utilisateurs des réseaux sociaux d'avoir un accès rapide aux informations de santé, dans le cadre de leur partage d'information naît une confusion entre publicités via les placements de produits et réel conseil médical. Différents exemples peuvent illustrer ce point comme le partage de conseils hygiéno-diététiques, de symptômes ou traitements préventifs mais également curatifs. Ces derniers sont diffusés alors que leurs auteurs n'ont pas forcément une réelle expertise sur le sujet et ne préviennent pas des risques éventuels encourus par le suivi des conseils proposés. Certains influenceurs informent sans expérience en lien avec les informations partagées, ce qui pose question sur leur légitimité.

Cette question de légitimité des influenceurs a été soulignée dans l'étude de communication de Sedda & all, (2022) de même que celles de leur représentativité et leur communication politique comme marchande. En effet, les informations sont souvent accompagnées de promotion de produits. Ces placements de produits, apparentés à de la publicité, peuvent questionner l'intérêt de l'influenceur et la pertinence de sa publication. D'autres disposent d'une expérience sur les sujets qui leur est souvent personnelle. Dans ce cas, Sedda & all, (2022) souligne que les influenceurs ayant une maladie ou une spécificité physique sont plus “légitimes” à mettre en avant des savoirs et à partager du contenu en lien avec la santé.

1.4.2 Utilisation des réseaux sociaux et la perception de soi

L'exposition à ce genre de contenu a une potentielle influence sur la perception de la santé des utilisateurs. En effet, cette exposition entraîne de possibles changements de comportements en matière de santé, par l'application des conseils délivrés et l'adoption des produits conseillés. Les usagers peuvent dès lors voir la perception de leur santé changer avec les éventuels changements de comportement.

De plus, les utilisateurs sont également amenés à partager du contenu affectant leur perception d'eux-mêmes et leur bien-être. Baumeister & Tice, (1986) évoque l'importance de la présentation de soi dans la formation de son identité. Ils relèvent également que la présentation de soi est un facilitant social conduit par le souci de l'évaluation par l'autre. L'objectif étant de revendiquer publiquement son identité mais également de plaire à l'autre afin de se faire des amis par exemple. Thomas et al. (2017) et Yang & Brown (2016) soulignent que les jeunes sont guidés par une réflexion sur la présentation de leur image avant de publier du contenu. En effet, les réseaux sociaux permettent le partage de photos ou vidéos la plupart du temps avec application de filtre ou retouché. Ces méthodes instaurent un dictat du corps "normé" et de standard de beauté précis sur les réseaux sociaux, laissant entendre que toute personne s'éloignant de cette représentation est "hors normes". Cette présentation est réfléchie afin que les jeunes paraissent socialement désirables (Yau & Reich, 2019 ; Zhao et al., 2008). Quand cette réflexion mène à la manipulation de la publication afin de paraître désirable, les réseaux sociaux interfèrent avec la construction de leurs identités. Les réseaux sociaux peuvent également biaiser le rapport à leur réelle image et estime de soi. En effet, selon Lamp et al. (2019) une autoprésentation biaisée est dès lors associée à un plus grand taux de dépression chez le public cible. Cependant, si au contraire, la publication de l'autoprésentation est réelle alors les utilisateurs présentent un meilleur bien-être (Kim & Lee, 2011). L'étude de Cohen & all. (2017) évoque une relation entre la consommation des réseaux sociaux et l'intériorisation d'un idéal de corps mince et la surveillance de son corps. Cette relation peut découler de la comparaison pouvant avoir lieu entre l'utilisateur et son exposition aux images. Des troubles de l'image corporelle et alimentaire pourraient également être associés à cette relation.

“Ainsi, l'exposition du corps mise en œuvre par les influenceurs et influenceuses du web peut être révélatrice de la tension entre la volonté de publiciser une maladie et/ou son corps différent tout en essayant de se conformer à un type de beauté normalisé. ” (Sedda & al. , 2022)

Par ailleurs, ces dernières années la société a vu grandir différents mouvements, comme le body positive, largement partagé sur les réseaux sociaux. Ce dernier prône l'acceptation de son corps, permettant ainsi de voir partager sur les réseaux tout type de corps et d'élargir la 'norme' de représentation de celui-ci. Avec cela, les réseaux sociaux peuvent également être vecteurs de pensée positive, mais aussi de motivation via ce partage de mouvement ou conseils pertinents. La revue systématique de Laranjo L. et al. (2015) a prouvé l'efficacité de ceux-ci dans le changement de comportement en santé, notamment en matière de condition physique telles que l'activité physique et la perte de poids. Petkovic J. et al. (2021) identifient également l'augmentation de l'activité physique, mais aussi celle des dépistages médicaux ou encore l'amélioration du bien-être général chez leurs utilisateurs.

Actuellement, les réseaux sociaux sont largement popularisés au sein de la population et ce plus encore depuis la crise covid 19. Une influence entre les réseaux sociaux et la santé mentale comme physique ainsi que le changement de comportement en santé a été souligné via les différentes études mentionnées précédemment. Il a également été souligné que les jeunes adultes entre 18 et 39 ans sont les plus grands consommateurs actifs de ce type de réseaux. Cette tranche d'âge est plus à même de changer de comportement en santé, car encore en construction et à la recherche d'un idéal de vie. Ils sont également soumis à de nombreux changements via le passage vers l'âge adulte, les études, le travail, la construction d'une vie de famille...

Ce travail a pour but la recherche d'une corrélation entre la perception en santé des utilisateurs des réseaux sociaux, leur littératie numérique en santé et l'utilisation de ceux-ci. Ainsi, la question de recherche de ce mémoire est la suivante : ' ' Existe-il une relation entre, d'une part la santé perçue ainsi que la littératie numérique en santé des jeunes adultes entre 18 et 39 ans et, d'autre part, leurs consommations de contenu santé sur les réseaux sociaux ? ' '

1.4.3 Principaux réseaux sociaux

Après cette brève introduction sur les réseaux sociaux et la présentation de la problématique qui sera traitée dans ce mémoire, il paraît pertinent de présenter les réseaux sociaux les plus populaires auprès de la population étudiée ainsi que leur fonctionnalité et mode de partage. De plus, nous soulignons que ce travail ne porte pas sur les réseaux sociaux à prétention médicale de type doctissimo (<https://www.doctissimo.fr/>), passeport santé (<https://www.passeportsante.net/>), journal des femmes (<https://sante.journaldesfemmes.fr/>)...

mais sur des réseaux sociaux de types divertissement vecteurs de la plus grande exposition à tout type de contenus.

Facebook (<https://fr-fr.facebook.com/>), est un réseau social américain, il a été créé en 2004 et lancé pour le grand public en 2006. Depuis sa création, il est devenu le principal réseau social comptant 2,934 milliards d'utilisateurs actifs par mois en juillet 2022. En outre, la moyenne d'âge des utilisateurs de Facebook est de 31 ans (<https://datareportal.com/essential-facebook-stats>). Pour la Belgique, 6.40 millions d'utilisateurs ont été enregistrés pour le début de l'année 2022 (Kemp S., 2022).

Facebook permet de nombreuses activités, comme le partage de photos, vidéos et textes avec ses "amis". Ce terme est employé pour désigner les personnes que l'on suit et qui nous suivent sur Facebook. Il est aussi possible de réagir à ces partages via un émoji ou à l'espace commentaire et de les partager à notre tour. Nous pouvons également retrouver des nouvelles sur des proches et de l'actualité. Une messagerie instantanée est également rattachée à Facebook. Ces activités sont de réels outils de communication et permettent de maintenir mais aussi de créer du lien, de regrouper et de se tenir informé.

Instagram (<https://www.instagram.com/>), est également un réseau social américain et a été fondé en 2010, ensuite racheté en 2012 par le groupe Meta (société à la tête de Facebook). Instagram permet via un fil de publications de s'exposer aux contenus partagés par les personnes suivies. Les utilisateurs d'Instagram ont la possibilité de s'abonner à des comptes afin de les suivre et de découvrir leur contenu. Il est également possible de partager à son tour du contenu via des publications sur son profil ou en stories. Les stories sont de courtes vidéos uniquement disponibles pendant 24 heures contrairement aux publications. Tout comme Facebook, Instagram propose une messagerie instantanée.

D'après Kemp, S. (2022), en Belgique il y aurait 5,10 millions d'utilisateurs sur Instagram. Selon DataReportal (<https://datareportal.com/essential-instagram-stats>), en 2022 Instagram pourrait parvenir à 1,386 milliards d'utilisateurs dans le monde. De plus, la plus grande partie des utilisateurs d'Instagram serait âgée entre 18 et 24 ans.

TikTok, (<https://www.tiktok.com/fr/>), lancé en 2016 par l'entreprise chinoise ByteDance, permet le partage de vidéos de maximum 60 secondes. Sa popularité s'est vue exploser pendant la pandémie Covid-19.

C'est en 2021 qu'il atteint un milliard d'utilisateurs actifs mensuels, il pourrait atteindre 1,023 milliard en 2022. Les 18-24 ans sont les utilisateurs les plus présents sur TikTok

(<https://datareportal.com/essential-tiktok-stats>). Pour la Belgique, TikTok compte 2,91 millions d'utilisateurs (Kemps S., 2022)

YouTube (<https://www.youtube.com/?gl=BE&hl=fr>), a été créé en 2005 aux États-Unis, ce site permet de regarder mais aussi de poster des vidéos. Il est également possible de les commenter et de les évaluer. Ces vidéos peuvent être en lien avec la musique, le sport, le fitness, la cuisine, les conseils beauté et plein d'autres thèmes.

En Belgique, 9,52 millions de personnes sont des utilisateurs de youtube (Kemp S., 2022). Selon DataReportal (<https://datareportal.com/essential-youtube-stats>), Youtube compte 2,515 milliards d'utilisateurs actifs dans le monde, avec un public majoritairement âgé de 25 à 34 ans.

Snapchat (<https://www.snapchat.com/fr-FR>), apparu en 2011, appartenant à la société américaine Snap Inc. permet le partage de photos et vidéos éphémères. En effet, ces derniers disparaissent après avoir été regardés par leurs destinataires. Des stories sont également possibles, disponibles pendant 24 heures ; pendant ce laps de temps il est possible de regarder le contenu autant de fois que désiré. Snapchat se démarque également par l'application de filtre sur le contenu partagé. Il y a 576 millions d'utilisateurs Snapchat dans le monde, pour un public majoritairement entre 18 et 24 ans (<https://datareportal.com/essential-snapchat-stats?rq=snapchat>). Selon Kemp S., 2022, la Belgique compterait 3,5 millions d'utilisateurs de Snapchat.

Twitter (<https://twitter.com/?lang=fr>), créé en 2006 aux États-Unis, il propose le partage de messages appelés tweets limités à 280 caractères. Il est également possible d'accompagner ces tweets d'images. En 2022, 544 millions d'utilisateurs ont été enregistrés sur Twitter (<https://datareportal.com/essential-twitter-stats?rq=statistics>). Pour la Belgique, Twitter compte 1,35 million d'utilisateurs au début de l'année 2022 (Kemp, 2022)

Suite à la définition de la problématique, de la question de recherche, nous venons d'identifier et définir les principaux réseaux sociaux utilisés. Nous allons poursuivre ce travail avec la définition des différentes littératies. Nous commencerons par tenter de définir la littératie en santé pour ensuite nous pencher sur la définition de la littératie numérique, étant donné que les réseaux pourraient être un lieu de son application. Nous continuerons par une définition de la littératie numérique en santé afin de compléter les deux points précédents.

1.4.4 La littératie en santé

Nous allons maintenant développer la littératie en santé (LES), car celle-ci joue un rôle dans la bonne perception de la santé de l'individu. En effet, Osborn C. (2011) identifie l'existence de chaînes de relations par exemple entre la littératie en santé et les connaissances. L'auteur souligne qu'une plus grande littératie en santé est associée à une plus grande connaissance en santé. La suite de la chaîne identifie une relation entre les connaissances et le sentiment d'auto-efficacité et entre le sentiment d'auto-efficacité et les comportements de soins personnels et enfin entre les comportements de soins personnels et l'état de santé perçu. Pour ce dernier point, des comportements de soins personnels de type activité physique sont associés à une évaluation plus subjective de la santé. Il est dès lors intéressant de noter que la chaîne de relations commence par la littératie en santé pour aboutir à une influence sur la perception de la santé. De plus, Abel (2007) souligne que la littératie est un outil permettant de passer outre la représentation limitative de la santé, étant considérée comme une absence de maladie et de passer à une représentation plus globale. La littératie en santé permet donc d'agir positivement sur les normes et valeurs en santé de l'individu affectant ainsi positivement sa perception de la santé.

La littératie en santé se voit définir au travers de divers revues ou articles, mais il n'y a pas de réel consensus sur la définition. Cependant, la revue systématique de Sorensen K. & al (2012) propose une définition intégrée suivante : *« les connaissances, la motivation et les compétences pour accéder, comprendre, évaluer et appliquer les informations sur la santé afin de porter des jugements et de prendre des décisions dans la vie quotidienne concernant la santé, la prévention des maladies et la promotion de la santé pour maintenir ou améliorer la qualité de vie tout au long de la vie »*. La littératie en santé nécessite donc que l'individu acquière des compétences en matière de santé. Celles-ci sont les capacités à prendre des décisions ayant un effet positif sur la santé de l'individu (Bachmann A. & all, 2019).

De faibles connaissances en santé, entraînent chez l'individu une incompetence à prendre ses décisions de santé. L'étude de Van den Broucke S. (2017), souligne que les individus présentant un niveau de LES faible adoptent plus difficilement des comportements en santé favorables. Ils participent moins aux programmes de dépistage et ont une moindre utilisation des services de prévention. De plus, une faible LES a été corrélée à un plus grand taux d'admission en hôpital de jour ainsi que pour les consultations à domicile des médecins généralistes et des consultations psychiatriques, mais également à des hospitalisations de plus longues durées en

hôpital général (Vandenbosch J. & all, 2016). Le faible niveau de LES est également lié à des comportements en santé inadaptés, notamment dans l'utilisation des services de santé, des traitements et médicaments. En conséquence de ces comportements inappropriés, l'état de santé de l'individu en devient défavorable (Van den Broucke S., 2014). Ces éléments font de la LES un facteur déterminant en santé publique.

Un article du site belge officiel : “ Vers une Belgique en bonne santé” datant de 2022, constate qu'un tiers de la population belge a un niveau de LES faible. Cette partie de la population ne dispose alors pas des compétences nécessaires à la prise de décision en santé. Le niveau d'instruction est un facteur influençant grandement le niveau en LES. Les individus ayant un niveau d'études plus bas sont doublement plus à risque de présenter un faible niveau en LES. Les jeunes entre 15 ans et 24 ans sont le deuxième groupe présentant un faible niveau en LES suivi par les 25 ans et 34 ans. Le premier groupe étant les plus de 75 ans.

1.4.5 La littératie numérique

Étant donné que nous souhaitons via ce travail investiguer les réseaux sociaux comme sources d'influence sur la perception de la santé de leur usagers, il paraît pertinent de s'intéresser à la littératie présente en ligne. En effet, le développement de l'utilisation d'internet a vu apparaître la littératie numérique, qui se voit tout comme la littératie en santé difficilement définir. Le travail sur la littératie numérique de Hoechsmann M. et DeWaard H., (2015) relève qu'il n'existe pas de définition universelle de la littératie numérique. Cependant, ils décrivent de manière précise ce que n'est pas et ce qu'est la littératie numérique : *“La littératie numérique n'est pas une catégorie technique qui décrit un niveau fonctionnel minimal de compétences technologiques, mais plutôt une vaste capacité de participer à une société qui utilise la technologie des communications numériques dans les milieux de travail, au gouvernement, en éducation, dans les domaines culturels, dans les espaces civiques, dans les foyers et dans les loisirs.”* Finalement, la littératie numérique serait les compétences et les comportements fondamentaux aux besoins de la littératie à l'heure de l'ère numérique.

Le centre canadien d'éducation aux médias et de la littératie numérique (*cité par Hoechsmann M. et DeWaard H., 2015*), pose les fondements de la littératie numérique sur trois composantes :

- Utiliser : est l'appropriation des connaissances, savoirs et compétences qui permettent d'utiliser les outils numériques. (utilisation de programmes informatiques, moteurs de recherches et base des données)

- Comprendre : est l'acquisition des compétences permettant de saisir, mettre en contexte et évaluer avec circonspection les médias numériques afin de prendre des décisions conscientes sur les recherches et informations trouvées sur l'internet. Il s'agit aussi d'être conscient de l'impact de la technologie sur nos comportements.
- Créer : reflète la capacité de l'individu à élaborer et partager du contenu à travers les outils et médias numériques.

Qui plus est, les différentes compétences nécessaires à la littératie numérique sont en perpétuel changement. Car le numérique ne cesse d'évoluer, nécessitant une adaptation constante de la part de l'utilisateur. En outre, la littératie numérique n'est pas uniquement conditionnée par l'acquisition des compétences technologiques mais aussi par l'accès aux ressources numériques.

1.4.6 *Littératie numérique en santé*

La pratique de la littératie numérique a chamboulé la recherche d'information en santé. En effet, parallèlement au déploiement d'internet, une profusion de publications en santé a vu le jour en son sein. Le travail de Le Deuff O. (2015) pointe le besoin toujours plus grand du recours aux compétences numériques et informationnelles dans la recherche d'information en santé sur internet. Cette relation entre littératie en santé et numérique donne lieu de parler de littératie numérique en santé (LNS). Cette dernière favorise le partage et l'accessibilité d'information en matière de santé en ligne. Cependant, malgré la facilité apparente de l'accès à cette numérisation de l'information, nous pouvons souligner que la littératie numérique en santé a également un effet de complexification. Force est de constater que les compétences digitales viennent s'ajouter à celles en littératie en santé.

Le mauvais exercice de cette littératie multiple peut présenter des risques pour la santé publique. De fait, l'accessibilité à l'information sans supervision peut donner lieu à de l'automédication (Le Deuff O., 2015) ou encore à des autodiagnostic. De plus, ceux-ci ne sont pas forcément pertinents pour l'individu en recherche d'informations, pouvant donner lieu à de graves conséquences en santé. (exemple : Les médicaments ayant des effets secondaires qui pour certains peuvent être non négligeables.) Cela est d'autant plus risqué si l'information donnant place à une prise de décision en santé n'est pas critiquée et validée de manière réfléchie.

2 Méthodes

Nous allons maintenant décrire la méthodologie utilisée dans la réalisation de ce travail. Celle-ci s'inscrit dans une démarche quantitative au travers d'un recueil de données par questionnaire autoadministré en ligne. Les données récoltées seront analysées pour tenter de répondre à la question de recherche présentée dans le cadre théorique. Nous définirons dans un premier temps la population et l'échantillonnage, pour ensuite décrire l'outil utilisé c'est-à-dire le questionnaire. Nous finirons par le traitement et l'analyse statistiques des données.

2.1 Définition de la population

La population choisie dans le cadre de ce travail est les jeunes adultes entre 18 et 39 ans consommateurs de réseaux sociaux. En effet, au travers de nos différentes recherches, il est ressorti que cette tranche d'âge est la plus représentée chez les utilisateurs des réseaux sociaux (Statista, 2022 ; DataReportal, 2022). Il semble dès lors pertinent de récolter les données nécessaires à cette étude auprès de ce public. Pour ce faire, le système d'échantillonnage non probabiliste a été choisi, celui-ci permet de sélectionner de manière subjective des individus dans une population. La sélection de cette méthode pour ce travail paraît appropriée en raison de son aspect rapide, peu coûteux et ne nécessitant pas de base de sondage complète (*Statistique Canada*, 2021).

Afin de construire l'échantillonnage et de toucher le public cible, le questionnaire a été partagé via les adresses mail des étudiants du master en santé publique de l'université catholique de Louvain. Des mails ont été également envoyés via des contacts personnels et les réseaux sociaux avec un effet d'échantillonnage boule de neige. Le mail comprenait un message d'introduction personnel afin de présenter l'objectif du questionnaire dans le cadre de ce mémoire. Les critères de participation à l'enquête y étaient décrits. Si le destinataire rentrait dans ces critères de participation, il était invité à cliquer sur le lien joint au mail pour compléter le questionnaire. Quelques mots sur le respect des règles du règlement général sur la protection des données étaient également joints à ce message. Avant de commencer le questionnaire, une demande de consentement de participation de la part du répondant était requise.

2.2 Présentation de l'outil

Afin de recueillir les données nécessaires à ce travail, nous avons réalisé une enquête. Celle-ci s'est faite via le partage d'un questionnaire (cf. annexe 1) élaboré pour ce mémoire. Le questionnaire comprenait 32 questions et a été séparé en quatre sections. Mise à part la question de l'âge, toutes étaient à choix multiples, certaines présentaient une case « autres » avec possibilités d'encoder une réponse écrite par le répondant.

La première section permettait l'introduction personnelle du répondant à l'aide de questions de type : « quel est votre genre ? quel est votre âge ? niveau d'étude ? statut professionnel ? ». La deuxième reprenait des questions sur la consommation des réseaux sociaux, par exemple : « Sur quel réseau social êtes-vous inscrit ? Depuis quand êtes-vous inscrit sur ceux-ci ? La fréquence d'utilisation ? Quelles sont les informations partagées ?,... » Ensuite, la troisième section proposait des questions sur la perception de sa santé, celle-ci a été construite sur base de la « *medical outcomes study 36-item short form health survey* » (Ware & Sherbourne, 1992). Nous pouvons prendre pour exemple quelques questions : « Dans quelle mesure vous sentez-vous stressé ? Vous sentez-vous en bonne santé physique ? et mentale... ». Pour finir, la quatrième section avait pour thème la littératie numérique en santé. Pour celle-ci, nous nous sommes basé sur l'échelle en littératie numérique en santé publiée par Van Den Broucke et al. (2020). Dans cette section, les questions étaient de type : « Dans quelle mesure vous est-il facile de choisir les bons mots pour trouver des informations en santé ? de trouver précisément l'information recherchée ? ... » Dans ce questionnaire, nous n'avons pas interrogé la littératie en santé, car nous nous intéressons aux réseaux sociaux. Nous avons donc privilégié la littératie numérique en santé.

Afin de faciliter le partage du questionnaire mais aussi le traitement des données, l'encodage des questions a été réalisé sur le programme « lime survey ».

2.3 Traitement des données et statistiques

Pour commencer, nous avons exporté les données collectées via le questionnaire de lime survey vers le logiciel de statistiques SPSS. Celui-ci permet un traitement des données plus en profondeur.

Nous avons poursuivi par la création de neuf nouvelles variables :

- Variable « Intensité_expositions_RS » : sur base du nombre d'inscriptions aux réseaux sociaux des participants.
- Variable « Niveau_étude » a été transformée en variable binaire, les réponses "primaires" et "secondaires" ont été regroupées sous le nom "inférieur" tandis que les réponses supérieur haute école et supérieur universitaire ont été regroupées sous le nom "supérieur"
- Variable « Actifs_RS » a été transformée en variable binaire, les réponses "moins d'un an" et "entre 1 an et 5 ans" ont été regroupées sous "novice" et les réponses "Entre 5 et 10 ans", "entre 10 et 15 ans" et "plus de 15 ans" sous "expérimenté"
- Variable « Consommation_RS » qui reflète l'intensité d'exposition aux RS a été transformé en variable binaire. Les réponses "moins d'une fois par mois" ; "moins d'une fois par semaine" "plusieurs fois par semaine" ont été regroupées sous « peu » et les réponses "plusieurs fois par jours" et plusieurs fois par heure" ont été regroupées sous "beaucoup"
- Variable « Contenu_apprécié_RS » a été transformée en variable binaire, les réponses ont été regroupées sous "santé" et "autre".
- Variable « Fiabilité_RS » a été transformée en variable binaire. Les réponses "très bonne source d'information" et "bonne source d'information" ont été regroupées sous "bonne source d'information". Les réponses "très mauvaise source d'information" et "mauvaise source d'information" ont été regroupées sous "mauvaise source d'information".
- Variable « Intensité_renseignement_santé_RS » : sur base de l'intensité de fréquentation des réseaux sociaux pour obtenir des renseignements en contenu santé.
- Variable « Santé_perçue » : score de la santé perçue que nous avons créé sur base des sept questions sur la perception de la santé en tenant compte des reverse items.
- Variable « LNS » score de la littératie numérique en santé créé sur base des questions en LNS en tenant compte des reverse items.

Nous avons poursuivi par la réalisation des statistiques descriptives des variables.

Voici les variables quantitatives : « âge » « intensité_exposition_RS » « intensité_renseignement_santé » « santé_perçue » « LNS ». Celles-ci ont été décrites par des analyses descriptives ainsi que des tests de normalité.

Les variables qualitatives sont les suivantes : « genre » « niveau_étude » « statut_professionnel » « actifs_RS » « info_partagé_RS » « Utilisation_principale_RS » « contenu_apprécié_RS » « fiabilité_RS ». Ces variables ont été décrites par des statistiques descriptives de fréquence pour chaque catégorie de variables.

Ensuite, nous nous sommes intéressé à l'analyse des possibles différences de moyennes entre différentes variables dépendantes et indépendantes. Pour cela, nous avons réalisé des comparaisons de moyennes à l'aide du test T de Student. Pour la comparaison de moyennes entre le score en santé perçue et les variables suivantes : « consommation_RS », « actifs_RS », « contenu_apprécié », et « fiabilité_RS », nous avons utilisé le même test pour comparer les moyennes entre le score en LNS et les variables « genre », « consommation_RS », « étude » « actifs_RS », « contenu_apprécié » et « fiabilité_RS ».

Dès lors, nous posons les hypothèses suivantes :

Hypothèse nulle (H0) : $\mu = 0$

Il n'existe pas de différence de moyenne entre la consommation des réseaux sociaux et la perception de la santé des jeunes adultes entre 18 et 39 ans.

Hypothèse alternative (H1): $\mu \neq 0$

Il existe une différence de moyenne entre la consommation des réseaux sociaux et la perception de la santé des jeunes adultes entre 18 et 39 ans.

Hypothèse nulle (H0) : $\mu = 0$

Il n'existe pas de différence de moyenne entre la durée d'inscription sur les réseaux sociaux et la perception de la santé des jeunes adultes entre 18 et 39 ans.

Hypothèse alternative (H1): $\mu \neq 0$

Il existe une différence de moyenne entre la durée d'inscription sur les réseaux sociaux et la perception de la santé des jeunes adultes entre 18 et 39 ans.

Hypothèse nulle (H0) : $\mu = 0$

Il n'existe pas de différence de moyenne entre le contenu apprécié santé sur les réseaux sociaux et la perception de la santé des jeunes adultes entre 18 et 39 ans.

Hypothèse alternative (H1): $\mu \neq 0$

Il existe une différence de moyenne entre le contenu apprécié santé sur les réseaux sociaux et la perception de la santé des jeunes adultes entre 18 et 39 ans.

Hypothèse nulle (H0) : $\mu = 0$

Il n'existe pas de différence de moyenne entre l'estimation de la fiabilité des réseaux sociaux et la perception de la santé des jeunes adultes entre 18 et 39 ans.

Hypothèse alternative (H1): $\mu \neq 0$

Il existe une différence de moyenne entre l'estimation de la fiabilité des réseaux sociaux et la perception de la santé des jeunes adultes entre 18 et 39 ans.

Hypothèse nulle (H0) : $\mu = 0$

Il n'existe pas de différence de moyenne entre le genre et la littératie numérique en santé des jeunes adultes entre 18 et 39 ans.

Hypothèse alternative (H1) : $\mu \neq 0$

Il existe une différence de moyenne entre le genre et la littératie numérique en santé des jeunes adultes entre 18 et 39 ans.

Hypothèse nulle (H0) : $\mu = 0$

Il n'existe pas de différence de moyenne entre la consommation des réseaux sociaux et la littératie numérique en santé des jeunes adultes entre 18 et 39 ans.

Hypothèse alternative (H1) : $\mu \neq 0$

Il existe une différence de moyenne entre la consommation des réseaux sociaux et la littératie numérique en santé des jeunes adultes entre 18 et 39 ans.

Hypothèse nulle (H0) : $\mu = 0$

Il n'existe pas de différence de moyenne entre le niveau d'étude et la littératie numérique en santé des jeunes adultes entre 18 et 39 ans.

Hypothèse alternative (H1) : $\mu \neq 0$

Il existe une différence de moyenne entre le niveau d'étude et la littératie numérique en santé des jeunes adultes entre 18 et 39 ans.

Hypothèse nulle (H0) : $\mu = 0$

Il n'existe pas de différence de moyenne entre la durée d'inscription sur les réseaux sociaux et la littératie numérique en santé des jeunes adultes entre 18 et 39 ans.

Hypothèse alternative (H1): $\mu \neq 0$

Il existe une différence de moyenne entre la durée d'inscription sur les réseaux sociaux et la littératie numérique en santé des jeunes adultes entre 18 et 39 ans.

Hypothèse nulle (H0) : $\mu = 0$

Il n'existe pas de différence de moyenne entre le contenu apprécié santé sur les réseaux sociaux et la littératie numérique en santé des jeunes adultes entre 18 et 39 ans.

Hypothèse alternative (H1): $\mu \neq 0$

Il existe une différence de moyenne entre le contenu apprécié santé sur les réseaux sociaux et la littératie numérique en santé des jeunes adultes entre 18 et 39 ans.

Hypothèse nulle (H0) : $\mu = 0$

Il n'existe pas de différence de moyenne entre l'estimation de la fiabilité des réseaux sociaux et la littératie numérique en santé des jeunes adultes entre 18 et 39 ans.

Hypothèse alternative (H1): $\mu \neq 0$

Il existe une différence de moyenne entre l'estimation de la fiabilité des réseaux sociaux et la littératie numérique en santé des jeunes adultes entre 18 et 39 ans.

Afin de comparer les moyennes du score en LNS et de la variable non binaire « statut_professionnel », nous utiliserons le test Anova I.

Voici l'hypothèse que nous posons :

Hypothèse nulle (H0) : $\mu = 0$

Il n'existe pas de différence de moyenne entre le statut professionnel et la littératie numérique en santé des jeunes adultes entre 18 et 39 ans.

Hypothèse alternative (H1): $\mu \neq 0$

Il existe une différence de moyenne entre le statut professionnel et la littératie numérique en santé des jeunes adultes entre 18 et 39 ans.

Pour finir par les analyses de corrélation, permettant d'analyser si une variable X est associée à une variable Y. Dans le cas de deux variables quantitatives, nous allons tester l'intensité de l'exposition RS avec le score de santé perçue et avec le score en LNS. Nous testerons également l'intensité des renseignements en santé avec score de santé perçue et avec le score en LNS. Ensuite nous nous intéresserons à l'association possible entre le score en LNS et le score en santé perçue.

Pour chacune des analyses ci-dessus, nous posons les hypothèses suivantes :

Hypothèse nulle (H0) :

Il n'existe pas d'association entre l'intensité d'exposition aux réseaux sociaux et la santé perçue des jeunes adultes entre 18 et 39 ans.

Hypothèse alternative (H1) :

Il existe une association entre la consommation des réseaux sociaux et la santé perçue des jeunes adultes entre 18 et 39 ans.

Hypothèse nulle (H0) :

Il n'existe pas d'association entre l'intensité d'exposition aux réseaux sociaux et la littératie numérique en santé des jeunes adultes entre 18 et 39 ans.

Hypothèse alternative (H1) :

Il existe une association entre la consommation des réseaux sociaux et la littératie numérique en santé des jeunes adultes entre 18 et 39 ans.

Hypothèse nulle (H0) :

Il n'existe pas d'association entre l'intensité de recherche en santé sur les réseaux sociaux et la santé perçue des jeunes adultes entre 18 et 39 ans.

Hypothèse alternative (H1) :

Il existe une association entre l'intensité de recherche en santé sur les réseaux sociaux et la santé perçue des jeunes adultes entre 18 et 39 ans.

Hypothèse nulle (H0) :

Il n'existe pas d'association entre l'intensité de recherche en santé sur les réseaux sociaux et la littératie numérique en santé des jeunes adultes entre 18 et 39 ans.

Hypothèse alternative (H1) :

Il existe une association entre l'intensité de recherche en santé sur les réseaux sociaux et la littératie numérique en santé des jeunes adultes entre 18 et 39 ans.

Hypothèse nulle (H0) :

Il n'existe pas d'association entre la littératie numérique en santé et la santé perçue des jeunes adultes entre 18 et 39 ans.

Hypothèse alternative (H1) :

Il existe une association entre la littératie numérique en santé et la santé perçue des jeunes adultes entre 18 et 39 ans.

3 Résultats

Pour tenter de répondre à la question de recherche, nous allons maintenant présenter les résultats au travers des analyses statistiques descriptives des variables. Nous vous présenterons les résultats de l'échantillonnage aux questionnaires. Ensuite nous comparerons les moyennes des variables. Pour finir par des analyses régression linéaires simples.

3.1 Analyse statistiques descriptives

Pour commencer, les variables quantitatives ont été analysées à l'aide de statistiques descriptives. Les tableaux avec les mesures de localisation (moyenne et médiane) et de dispersion (écart type) sont présentés dans l'annexe 2.

Ensuite, nous avons étudié ces variables à l'aide des tests de normalité suivant l'histogramme, la boîte à moustache ainsi que le graphique probabilité-probabilité (cf. Annexe 3). Ceux-ci ont été choisis, car l'effectif est supérieur à $N = 150$.

Les variables qualitatives ont été analysées par des statistiques descriptives générées par SPSS et sont présentées sous forme de table de fréquence dans l'annexe 4.

Afin de faciliter la lecture des résultats, les caractéristiques de notre échantillons ont été regroupées sous la forme de tableau ci-dessous. Nous allons commencer par présenter l'échantillon de répondants qui correspond à la première section du questionnaire. Ensuite, nous nous intéresserons aux variables liées à l'utilisation des réseaux sociaux. Nous continuerons avec l'analyse des variables de la troisième section, sur la perception de la santé. Nous terminerons avec la quatrième section sur les variables de littératie numérique en santé.

3.1.1 Présentation de l'échantillon

L'enquête par questionnaire a récolté 257 réponses au total, mais comprenant aussi 32 réponses partielles ; nous avons retenu uniquement celles qui étaient complètes. Notre échantillon total s'élève donc à 225 participants.

Pour commencer l'analyse, nous avons regroupé les caractéristiques de l'échantillon par thématiques : genre, âge, niveau d'étude et statut professionnel. Les femmes sont les plus

représentées avec 61,8%. Une case « autre » pour l'identité de genre a été proposée au répondant ; cependant elle n'a été cochée par aucun participant.

Concernant l'âge moyen de l'échantillon, il est de 28 ans. Pour le niveau d'éducation, c'est le niveau supérieur qui est le plus représenté avec 55,6% pour le secteur non universitaire et 27,6% pour le secteur universitaire. Suivi par le niveau d'étude secondaire, représenté par 15,6% des répondants.

Pour finir, l'analyse du statut professionnel montre une forte démarcation des employés et des étudiants avec respectivement 40% de répondants pour le premier et 20,4% pour les étudiants. Les cadres supérieurs sont les moins représentés avec seulement 3,1%. Un item autres était également proposé aux participants afin de préciser leur statut professionnel si non présent dans les propositions. L'incapacité de travail, l'interruption de carrière et l'invalidité ont été citées.

Tableau 1 : présentation de l'échantillon

<i>Présentation de l'échantillon</i>		<i>n =225</i>
<i>Genre</i>		<i>Effectif ; Fréquence</i>
	Homme	86 ; 38,2%
	Femme	139 ; 61,8%
	Autre	0 ; 0%
<i>Age</i>		Moyenne : 27,72 ans Médiane : 28 (min : 18 ; max 39) Écart type : 5,58
<i>Niveau d'étude</i>		<i>Effectif ; Fréquence</i>
	Enseignement Primaire	2 ; 0,9%
	Enseignement Secondaire	35 ; 15,6%
	Enseignement Supérieur haute école	125 ; 55,6 %
	Enseignement Supérieur universitaire	62 ; 27,6%
	Autre	1 ; 0,4%
<i>Statut professionnel</i>		<i>Effectif ; Fréquence</i>
	Sans emploi	21 ; 9,3%
	Ouvrier	21 ; 9,3%
	Employé	90 ; 40%
	Cadre	18 ; 8%
	Cadre supérieur	7 ; 3,1%
	Indépendant	14 ; 6,2%
	Étudiant	46 ; 20,4%
	Autre	8 ; 3,6%

3.1.2 Aperçu de l'utilisations des réseaux sociaux chez l'échantillon

La majorité des répondants sont inscrits sur Facebook avec 88,4% suivis près par Instagram avec 72%. Les deux réseaux sociaux les moins populaires auprès de l'échantillon sont Tiktok avec 24,4% et Twitter avec 23,6%. De plus les répondants avaient la possibilité d'identifier d'autres réseaux sociaux sur lesquels ils étaient inscrits. Les plus souvent cités étaient Whatsap et telegram. En moyenne, l'échantillonnage est inscrit à trois réseaux sociaux.

La plupart des participants sont actifs sur les réseaux sociaux depuis 10 à 15 ans (36,9%), contrairement aux répondants actifs depuis moins d'un an qui sont les moins représentés avec 2,7%. L'échantillon fréquente le plus souvent entre plusieurs fois par jour (33,8%) et plusieurs fois par heure (24%) les réseaux sociaux.

Les nom et prénom sont l'information la plus partagée sur les réseaux sociaux avec 96,9%. Les photos et/ou vidéos personnelles sont également largement partagés par 65,3% des participants. En effet, sur les 137 répondants, un d'eux ne partage uniquement que son prénom. Le statut professionnel est quant à lui le moins partagé avec 19,6%.

Les principales utilisations des réseaux sociaux sont assez variées, la plupart des répondants ne participent pas à des groupes de discussion et de soutien ; seuls 8,9% le font. Les promotions et les annonces sont également peu consultées (9,3%).

Les actualités sont le contenu le plus apprécié par les répondants avec 76,4%. La santé est en troisième position avec 43,1%. La beauté, les actualités people, les vidéos humoristiques sont également régulièrement identifiées dans l'item « autres » des contenus appréciés sur les réseaux sociaux.

Une majorité relative des participants estime que les réseaux sociaux sont une bonne source d'information (43,1%). Tandis que la minorité indique que les réseaux sociaux sont une très mauvaise source d'information (6,7%)

Sur le public interrogé, 31,1% consultent rarement les réseaux sociaux pour des renseignements en santé, voire jamais pour 25,5% d'entre eux. Tandis que 42,7% ne consultent jamais les réseaux sociaux pour des renseignements sur des médicaments. Les réseaux sociaux sont très peu utilisés pour des renseignements sur des interventions médicales : en effet, 56% des

répondants déclarent ne jamais utiliser les réseaux sociaux pour cela. De même pour les renseignements sur les médecines non conventionnelles, où jamais est choisi par 49,3% des participants. La moyenne de l'intensité des renseignements en santé sur les réseaux sociaux est de 7,91.

La plupart des participants consultent des sites comme Doctissimo (54,2%), Passeport santé (20,9%) ou encore journal des femmes (19,1%). Soulignons que 2,9% ont indiqué n'utiliser « aucun » site internet pour obtenir des renseignements en santé, ainsi que 5,1% ont indiqué « non ».

Tableau 2 : Utilisation des réseaux sociaux

Utilisation des réseaux sociaux		N = 225
Inscription RS		Effectif ; Fréquence
Facebook		199 ; 88,4%
Instagram		162 ; 72%
Youtube		117 ; 52%
Twitter		53 ; 23,6%
Tiktok		55 ; 24,4%
Snapchat		77 ; 34,2%
Autre		32 ; 14,2%
Intensité exposition RS		Moyenne : 3,08 Médiane : 3,5 (min = 0 ; max = 7) Écart type : 5,58
Actif RS		Effectif ; Fréquence
Moins d'un an		6 ; 2,7%
Entre 1 an et 5 ans		23 ; 10,2%
Entre 5 et 10 ans		74 ; 32,9%
Entre 10 et 15 ans		83 ; 36,9%
Plus de 15 ans		39 ; 17,3%
Consommation RS		Effectif ; Fréquence
Moins d'une fois par mois		25 ; 11,1%
Moins d'une fois par semaine		32 ; 14,2 %
Plusieurs fois par semaine		38 ; 16,9%
Plusieurs fois par jour		76 ; 33,8%
Plusieurs fois par heure		54 ; 24,0%
Information partagée RS		Effectif ; Fréquence
Nom et prénom		218 ; 96,9%
Age		126 ; 56%
Statut relationnel		59 ; 26,2%
Statut professionnel		44 ; 19,6%
Photos et/ou vidéos personnelles		147 ; 65,3%
Autres		4 ; 1,8%
Utilisations RS		Effectif ; Fréquence
Informations		144 ; 64%
Garder contact avec des proches		204 ; 90,7%

Partage de contenu (photos, videos, conseils...)	142 ; 63,1%
Divertissement	123 ; 54,7%
Groupe de discussion de soutien	20 ; 8,9%
Discuter avec des personnes	66 ; 29,3%
Promotions et annonces	21 ; 9,3%
Autres	4 ; 1,8%
<i>Contenu apprécié RS</i>	<i>Effectif ; Fréquence</i>
Santé	85 ; 37,8%
Mode	97 ; 43,1%
Sport	99 ; 44%
Style de vie	106 ; 47,1%
Actualité	172 ; 76,4%
Cuisine	85 ; 37,8%
Autres	42 ; 18,7%
<i>Fiabilité de l'information RS</i>	<i>Effectif ; Fréquence</i>
Très bonne source d'information	46 ; 20,4%
Bonne source d'information	97 ; 43,1%
Mauvaise source d'information	67 ; 29,8%
Très mauvaise source d'information	15 ; 6,7%
<i>Fréquence renseignement santé RS</i>	<i>Effectif ; Fréquence</i>
Jamais	51 ; 22,7%
Rarement	70 ; 31,1%
Souvent	64 ; 28,4%
Très souvent	40 ; 17,8%
<i>Fréquence renseignement médicaments RS</i>	<i>Effectif ; Fréquence</i>
Jamais	96 ; 42,7%
Rarement	57 ; 25,3%
Souvent	44 ; 19,6%
Très souvent	28 ; 12,4%
<i>Fréquence renseignement intervention médicales RS</i>	<i>Effectif ; Fréquence</i>
Jamais	126 ; 56%
Rarement	58 ; 25,8%
Souvent	31 ; 13,8%
Très souvent	10 ; 4,4%
<i>Fréquence renseignement médecines non conventionnelles RS</i>	<i>Effectif ; Fréquence</i>
Jamais	111 ; 49,3%
Rarement	58 ; 25,8%
Souvent	44 ; 19,6%
Très souvent	12 ; 5,3%
<i>Intensité renseignement santé</i>	Moyenne : 7,91 Médiane : 8 (min : 4 ; max = 16) Ecart type : 3,34
<i>Site information santé non scientifique</i>	<i>Effectif ; Fréquence</i>
Doctissimo	122 ; 54,2%
Journal des femmes	43 ; 19,1%
Wikipédia	41 ; 18,2%
Santé magazine	36 ; 16%
Passeport santé	47 ; 20,9%

Nih.gov	43 ; 19,1%
Au féminin	24 ; 10,7%
Vulgaris médical	11 ; 4,9%
Vidal	49 ; 21,8%
Autres	52 ; 23,1%

3.1.3 Perception de la santé

Le sentiment de stress est majoritairement réparti chez les répondants entre « stressé » (36,9%) et « pas stressé » (20,4%). Seuls 13,3% de ceux-ci indiquent ne pas du tout être stressés. La plupart des participants ont une image corporelle correspondante à celle qu'ils souhaitent (44,4%). Pour ce qui est de la qualité de leur sommeil, il paraît que 45,8% d'entre eux ont une bonne qualité de sommeil, tandis que 15,6% ont une très mauvaise qualité de sommeil. Le plus grand nombre ne présentent pas de maladie ou de soucis de santé chroniques (74,7%). La plupart du public présente parfois des douleurs avec 37,3%, contre 12,9% qui en présentent très régulièrement. La perception de la santé physique de l'échantillon est en majorité bonne avec 43,1%, seuls 20% ont indiqué présenter une mauvaise santé physique. Tandis que la santé mentale des répondants est un peu plus mitigée avec 56,9% en bonne ou en très bonne santé mentale et 25,3% en mauvaise santé mentale. La moyenne du score santé de l'échantillon est de 19,17 avec un score minimum de 8 et maximum de 28.

Tableau 3 : Perception de la santé

<i>Perception de la santé</i>	<i>N = 225</i>
<i>Stress</i>	<i>Effectif ; Fréquence</i>
Très stressé	46 ; 20,4%
Stressé	83 ; 36,9%
Pas stressé	66 ; 29,3%
Pas du tout stressé	30 ; 13,3%
<i>Image corporelle</i>	<i>Effectif ; Fréquence</i>
Pas du tout correspondante	28 ; 12,4%
Non correspondante	53 ; 23,6%
Correspondante	100 ; 44,4%
Tout à fait correspondante	44 ; 19,6%
<i>Sommeil</i>	<i>Effectif ; Fréquence</i>
Très mauvaise qualité de sommeil	35 ; 15,6%
Mauvaise qualité de sommeil	62 ; 27,6%
Bonne qualité de sommeil	103 ; 45,8%
Très bonne qualité de sommeil	25 ; 11,1%
<i>Maladie</i>	<i>Effectif ; Fréquence</i>
Non	168 ; 74,7%
Oui, une maladie ou souci de santé chroniques	42 ; 18,7%

Oui, deux maladies ou soucis de santé chroniques	15 ; 6,7%
<i>Douleur</i>	<i>Effectif ; Fréquence</i>
Très régulièrement	42 ; 18,7%
Régulièrement	29 ; 12,9%
Parfois	84 ; 37,3%
Jamais	70 ; 31,1%
<i>Santé physique</i>	<i>Effectif ; Fréquence</i>
Très mauvaise	40 ; 17,8%
Mauvaise	45 ; 20%
Bonne	97 ; 43,1%
Très bonne	43 ; 19,1%
<i>Santé mentale</i>	<i>Effectif ; Fréquence</i>
Très mauvaise	40 ; 17,8%
Mauvaise	57 ; 25,3%
Bonne	86 ; 38,2%
Très bonne	42 ; 18,7%
<i>Score santé</i>	Moyenne : 19,17 Médiane : 14 (min = 8 ; max = 28) Écart type : 4,38

3.1.4 Littératie numérique en santé

La plupart des participants à l'enquête échangent moins d'une fois par semaine sur les réseaux sociaux en matière de santé (43,1%). Le choix des mots dans la recherche d'information en santé est assez facile pour 42,7% d'entre eux. Tandis que pour 20,4%, il est assez difficile de choisir les bons mots. Il est assez facile pour 37,3% des répondants de trouver de l'information en santé. Tandis que pour comprendre cette information, c'est assez facile pour 48% d'entre eux.

Pour le public cible, le jugement de la fiabilité des informations en santé trouvées suite à leur recherche est le plus souvent assez facile avec 38,7%, les résultats étant assez semblable pour la catégorie assez difficile (35,46%). Notons que la comparaison des informations se fait majoritairement « parfois » pour 34,3% des répondants.

Les participants estiment plus souvent assez facile de juger de la pertinence de l'information dans leur cas (42,2%). Tandis qu'il est assez difficile d'effectuer ce jugement pour 35,1%. L'échantillon utilise parfois les informations trouvées pour tenter de résoudre un problème de santé (40,9%). La plupart ont très difficile à partager leurs opinions ou bien à poser une question par écrit sur les réseaux sociaux en lien avec la santé (36,0%). L'échantillon présente un score en LNS moyen de 21,94 avec un score minimum de 9 et maximum de 32.

Tableau 4 : littératie numérique en santé

<i>Littératie numérique en santé</i>	<i>N = 137</i>
<i>Échanges en santé RS</i>	<i>Effectif ; Fréquence</i>
Jamais	70 ; 31,1%
Moins d'une fois par semaines	97 ; 43,1%
Plusieurs fois par semaines	39 ; 17,3%
Une fois par jour	16 ; 7,1%
Plus d'une fois par jour	3 ; 1,3%
<i>Choix des mots</i>	<i>Effectif ; Fréquence</i>
Très difficile	30 ; 13,3%
Assez difficile	48 ; 20,4%
Assez facile	96 ; 42,7%
Très facile	53 ; 23,6%
<i>Facilité de trouver l'information en santé</i>	<i>Effectif ; Fréquence</i>
Très difficile	47 ; 21,3%
Assez difficile	62 ; 27,6%
Assez facile	84 ; 37,3%
Très facile	31 ; 13,8%
<i>Compréhension info</i>	<i>Effectif ; Fréquence</i>
Très difficile	31 ; 13,8%
Assez difficile	51 ; 22,7%
Assez facile	108 ; 48%
Très facile	35 ; 15,6%
<i>Jugement de fiabilité de l'information</i>	<i>Effectif ; Fréquence</i>
Très difficile	36 ; 16,0%
Assez difficile	80 ; 35,6%
Assez facile	87 ; 38,7%
Très facile	22 ; 9,8%
<i>Comparaison info</i>	<i>Effectif ; Fréquence</i>
Jamais	28 ; 12,4%
Parfois	77 ; 34,2%
Souvent	71 ; 31,6%
A chaque fois	49 ; 21,8%
<i>Jugement de pertinence de l'information</i>	<i>Effectif ; Fréquence</i>
Très difficile	39 ; 17,3
Assez difficile	78 ; 34,7
Assez facile	95 ; 42,2
Très facile	13 ; 5,8%
<i>Utilisation information santé RS</i>	<i>Effectif ; Fréquence</i>
Jamais	44 ; 19,6%
Parfois	92 ; 40,9%
Souvent	45 ; 20,0%
A chaque fois	44 ; 19,6%
<i>Partage opinion en santé RS</i>	<i>Effectif ; Fréquence</i>
Très difficile	81 ; 36,0%
Assez difficile	49 ; 21,8%
Assez facile	53 ; 23,6%
Très facile	42 ; 18,7%
<i>Score LNS</i>	Moyenne : 21,94 Médiane : 16 (min = 9 ; max = 32) Écart type : 4,46

3.2 Comparaison des moyennes de santé perçue et LNS : Test T de Student

Afin de comparer les moyennes nous allons utiliser le test T de Student. Nous avons créé une variable de regroupement (X) à l'aide des variables binaires « consommation RS », « actifs RS », « contenu apprécié », « fiabilité RS » et « genre ». En effet, celles-ci seront utilisées pour tester la variable quantitative (Y) du score en santé perçue. Pour le score en LNS (Y), il sera testé avec les variables binaire (X) « genre », « consommation RS », « niveau d'étude », « actifs RS », « contenu apprécié » et « fiabilité RS ».

3.2.1 Le score santé perçue en fonction de la consommation RS :

Afin de comparer les moyennes des variables consommation RS et santé perçue, nous avons utilisé le test T pour les variances inégales. En effet, la condition d'application de la comparaison des moyennes (Test de Levene) n'est pas respectée étant donné que la p-valeur du test sur l'égalité des variances est inférieure au seuil de significativité fixé à 5% ($\alpha=0,05$). (Annexe 5.1).

La valeur du T est de -0,331 et la p-valeur est de 0,741 (tableau 5), elle n'est donc pas significative car supérieure au seuil de significativité (p-valeur > 0,05).

Nous ne pouvons pas rejeter l'hypothèse nulle, au seuil de 5%. Nous concluons qu'il n'existe pas de différence significative entre la consommation des réseaux sociaux et la santé perçue.

3.2.2 Le score santé perçue en fonction d'actifs RS :

La p-valeur du Test de Levene est supérieur au seuil de significativité de 5%, nous pouvons donc utiliser le test t pour les variances égales. (Annexe 5.2)

Le test T pour l'égalité des moyennes est de 1,691 avec une p-valeur de 0,092 (tableau 5), cette dernière est donc supérieure au seuil de significativité (p-valeur > 0,05).

Au seuil de 5%, nous ne pouvons pas rejeter l'hypothèse nulle, nous concluons donc qu'il n'existe pas de différence significative entre les moyennes actifs RS et la santé perçue.

3.2.3 Le score santé perçue en fonction du contenu apprécié :

Nous avons une p-valeur supérieure au seuil de significativité fixé à 5% pour le test de Levene sur l'égalité des variances, nous utilisons donc le test t pour les variances égales. (Annexe 5.3)

Pour le test T nous avons une valeur de $-2,716$ et une p-valeur à $0,007$ (tableau 5) qui est inférieure au seuil de significativité. Nous pouvons donc rejeter l'hypothèse nulle, au seuil de 5%.

Nous concluons qu'il existe une différence de moyenne significative entre le contenu apprécié et le score en santé perçue. Le score en santé perçue des utilisateurs RS qui apprécient d'autres contenus que la santé est meilleur que de ceux qui consomment du contenu santé sur les RS.

3.2.4 Le score santé perçue en fonction de la fiabilité RS

La condition d'application de la comparaison des moyennes n'est pas respectée étant donné que la p-valeur est significativement inférieure au seuil de significativité. (Annexe 5.4) Nous utiliserons le test T pour les variances inégales.

La valeur du T est de $-3,616$ avec une p-valeur de $<0,001$ (tableau 5) qui est donc inférieure au seuil de significativité fixé à 5%.

Dés lors, nous pouvons rejeter l'hypothèse nulle, au seuil de 5%. Nous concluons qu'il existe une différence significative de moyenne entre le score en santé perçue et la fiabilité RS. La santé perçue est meilleure chez les répondants qui estiment que les RS sont une mauvaise source d'information.

3.2.5 Le score santé perçue en fonction du genre

Le test de Levene présente une p-valeur supérieure au seuil de significativité, nous pouvons utiliser le test T pour les variances égales. (Annexe 5.5)

Le test T a une valeur de $2,032$ et la p-valeur est de $0,43$, (tableau 5) cette dernière est supérieure au seuil de significativité.

Au seuil de 5%, nous ne pouvons rejeter l'hypothèse nulle et concluons qu'il n'existe pas de différence significative de moyenne entre le score en santé perçue et le genre.

Tableau 5 : Comparaison de moyennes pour le score de santé perçue (test T de student)

<i>Variable Y : Score de santé perçue</i>						
Variable X	<i>Moyenne</i>	<i>Écart type</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>Significativité bilatérale</i>	<i>Différence de moyenne</i>
Consommation RS			-0,331	182	0,741	-0,201
Peu	19,05	4,8				
beaucoup	19,25	4,07				
Actifs RS			1,691	223	0,092	1,469
Novice	20,45	4,28				
Expérimenté	18,98	4,38				
Contenu apprécié			-2,716	223	0,007	-1,614
Santé	18,16	3,95				
Autres	19,78	4,53				
Fiabilité RS			-3,616	147,61	<0,001	-2,229
Bonne source d'info	18,36	3,99				
Mauvaise source d'info	20,59	4,69				
Genre			2,032	223	0,43	1,214
Homme	19,91	4,61				
Femme	18,71	4,18				

3.2.6 Le score LNS en fonction du genre :

Nous avons commencé par le test sur l'égalité des variances qui a dévoilé une p-valeur supérieure au seuil de significativité fixé à 5%. Dès lors, nous avons utilisé le test T pour les variances égales. (Annexe 6.1)

Le T du test a une valeur de -2.289 et une p-valeur de 0,023 (tableau 6). Cette p-valeur est inférieure au seuil de significativité de 5%. Au seuil de 5%, nous pouvons rejeter l'hypothèse nulle et conclure qu'il existe une différence significative de moyenne entre le score en LNS et le genre. Les femmes présentent un meilleur score en LNS que les hommes.

3.2.7 Le score LNS en fonction de la consommation RS :

Le test sur l'égalité des variances montre une p-valeur supérieure au seuil de significativité fixé à 5%. Nous utilisons donc le test T pour les variances égales. (Annexe 6.2)

La valeur du T est de -0,577 et la p-valeur est de 0,564 (tableau 6), elle n'est donc pas significative car supérieure au seuil de significativité (p-valeur > 0,05). Nous ne pouvons pas rejeter l'hypothèse nulle, au seuil de 5%. Nous concluons qu'il n'existe pas de différence de moyenne significative de LNS entre les grands et petits consommateurs de RS.

3.2.8 Le score LNS en fonction du niveau d'étude

Avec une p-valeur inférieure au seuil de significativité, le test d'égalité des variances ne respecte pas la condition d'égalité ; nous utilisons donc le test T pour les variances inégales. (Annexe 6.3)

Avec une valeur du test T à -2,815 et une p-valeur à 0,023 (tableau 6) inférieure au seuil de significativité fixé à 5%, nous pouvons rejeter l'hypothèse nulle, au seuil de 5% et conclure qu'il existe une différence de moyenne significative entre le score en LNS et le niveau d'étude. Les diplômés du supérieur (supérieur haute école et universitaire) présentent un meilleur score en LNS que les diplômés du primaire et secondaire.

3.2.9 Le score LNS en fonction d'actifs RS

La p-valeur du test d'égalité des variances est supérieure au seuil de significativité fixé à 5%, nous étudierons le test T pour les variances égales. (Annexe 6.4)

Le test t pour l'égalité des moyennes est de -0,901, tandis que la p-valeur est de 0,368 (tableau 6). Cette p-valeur est supérieure au seuil de significativité de 5%. Nous ne pouvons donc pas rejeter l'hypothèses nulle, au seuil de significativité de 5%. Nous concluons qu'il n'existe pas de différence de moyenne significative entre le score en LNS et la variable actifs RS.

3.2.10 Le score LNS en fonction du contenu apprécié

Le test d'égalité des variances a montré une p-valeur supérieure au seuil de significativité fixé à 5%, nous utiliserons donc le test T pour les variances égales. (Annexe 6.5)

La valeur de t du test pour les égalités des moyennes est de -0,207. La p-valeur est de 0,836 (tableau 6), supérieure au seuil de significativité de 5%, nous ne pouvons pas rejeter l'hypothèse nulle. Nous concluons qu'il n'existe pas de différence significative de moyennes entre le score en LNS et le contenu apprécié sur les réseaux sociaux.

3.2.11 Le score LNS en fonction de la fiabilité RS

Étant donné que la p-valeur du test d'égalité des variances est supérieure au seuil de significativité fixé à 5%, nous utiliserons le test t pour les variances égales. (Annexe 6.6)

Le test t pour l'égalité des moyennes est de -1,562 avec une p-valeur de 0,120 (tableau 6), cette dernière est donc supérieure au seuil de significativité (p-valeur > 0,05). Au seuil de 5%, nous ne pouvons pas rejeter l'hypothèse nulle, nous concluons donc qu'il n'existe pas de différence significative entre les moyennes, du score en LNS et de la fiabilité des RS.

Tableau 6 : Comparaison de moyennes pour le score en LNS (test T de student)

Variable Y : Score en LNS						
Variable X	<i>Moyenne</i>	<i>Écart type</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>Significativité bilatérale</i>	<i>Différence de moyenne</i>
Genre			-2,289	223	0,023	-1,386
	Homme	21,08	4,88			
	Femme	22,47	4,1			
Consommation RS			-0,577	223	0,564	-0,348
	Peu	21,74	4,4			
	beaucoup	22,08	4,52			
Niveau d'étude			-2,346	44,55	0,23	-2,222
	Inférieur	20,08	5,46			
	Supérieur	22,3	4,15			
Actifs RS			-0,901	223	0,368	-0,799
	Novice	21,24	4,52			

Expérimenté	22,04	4,45			
Contenu apprécié			-0,207	223	0,839
Santé	21,86	4,5			-0,127
Autres	21,99	4,45			
Fiabilité RS			-1,562	223	0,120
Bonne source d'info	21,6	4,49			-0,961
Mauvaise source d'info	22,55	4,37			

3.3 Comparaison de moyenne en LNS : Test Anova I

Dans ce point, nous allons comparer les moyennes du score en LNS et du statut professionnel, cette dernière étant une variable non binaire, nous utiliserons donc le test d'Anova I. Pour ce faire, nous avons réalisé au préalable des analyses descriptives qui sont présentées en annexe 7.

Le test d'homogénéité des variances, n'est pas respecté ($p\text{-valeur} > 0,05$). En effet, la $p\text{-valeur}$ du test de Levene est de 0,025. Nous avons donc utilisé les tests robustes d'égalité des moyennes de Welch et de Brown-Forsythe. Tous deux présentant une $p\text{-valeur}$ non significative (voir tableau 7).

Au seuil de 5%, nous ne pouvons donc pas rejeter l'hypothèse nulle. Nous concluons qu'il n'existe pas de différence significative entre le score en LNS et le statut professionnel.

Tableau 7 : Comparaison de moyennes pour le score en LNS (test Anova I)

<i>Variable Y : Score en LNS</i>		
Variable X : statut professionnel	<i>F</i>	<i>Significativité</i>
Anova I	1,758	0,097
Welch	1,705	0,134
Brown-forsythe	1,391	0,234

3.4 Corrélation et régression linéaire simple.

Dans ce point, nous souhaitons analyser la variabilité des scores en santé perçue et en LNS en fonction de l'intensité d'exposition aux réseaux sociaux ainsi qu'en fonction de l'intensité de la recherche de renseignements santé sur les RS. Nous utiliserons les scores comme variables dépendantes à expliquer et les intensités comme variables indépendantes explicatives. Nous analyserons également la santé perçue en fonction de la LNS. Pour chaque analyse, nous avons réalisé des analyses descriptives des variables afin de vérifier les conditions d'applications par un histogramme, un tracé de régression et un nuage de points. Tous trois sont présentés en annexe 9.

3.4.1 Intensité exposition RS et score santé perçue

Nous avons analysé la corrélation entre les deux variables à l'aide du coefficient de Pearson (annexe 9.1.3). Celui-ci est de $-0,227$ et est significatif à $<0,001$, ce qui traduit une faible relation négative entre l'intensité d'exposition au RS et la santé perçue. Nous pouvons dès lors rejeter l'hypothèse nulle et conclure au seuil de 5% qu'il existe une association négative entre l'intensité d'exposition RS et le score en santé perçue.

Afin d'interpréter le modèle de régression linéaire simple comprenant l'intensité exposition RS et le score en santé perçue, nous utilisons le coefficient de détermination : R^2 qui est égale à 0,052 (Annexe 9.1.4). Ce qui veut dire que 5,2% de la variabilité du score santé perçue est expliqué par l'intensité d'exposition aux RS. Nous pouvons souligner qu'une grande partie de la variance n'est pas expliquée par le modèle (94,8%). La valeur de F est de 12,15 (annexe 9.1.4) avec une p-valeur significative de $<0,001$ (p-valeur $< 0,05$). Le modèle comportant la variable intensité exposition RS comme prédicteur du score en santé perçue est pertinent dans la population.

L'intercept (β_0) et la pente (b) ont une valeur respective de 21,137 et $-0,639$. Leurs p-valeurs sont toutes deux de $<0,001$. Les intervalles de confiance (IC) de 95 % n'incluent pas 0 (IC $\beta_0 = [19,891 \text{ à } 22,384]$ et $b = [-1 \text{ à } -0,278]$) (annexe 9.1.4). Les coefficients de l'intercept et de la pente sont significativement non nuls. La pente de la droite est négative, ce qui veut dire que plus l'intensité d'exposition aux RS est grande plus le score en santé perçue diminue. Nous pouvons dès lors, rejeter l'hypothèse nulle et accepter l'hypothèse alternative au seuil de 5%

qu'il existe une association négative faible entre l'intensité d'exposition RS et le score en santé perçue.

3.4.2 Intensité exposition RS et score LNS

Afin d'analyser la corrélation entre l'intensité d'exposition RS et le score en LNS, nous avons analysé le coefficient de Pearson (annexe 9.2.3). Celui-ci est de 0,183 avec une p-valeur de 0,006, inférieure au seuil de significativité fixé à 5%. L'hypothèse nulle est donc rejetée et nous pouvons conclure au seuil de 5% qu'il existe une faible association positive entre l'intensité d'exposition RS et le score en LNS. Nous passons alors à la régression linéaire simple.

Le coefficient de détermination R^2 est égal à 0,034, Une faible partie de la variabilité du score en LNS est expliqué par l'intensité exposition RS (3,4%). La valeur de F est de 7,742 et est significative au seuil de 5% avec une p-valeur de 0,006 (annexe 9.2.4). La variable intensité exposition RS est donc un prédicteur pertinent dans ce modèle.

L'intercept (β_0) vaut 20,325 et la pente (b) 0,524, leurs p-valeur valent respectivement $< 0,001$ et 0,006, tandis que leurs IC n'incluent pas 0 (IC $\beta_0 = [19,046 \text{ à } 21,605]$ et $b = [0,153 \text{ à } 0,894]$ (annexe 9.2.4). Les coefficients de l'intercept et de la pente sont significativement non nuls. La pente de la droite est positive, plus grande est l'intensité exposition RS plus grand est le score en LNS. Nous pouvons dès lors rejeter l'hypothèse nulle et accepter l'hypothèse alternative au seuil de 5% qu'il existe une association positive faible entre l'intensité d'exposition RS et le score en LNS.

3.4.3 Intensité renseignement santé RS et score santé perçue

Nous avons réalisé le test de corrélation au moyen du coefficient de Pearson (annexe 9.3.3), celui-ci ayant une valeur négative de -0,311 et une p-valeur significative $< 0,001$. Nous pouvons rejeter l'hypothèse nulle au seuil de 5% et conclure qu'il existe une association négative entre l'intensité renseignement santé RS et le score santé perçue.

Afin d'interpréter le modèle de régression linéaire, nous utilisons le coefficient de détermination R^2 vaut 0,096. La variabilité du score en santé perçue est expliquée par l'intensité renseignement santé RS à hauteur de 9,6%. La valeur de F est de 23,812 et est significative au

seuil de 5% avec un p-valeur de inférieur à 0,001 (annexe 9.3.4). La variable intensité renseignement santé RS est un prédicteur pertinent dans ce modèle.

Les coefficients de l'intercept et de la pente sont significativement non nuls. En effet, l'intercept (β_0) vaut 22,389 et la pente (b) -0,407, leurs p-valeur sont toutes deux inférieures à 0,001. Tandis que leur IC n'incluent pas 0 (IC β_0 = [20,978 à 23,801] et b = [-0,572 à -0,243]) (annexe 9.3.4). La pente de la droite est négative, plus grande est l'intensité renseignement RS plus le score en santé perçue diminue. Nous rejetons donc l'hypothèse nulle et acceptons l'hypothèse alternative au seuil de 5% qu'il existe une association négative entre l'intensité renseignement santé RS et le score en santé perçue. Nous pouvons dès lors rejeter l'hypothèse nulle et accepter l'hypothèse alternative au seuil de 5% qu'il existe une association négative faible entre l'intensité d'exposition RS et le score en santé perçue.

3.4.4 Intensité renseignement santé RS et score LNS

L'analyse de la corrélation à l'aide du coefficient de Pearson montre une association significative. En effet, le coefficient de Pearson a une valeur de -0,195 et une p-valeur 0,003 (Annexe 9.4.3). Nous pouvons donc rejeter l'hypothèse nulle et conclure au seuil de 5% qu'il existe une association négative entre l'intensité renseignement santé et score en LNS.

Dès lors, il paraît pertinent d'analyser la régression linéaire. Pour ce faire nous utilisons le coefficient de détermination R^2 qui a une valeur de 0,038. Ceci implique que 3,8% de la variabilité du modèle est expliquée par la variable intensité renseignement santé RS. La valeur de F est de 8,859 avec une p-valeur significative au seuil de 5% de 0,003 (Annexe 9.4.4). La variable intensité renseignement santé RS est un prédicteur pertinent dans ce modèle.

L'intercept (β_0) et la pente (b) -0,407 valent respectivement 22,998 et 0,261, tandis que la p-valeur de β_0 est inférieure à 0,001 et celle de b vaut 0,003. Leurs intervalles de confiances n'incluent pas 0 (IC β_0 = [22,518 à 25,479] et b = [-0,433 à -0,088]) (Annexe 9.4.4). La pente de la droite est négative, plus grande est l'intensité renseignement RS, plus le score en LNS diminue. Nous pouvons donc rejeter l'hypothèse nulle et accepter l'hypothèse alternative au seuil de 5% qu'il existe une association négative faible entre l'intensité d'exposition RS et le score en santé en LNS.

3.4.5 Intensité score LNS et score en santé perçue

Le coefficient de Pearson nous permet de tester la corrélation entre les deux variables score LNS et santé perçue. La valeur du coefficient est de -0,13 avec une p-valeur non significative de 0,842 (annexe 9.5). Au seuil de 5%, nous ne pouvons donc pas rejeter l'hypothèse nulle et conclure qu'il n'existe pas d'association significative. Dès lors, nous ne poursuivrons pas par la régression linéaire simple.

4 Discussion

Par le biais de ce travail, nous voulions mesurer les possibles relations entre la consommation des réseaux sociaux et la santé perçue et la littératie numérique en santé des utilisateurs entre 18 et 39 ans. Pour ce faire, nous avons posé une série d'hypothèse pour tester l'association entre différentes variables et ainsi analyser les relations de la consommation des réseaux sociaux sur le score en santé perçue et le score en LNS. Nous allons maintenant discuter les différents résultats obtenus au travers de notre travail.

4.1 Hypothèses de différences de moyennes

Tout d'abord nous pouvons souligner que l'association entre la fréquence de la consommation des réseaux sociaux et le score en santé perçue n'est pas significative. Dès lors, une plus grande consommation des réseaux sociaux n'impacterait pas la perception de la santé des consommateurs et inversement. Au contraire de ce qui a pu être souligné en introduction, notamment par l'étude de Hunt M. relayé par la revue RTBF psychologie (Afp, 2019) qui a identifié un lien négatif entre la santé mentale et une plus longue utilisation des réseaux sociaux. Cependant, même si le temps passé sur les réseaux sociaux est une variable de la consommation de ceux-ci, elle n'est pas la seule. En effet, le contenu auquel les utilisateurs sont exposés pourrait également influencer leurs santé perçue. De fait, une différence de moyenne significative a été identifiée, telle que les utilisateurs des RS appréciant d'autres contenus que celui en santé ont un meilleur score en santé perçue que les utilisateurs consommant volontiers du contenu en santé. Cela pourrait s'expliquer par une demande plus grande en contenu santé chez des personnes ayant une mauvaise perception de leur santé souhaitant ainsi l'améliorer par la consommation de contenu en santé. Cependant, la pertinence des informations trouvées sur les réseaux sociaux est également une variable pouvant affecter la perception de la santé des utilisateurs des RS. Assurément, car une significativité au niveau de l'estimation de la fiabilité

des RS et le score en santé perçue a également été relevée. En effet les répondants qui considèrent les RS comme étant une mauvaise source d'information ont un score en santé perçue meilleur que ceux qui les considèrent comme étant une bonne source d'information. Le regard critique envers les informations présentes sur réseaux sociaux est un aspect important dans l'analyse de l'impact de ceux-ci sur la santé. Toute information partagée n'est pas forcément bonne à prendre, une personne estimant les RS comme étant une mauvaise source d'information aurait sûrement tendance à se méfier et à exercer son sens critique afin de confirmer ou infirmer l'information. Au contraire d'une personne qui considère les RS comme une bonne source d'information, qui ferait plus facilement confiance en l'information. Cependant, si cette information est une infox, les effets peuvent être dangereux sur la santé du consommateur. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a publié un communiqué de presse en 2022 dans le cadre de la pandémie Covid-19 et du flux d'information qui l'a accompagné. L'OMS explique que les réseaux sociaux sont vecteurs d'infox qui a pour effet : « une intensification de l'interprétation erronée des connaissances scientifiques, une polarisation de l'opinion, l'escalade de la peur et de la panique ou un accès moins fréquent aux services de santé ». Mais également que les informations non fiables favorisent les traitements expérimentaux. Notons que ceux-ci peuvent avoir des effets indésirables mais surtout ne pas régler le problème de santé initiale. Cependant, l'OMS identifie également des effets positifs pouvant améliorer les connaissances, apporter un meilleur respect des recommandations mais aussi des comportements plus positifs en santé.

Notons qu'un léger écart de score en santé perçue entre les hommes et les femmes a été relevé. Le score est de 19,91 sur 28 pour les hommes et de 18,71 sur 28 pour les femmes (voir tableau 5). De plus, une étude de sciensano (Tafforeau et al., 2019) sur la santé perçue en Belgique datant de 2018 révèle une légère différence de bonne perception de la santé, celle-ci étant plus élevée chez l'homme (78,7%) que chez la femme (76,2%). Bien que cet écart soit présent, nous ne relevons pas d'association significative entre le genre et le score en santé perçue. Concernant, l'ancienneté sur les réseaux sociaux, elle paraît être également une variable qui n'impacte pas le score en santé perçue des utilisateurs.

Ensuite, la durée d'exposition aux réseaux sociaux ne semble pas accroître le développement de la LNS ou même la détériorer. En effet, nous pouvons relever que l'association entre une plus grande consommation des RS et le score en littératie numérique en santé n'est pas significative. L'étendue de l'ancienneté sur les réseaux sociaux ne montre également pas d'effet sur le score en littératie numérique. De même pour l'exposition à du contenu en santé qui n'a

pas d'effet sur la LNS des consommateurs de réseaux sociaux. Dès lors, la littératie numérique en santé ne semble pas être affectée par les variables des réseaux sociaux utilisés dans ce mémoire, mais nous avons identifié d'autres variables pouvant influencer la LNS.

De fait, nous avons relevé une différence de moyenne significative, en ce qui concerne le score en LNS et le genre. En effet, les femmes ont un score en LNS meilleur que celui des hommes, ce qui peut être partiellement expliqué par la différence de niveau d'étude entre les hommes et les femmes. En effet, selon Statbel (2023) les personnes diplômées de l'enseignement supérieur sont majoritairement représentées par des femmes avec 60,6% contre 45,5% pour les hommes. Ce qui peut traduire une meilleure compréhension de l'information ainsi qu'un meilleur regard critique. Nous n'avons pas relevé de significativité entre le statut professionnel et le score en LNS, mais il est important de souligner que l'échantillon de répondants est majoritairement employés (40%) suivi par les étudiants (20,4%) avec un niveau d'éducation supérieur de haute école ou universitaire. De plus, les personnes ayant un niveau d'étude plus élevé (supérieur haute école et universitaire) ont un meilleur score en LNS que ceux ayant un niveau d'étude inférieur (primaires et secondaires). Car une différence de moyenne significative entre le niveau d'étude et le score en LNS a été constaté. Ce point peut être expliqué par le niveau d'étude majoritairement supérieur universitaire ou non (83,2%) des répondants au questionnaire de ce mémoire, entraînant une meilleure compréhension de l'information ainsi qu'une analyse critique plus développée, de même que pour les compétences numériques. Concernant la fiabilité des RS chez les répondants, aucune significativité n'a été relevée. Le score en LNS n'est donc pas différent chez un utilisateur qui estime que les RS sont une mauvaise source d'information ou chez un utilisateur qui pense que ceux-ci sont une bonne source d'information.

4.2 Hypothèses de comparaison et régression linéaire simple

Le cumul des réseaux sociaux multiplie l'intensité d'exposition aux différents contenus des RS est associé à un score en santé perçue plus faible. En effet, plus les utilisateurs sont inscrits sur différents RS, plus leur santé perçue est faible. Par contre, ce cumul de RS est associé positivement au score en LNS, c'est-à-dire que les utilisateurs présentant plus d'inscriptions sur différents RS auront un score en LNS plus élevé que les utilisateurs présentant moins d'inscriptions sur les RS. Le premier point peut être expliqué par le fait que plus un utilisateur est inscrit sur de nombreux réseaux sociaux, plus il est exposé à du contenu pouvant influencer la perception de sa santé. Ensuite, nous pouvons questionner l'association positive entre le nombre d'inscriptions et le score en LNS des utilisateurs. Il est peut-être plus facile d'exercer

un regard critique face à l'information si celle-ci peut être comparée via plusieurs sources. Dans ce cas, plus l'utilisateur est inscrit sur des RS différents, plus il multiplie les sources d'information et peut ainsi les comparer afin de juger de leur fiabilité.

Ensuite, il est intéressant de souligner l'effet négatif d'une plus grande intensité de recherche de renseignements en santé des RS aussi bien sur la santé perçue que sur la littératie numérique en santé. Cette recherche, par les utilisateurs, de renseignements en santé entraîne une plus grande exposition au contenu en santé. Nous pouvons également lier ce point aux fameuses fake news, infox ou encore à la désinformation qui sont très présentes sur les réseaux sociaux. Ils peuvent induire des comportements en santé à risque chez le consommateur de RS qui peut associer un état de santé à une maladie sans diagnostic médical entraînant ainsi chez l'utilisateur une mauvaise perception de sa santé. Enfin, aucune corrélation significative n'a été relevée entre le score en santé perçue et le score en LNS.

4.3 Limites

La première limite identifiée dans ce travail est la méthode d'échantillonnage par boule de neige. En effet, celle-ci a récolté une population d'étude non représentative de la population générale, car peu hétéroclite : les répondants étaient principalement issus du même milieu socio-économique. De fait, le niveau d'étude en est un bon exemple, comme nous l'avons relevé plus haut, la majorité des répondants a un niveau d'étude supérieur (83,2%). Cependant, selon Statbel, en 2016 il y avait seulement 29,9% des Belges diplômés de l'enseignement supérieur. De plus, les femmes (61,8%) sont plus représentées que les hommes (38,2%), même si c'est le cas dans la population belge, une différence de proportion est tout de même à noter. En 2020 la Belgique comptait 51% de femmes et 49% d'hommes (Statbel, 2020).

Secondement, nous pouvons également supposer que la majorité des répondants provient du milieu de la santé, via le partage du questionnaire auprès des étudiants du master en santé publique de l'UCL. La thématique abordée en lien avec la santé peut également être plus attirante pour un public sensibilisé à celle-ci. Étant donné que l'échantillonnage n'est pas représentatif de la population générale de jeunes adultes consommateurs de réseaux sociaux, nous pouvons difficilement transférer ces résultats.

Ensuite, le questionnaire étant autoadministré par le répondant, il est possible que les réponses ne reflètent pas totalement la réalité. Le biais de désirabilité sociale est à considérer, celui-ci est défini par Hays et al., (1989), comme étant la tendance que les individus ont à se présenter de

manière positive. Les répondants ont pu de manière consciente ou inconsciente sous-estimer ou surestimer leurs réponses, la validité de celles-ci pourrait donc être affectée par ce biais.

De plus, ce mémoire s'intéresse à l'impact des réseaux sociaux sur les consommateurs. Cependant le dispositif d'observation qui est une étude transversale ne nous permet pas d'établir une relation causale.

5 Conclusions et perspectives

Ce travail avait pour but l'analyse de la relation entre la consommation des réseaux sociaux sur la santé perçue et la littératie numérique en santé des jeunes adultes entre 18 et 39 ans. Plus précisément, nous voulions répondre à la question de recherche suivante : " Existe-il une relation entre, d'une part la santé perçue ainsi que la littératie numérique en santé des jeunes adultes entre 18 et 39 ans et, d'autre part, leurs consommations de contenu santé sur les réseaux sociaux ? ". Bien que les résultats montrent quelques significativités, ils ne semblent pas démontrer l'existence d'une relation significative entre consommation des RS et santé perçue et score en LNS. Néanmoins, les réseaux sociaux sont un possible facteur d'influence de la perception de la santé et de la littératie numérique en santé des jeunes adultes.

En effet, ce mémoire a identifié un lien entre la perception de la santé des jeunes adultes consommateurs de réseaux sociaux et le contenu apprécié sur les réseaux. De plus, ce lien semble négatif, entraînant une baisse du score en santé perçue chez les consommateurs de contenu santé. La fiabilité des réseaux sociaux impacte également la perception de la santé du public cible. En effet, un lien négatif a été identifié ; un utilisateur considérant les RS comme étant fiable voit son score en santé perçue plus faible qu'un utilisateur les considérant comme non fiable. En outre, plus un utilisateur est exposé à une diversité de réseaux sociaux, plus sa perception de sa santé se verra altérée. Il a également été relevé que plus un utilisateur recherche des renseignements en santé sur les réseaux sociaux, plus le score en santé aura tendance à diminuer

La littératie numérique en santé se voit influencée par le genre et par le niveau d'étude. Les femmes ayant un meilleur score en littératie numérique que les hommes. Les diplômés du supérieur haute école ou universitaire voient également une différence de score en LNS par rapport aux diplômés du secondaire ou primaire. En effet, les études supérieures sont associées

à un meilleur score. Le cumul d'inscription sur les RS impact positivement le score en LNS, tandis que l'intensité de recherche de renseignement en santé sur les RS impacte négativement la LNS des consommateurs.

Pour finir, nous avons identifié quelques pistes en vues de recherches futures qui pourraient prendre la forme d'une étude qualitative avec des entretiens semi-dirigés. Cela pourrait élargir les questions et amener une meilleure perception de la finesse des réponses.

Nous avons remarqué à travers notre revue de la littérature que les effets des réseaux sociaux sur la santé sont le plus souvent mesurés dans le domaine de la santé mentale. Cela montre la pertinence d'investiguer davantage la sphère de la santé physique.

Nous pensons qu'il serait intéressant de pouvoir transférer ces résultats à la population belge, dès lors une étude semblable avec un échantillonnage représentatif de la population générale serait nécessaire.

6 Bibliographie

- Afp, R. T. A. (2019). Une nouvelle étude prouve l'effet néfaste des réseaux sociaux sur notre bien-être. *RTBF*. <https://www.rtb.be/article/une-nouvelle-etude-prouve-l-effet-nefaste-des-reseaux-sociaux-sur-notre-bien-etre-10068730>
- Bachmann, A., Gasser, K., Villard Risse, I., Foppa, A., & Hofmanner, I. (2019). Compétences en matière de cybersanté. *e-health suisse*. Consulté le 1 novembre 2022, à l'adresse https://www.e-health-suisse.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/2019/F/190520_eHealth_Literacy_Endbericht_def_f_.pdf
- Baumeister, R. E., & Tice, D. M. (1986). Four Selves, Two Motives, and a Substitute Process Self-Regulation Model. *Public Self and Private Self*, 63-74. https://doi.org/10.1007/978-1-4613-9564-5_3
- Broca, S., & Koster, R. (2011). Les réseaux sociaux de santé. Communauté et co-construction de savoirs profanes. *Les cahiers du numérique*, 7(2), 103-116. <https://doi.org/10.3166/lcn.7.2.103-116>
- Cohen, R., Newton-John, T., & Slater, A. (2017). The relationship between Facebook and Instagram appearance-focused activities and body image concerns in young women. *Body Image*, 23, 183-187. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.10.002>
- Cultural Capital in Health Promotion. (2007). *Health and Modernity*, 43-73. https://doi.org/10.1007/978-0-387-37759-9_5
- Directorate-General for Communication (European Commission). (2020, août 5). Media use in the European Union : report. *publications office of the European Union*. Consulté le 12 octobre 2022, à l'adresse <https://data.europa.eu/doi/10.2775/80086>
- Doctissimo. (s. d.). *Santé et bien être avec Doctissimo*. Doctissimo. <https://www.doctissimo.fr/>

- Échantillonnage non probabiliste*. (2021, 2 septembre). statistique canada. Consulté le 1 mars 2023, à l'adresse <https://www150.statcan.gc.ca/n1/edu/power-pouvoir/ch13/nonprob/5214898-fra.htm>
- Essential YouTube Statistics*. (2022). DataReportal – Global Digital Insights. Consulté le 1 novembre 2022, à l'adresse <https://datareportal.com/essential-youtube-stats>
- Global Social Media Statistics*. (2022). DataReportal – Global Digital Insights. Consulté le 1 novembre 2022, à l'adresse <https://datareportal.com/social-media-users>
- Hays, R. D., Hayashi, T., & Stewart, A. L. (1989). A Five-Item Measure of Socially Desirable Response Set. *Educational and Psychological Measurement*, 49(3), 629-636.
<https://doi.org/10.1177/001316448904900315>
- Hidoussi, V. (2022). Beauté filtrée ; : sur les réseaux, le « syndrome Snapchat » menace la santé mentale. *Madame Figaro*. <https://madame.lefigaro.fr/beaute/syndrome-de-snapchat-les-marques-de-cosmetiques-alertent-sur-troubles-de-la-sante-mentale-causes-par-les-reseaux-sociaux-040222-210702>
- Hoechsmann, M., & DeWaard, H. (2015). Définir la politique de littératie numérique et la pratique dans le paysage de l'éducation canadienne. *HabiloMédias*.
<https://habilomedias.ca/sites/mediasmarts/files/publication-report/full/definir-litteratie-numerique.pdf>
- Hunt, M., Marx, R., Lipson, C., & Young, J. (2018). No More FOMO : Limiting Social Media Decreases Loneliness and Depression. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 37(10), 751-768. <https://doi.org/10.1521/jscp.2018.37.10.751>
- Journal des Femmes Santé - Actualités et magazine santé*. (s. d.).
<https://sante.journaldesfemmes.fr/>
- Kemp, S. (2021, 11 février). *More than half of the people on Earth now use social media*. DataReportal – Global Digital Insights. Consulté le 11 octobre 2022, à l'adresse

<https://datareportal.com/reports/more-than-half-the-world-now-uses-social-media?rq=social+media+>

Kemp, S. (2022, 15 février). *Digital 2022 : Belgium*. DataReportal – Global Digital Insights.

Consulté le 1 novembre 2022, à l'adresse <https://datareportal.com/reports/digital-2022-belgium?rq=belgium>

Kim, J., & Lee, J. E. R. (2011). The Facebook Paths to Happiness : Effects of the Number of Facebook Friends and Self-Presentation on Subjective Well-Being. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 14(6), 359-364.

<https://doi.org/10.1089/cyber.2010.0374>

Lamp, S. J., Cugle, A., Silverman, A. L., Thomas, M. T., Liss, M., & Erchull, M. J. (2019). Picture Perfect : The Relationship between Selfie Behaviors, Self-Objectification, and Depressive Symptoms. *Sex Roles*, 81(11-12), 704-712.

<https://doi.org/10.1007/s11199-019-01025-z>

Laranjo, L., Arguel, A., Neves, A. L., Gallagher, A. M., Kaplan, R., Mortimer, N., Mendes, G. A., & Lau, A. Y. S. (2014). The influence of social networking sites on health behavior change : a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 22(1), 243-256. <https://doi.org/10.1136/amiajnl-2014-002841>

Le Deuff, O. (2015, 3 novembre). La littératie digitale de santé : un domaine en émergence. *Archive ouverte HAL*. Consulté le 4 novembre 2022, à l'adresse <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01258315>

Les fake news en santé sont les plus partagées sur les réseaux sociaux. (s. d.). Observatoire de l'Information Santé. Consulté le 28 octobre 2022, à l'adresse <https://www.observatoiredelinfosante.com/fake-news/les-fake-news-en-sante-sont-les-plus-partagees-sur-les-reseaux-sociaux-132.htm>

- Littératie en santé*. (2022, 7 février). Vers une Belgique en bonne santé. Consulté le 2 novembre 2022, à l'adresse <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/determinants-de-sante/litteratie-en-sante>
- OMS. (2022, 1 septembre). Dans une nouvelle analyse, l'OMS constate que l'infodémie et la désinformation influencent négativement les comportements en matière de santé.
- OMS. <https://www.who.int/europe/fr/news/item/01-09-2022-infodemics-and-misinformation-negatively-affect-people-s-health-behaviours--new-who-review-finds>
- Osborn, C. (2011). The Mechanisms Linking Health Literacy to Behavior and Health Status. *American Journal of Health Behavior*, 35(1). <https://doi.org/10.5993/ajhb.35.1.11>
- PasseportSanté : Actualité Santé, Alimentation, Exercice, Gestion Du Stress*. (s. d.). <https://www.passeportsante.net/>. <https://www.passeportsante.net/>
- Petkovic, J., Duench, S., Trawin, J., Dewidar, O., Pardo Pardo, J., Simeon, R., DesMeules, M., Gagnon, D., Hatcher Roberts, J., Hossain, A., Pottie, K., Rader, T., Tugwell, P., Yoganathan, M., Presseau, J., & Welch, V. (2021). Behavioural interventions delivered through interactive social media for health behaviour change, health outcomes, and health equity in the adult population. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd012932.pub2>
- réseau social*. (s. d.). l'internaute. Consulté le 24 octobre 2022, à l'adresse <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/reseau-social/>
- Sedda, P., Botero, N., & Orellana, M. H. (2022). Influenceurs et influenceuses santé : les récits et les savoirs du corps sur les réseaux sociaux. *Études de communication*, 58, 7-24. <https://doi.org/10.4000/edc.14155>
- Sørensen, K. (2012, 25 janvier). *Health literacy and public health : A systematic review and integration of definitions and models - BMC Public Health*. BioMed Central. Consulté le 2 novembre 2022, à l'adresse <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80>

Statbel. (2016, 23 mars). *29,9 % de la population a un diplôme de l'enseignement supérieur.*

Statbel. <https://statbel.fgov.be/fr/nouvelles/299-de-la-population-un-diplome-de-lenseignement-superieur>

Statbel. (2020, 26 mai). *La Belgique comptait 11.492.641 habitants au 1er janvier 2020.*

statbel. <https://statbel.fgov.be/fr/nouvelles/la-belgique-comptait-11492641-habitants-au-1er-janvier-2020#:~:text=Au%201er%20janvier%202020%2C%20la,%2C%20hors%20registre%20d'attente>.

Statbel. (2023, 29 mars). *2022 confirme la hausse du niveau d'instruction des 30-34 ans.*

Statbel. <https://statbel.fgov.be/fr/themes/emploi-formation/formation-et-enseignement/niveau-dinstruction>

Statista. (2022, 21 juillet). *Proportion des utilisateurs de réseaux sociaux par âge en France 2020.* Consulté le 26 octobre 2022, à l'adresse

<https://fr.statista.com/statistiques/480837/utilisation-reseaux-sociaux-france-age/>

Tafforeau, J., Drieskens, S., Charafeddine, R., & Van der Heyden, johan. (2019, juillet).

Enquête de santé 2018 : Santé subjective. sciensano.be.

<https://www.sciensano.be/en/biblio/enquete-de-sante-2018-sante-subjective>

The Latest Facebook Statistics : Everything You Need to Know. (2022). DataReportal –

Global Digital Insights. Consulté le 1 novembre 2022, à l'adresse

<https://datareportal.com/essential-facebook-stats>

The Latest Instagram Statistics : Everything You Need to Know. (2022). DataReportal –

Global Digital Insights. Consulté le 1 novembre 2022, à l'adresse

<https://datareportal.com/essential-instagram-stats>

The Latest Snapchat Statistics : Everything You Need to Know — DataReportal – Global

Digital Insights. (s. d.). DataReportal – Global Digital Insights.

<https://datareportal.com/essential-snapchat-stats?rq=snapchat>

- The Latest TikTok Statistics : Everything You Need to Know.* (2020). DataReportal – Global Digital Insights. Consulté le 1 novembre 2022, à l'adresse <https://datareportal.com/essential-tiktok-stats>
- The Latest Twitter Statistics : Everything You Need to Know — DataReportal – Global Digital Insights.* (s. d.). DataReportal – Global Digital Insights. <https://datareportal.com/essential-twitter-stats?rq=statistics>
- Thomas, L., Briggs, P., Hart, A., & Kerrigan, F. (2017). Understanding social media and identity work in young people transitioning to university. *Computers in Human Behavior*, 76, 541-553. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2017.08.021>
- Van den Broucke, S. (2014). Health literacy : a critical concept for public health. *Archives of Public Health*, 72(1). <https://doi.org/10.1186/2049-3258-72-10>
- Van den Broucke, S. (2017). *La littératie en santé : un concept critique pour la santé publique*. DIAL.pr - BOREAL. Consulté le 1 novembre 2022, à l'adresse <https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal:188970>
- Van den Broucke, S., Levin-Zamir, D., Schaeffer, D., Pettersen, K., Guttersrud, Ø., & et. al. (2020). Digital health literacy in general populations – An international comparison. *European journal of public health*, 30(no.S5), V49. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa165.124>
- Vandenbosch, J., Van den Broucke, S., Vancorenland, S., Avalosse, H., Verniest, R., & Callens, M. (2016, 1 octobre). *Health literacy and the use of healthcare services in Belgium*. *Journal of Epidemiology & Community Health*. Consulté le 2 novembre 2022, à l'adresse <https://jech.bmj.com/content/70/10/1032>
- Vers une Belgique en bonne santé, . (2022, 7 février). *Health literacy*. For a Healthy Belgium. <https://www.healthybelgium.be/en/health-status/determinants-of-health/health-literacy>
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.

- Yang, C. C., & Bradford Brown, B. (2016). Online Self-Presentation on Facebook and Self Development During the College Transition. *Journal of Youth and Adolescence*, 45(2), 402-416. <https://doi.org/10.1007/s10964-015-0385-y>
- Yau, J. C., & Reich, S. M. (2019). “It’s Just a Lot of Work” : Adolescents’ Self-Presentation Norms and Practices on Facebook and Instagram. *Journal of Research on Adolescence*, 29(1), 196-209. <https://doi.org/10.1111/jora.12376>
- Zhao, S., Grasmuck, S., & Martin, J. (2008). Identity construction on Facebook : Digital empowerment in anchored relationships. *Computers in Human Behavior*, 24(5), 1816-1836. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2008.02.012>

