



HAL
open science

Impact de la littératie en santé sur la relation médecin-malade : revue de la littérature

Sabrina Douteau

► **To cite this version:**

Sabrina Douteau. Impact de la littératie en santé sur la relation médecin-malade : revue de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01205593

HAL Id: dumas-01205593

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01205593>

Submitted on 25 Sep 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2015

N°

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'état)

Par

DOUTEAU Sabrina

Née le 14/09/1981 à HARFLEUR (76)

Présentée et soutenue publiquement le 25 juin 2015

**Impact de la littérature en santé sur la relation
médecin-malade : revue de la littérature**

PRESIDENT DE JURY :	Monsieur le Professeur Hervé LEVESQUE
DIRECTEUR DE THESE :	Madame le Docteur Élisabeth MAUVIARD
MEMBRES DU JURY :	Monsieur le Professeur Bertrand MACE
	Madame le Professeur Véronique MERLE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2014 - 2015
U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Bruno BACHY (<i>surnombre</i>)	HCN	Chirurgie pédiatrique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART (<i>surnombre</i>)	HCN	Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité
Mr Guy BONMARCHAND (<i>surnombre</i>)	HCN	Réanimation médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr Jean-François CAILLARD (<i>surnombre</i>)	HCN	Médecine et santé au travail
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale

Mr Stéfan DARMONI communication	HCN	Informatique médicale et techniques de
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN (<i>surnombre</i>)	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC traumatologique	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>surnombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Philippe GRISE (<i>surnombre</i>)	HCN	Urologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Xavier LE LOET	HCN	Rhumatologie
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mr Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne

Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Bruno MIHOUT (<i>surnombre</i>)	HCN	Neurologie
Mr Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Jean-Marc PERON (<i>surnombre</i>)	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
Mr François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES reproduction	HCN	Biologie du développement et de la
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique

Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Stéphanie DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
Mr Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo Faciale

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mr Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB santé	Législation pharmaceutique et économie de la
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie

Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mr Jérémie MARTINET	Immunologie
----------------------------	-------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie
Mr François HALLOUARD	Galénique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mr Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mr Alain **MERCIER** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med) Inserm 905)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (phar)	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT (phar)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (phar)	Neurophysiologie
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (phar)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

REMERCIEMENTS

Mr le Professeur Hervé LEVESQUE,

Je vous remercie d'avoir accepté de présider ma thèse, j'en suis honorée et vous en suis profondément reconnaissante.

Mme le Docteur Élisabeth MAUVIARD,

Merci de m'avoir guidée tout au long de ce travail, vos conseils m'ont été précieux et vos encouragements m'ont permis de mener à bien cette thèse. Veuillez recevoir toute ma gratitude.

Mr le Professeur Bertrand MACE,

Merci à vous d'avoir accepté de faire partie de mon jury, veuillez recevoir toute ma reconnaissance et mon respect.

Mme le Professeur Véronique MERLE,

Merci à vous d'avoir accepté de juger mon travail, je vous en suis très reconnaissante et vous prie d'accepter toute mon estime.

Merci à mes parents, merci à vous de m'avoir permis d'entreprendre ces études et de m'avoir toujours soutenue durant toutes ces années, j'espère pouvoir être votre soutien désormais.

Merci à mon petit frère et à mes chères sœurs, ainsi que leurs moitiés, je vous aime tous.

Je tiens à remercier également du fond du cœur les personnes qui ont été présentes ces dernières années de galère, je ne vous oublie pas les ami(e)s.

TABLE DES MATIÈRES

Index.....	16
I. Introduction	17
II. Contexte.....	18
A. Le concept de littératie	18
B. La littératie en santé	21
C. L'exception française : La notion d'illettrisme	23
1. Définitions.....	23
2. Histoire de l'illettrisme.....	24
3. Prévalence.....	25
4. Causes de l'illettrisme.....	28
D. Évaluation internationale des niveaux de littératie des populations	30
1. Résultats globaux	31
2. Résultats en fonction des données démographiques	33
E. Littératie et impact sur la santé	35
F. Les différents tests validés pour évaluer le niveau de littératie	36
1. Le test REALM (Rapid Estimation of Adult Literacy in Medicine)	36
2. Le test TOFHLA (Test Of Functional health Literacy in Adults)	37
3. Le test NVS (Newest Vital Sign)	38
III. Méthode.....	39
A. Mots-clés	39
B. Équation de recherche	40

C. Critères d'exclusion	40
IV. Résultats.....	41
A. Communication médecin-malade à faible niveau de littératie : freins et moyens d'amélioration.....	41
1. Les freins	41
2. Les pistes possibles pour améliorer la communication.....	49
B. Communication médecin-malade à haut niveau de littératie.....	51
V. Discussion.....	53
A. Critique	53
1. Critique de la méthode.....	53
2. Critique des études sélectionnées.....	54
B. Discussion des résultats	57
VI. Conclusion.....	62
VII. Annexes.....	63
A. ANNEXE 1 (REALM).....	63
B. ANNEXE 2 (REALM-SF).....	65
C. ANNEXE 3 (REALM-R).....	66
D. ANNEXE 4 (NVS).....	68
E. ANNEXE 5 (tableau récapitulatif des articles sélectionnés)	70
VIII. Bibliographie	94

INDEX

ANLCI : Agence Nationale de Lutte Contre l'Illettrisme
ATD-Quart Monde : Agir Tous pour la Dignité Quart-Monde

BEP : Brevet d'Etudes Professionnelles

CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle
CE1 : Cours Elémentaire Première année
CM2 : Cours Moyen Deuxième année

FLE : Français Langue Etrangère

GPLI : Groupe Permanent de Lutte contre l'Illettrisme

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
IVQ : Information Vie Quotidienne

NVS : Newest Vital Sign

OCDE : Organisme de Coopération et de Développement Economique
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
OR : Odds-Ratio

PEICA : Programme pour l'Evaluation Internationale des Compétences des Adultes
PIAAC : Programme for the International Assessment Of Adult Competencies (idem PEICA)

RDV : Rendez Vous
REALM : Rapid Assessment of Adult Literacy in Medicine
RSA : Revenu de Solidarité Active

TOFHLA : Test Of Functional Health Literacy in Adults

ZUS : Zone Urbaine Sensible

I. INTRODUCTION

La communication médecin-malade est à la base d'une bonne prise en charge des patients et de la bonne conduite de la prévention et de la thérapeutique. Elle passe par le langage écrit, oral et corporel. Une communication efficace sous-entend que les divers participants utilisent un langage et un vocabulaire leur permettant de se comprendre. Or, il existe, dans tous les pays, une partie de la population dont les capacités en lecture/écriture sont faibles, perturbant leurs rapports à la société en général et au monde médical particulièrement. On parle d'illettrisme en France, le reste du monde utilise plus volontiers la notion de littératie. On peut définir brièvement la littératie en santé comme la capacité pour une personne de comprendre et utiliser des informations médicales dans l'objectif de gérer sa santé et de pouvoir communiquer avec les divers services de soins. De nombreuses études attestent que le faible niveau de littératie en santé d'une population est lié à une mortalité plus importante et à des coûts de santé accrus. Il est légitime de se poser la question suivante : quels sont les liens identifiés dans la littérature entre la littératie en santé et la relation médecin-malade ?

L'objectif de ce travail de thèse est donc, premièrement de recenser les différents impacts du niveau de littératie en santé des patients sur la communication médecin-malade, secondairement de repérer les diverses pistes proposées dans cette littérature pour améliorer la communication médecin-malade avec les patients ayant un faible niveau de littératie en santé.

II. CONTEXTE

A. LE CONCEPT DE LITTÉRATIE

Il existe de multiples définitions de la littératie, car le concept est complexe, englobe plus ou moins de compétences et est dynamique dans le temps.

Ainsi en France, on utilise très peu ce concept de littératie, auquel on préfère les termes d'illettrisme ou d'analphabétisme.

Les pays nord-américains (États-Unis et Canada principalement) se sont penchés dès les années 1990 sur le problème de la littératie et son impact sur la société. Les termes de *literacy* et *literacies* ont été utilisés initialement pour qualifier le niveau d'alphabétisation de la population et sa définition était restreinte aux compétences techniques de lecture et d'écriture. La définition a évolué au cours du temps, la littératie n'étant plus simplement limitée à une compétence technique mais intégrant aussi des compétences cognitives (compréhension et apprentissage) et socioprofessionnelles (communication dans la société, aptitude à gérer sa santé ou encore productivité professionnelle) (Fig.1).

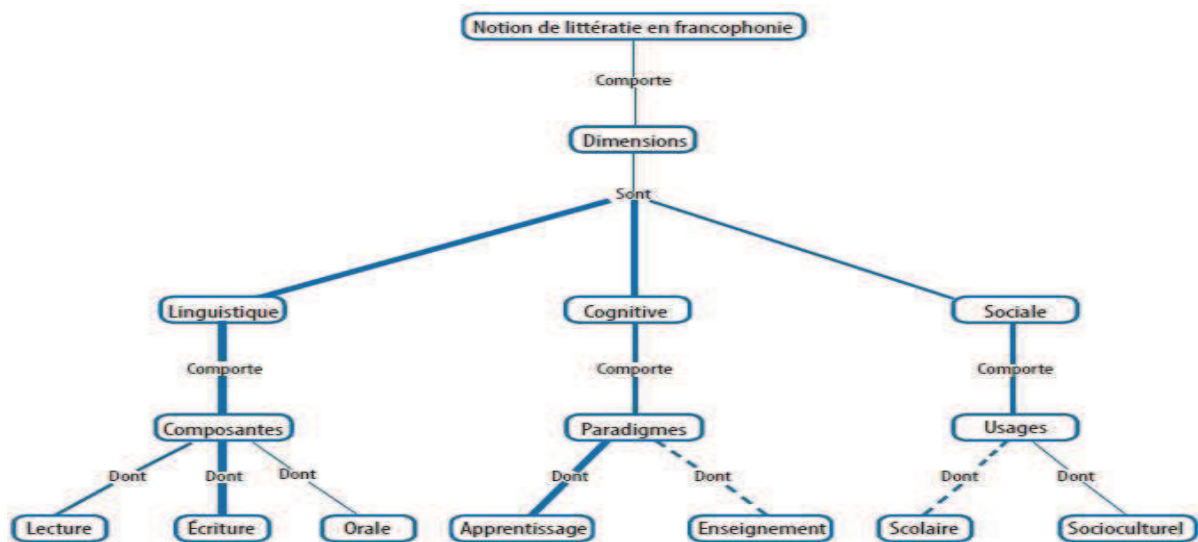


Figure 1 : Schéma des dimensions de l'analyse des définitions du concept de littératie (1)

Un Groupe d'experts canadiens sur la littératie en santé la définit comme « la capacité de comprendre et d'utiliser la lecture, l'écriture, la parole et d'autres moyens de communication pour participer à la société, atteindre ses objectifs personnels et donner sa pleine mesure »(2).

Pour l'Organisation de Coopération et de Développement Économique (OCDE)(3), la littératie est la « capacité à comprendre et à utiliser l'information contenue dans des textes écrits dans divers contextes pour atteindre des objectifs et pour développer des connaissances et des aptitudes. Il s'agit d'une exigence de base pour développer des compétences de plus haut niveau et pour atteindre des résultats positifs en termes économiques et sociaux. » Des études ont montré que la compréhension de l'écrit est étroitement liée à des résultats satisfaisants au travail, dans la vie sociale, et à l'apprentissage tout au long de la vie.

La littératie n'est pas de type binaire, elle se mesure le long d'un continuum entre l'analphabétisme basique (l'incapacité de lire-écrire) et la haute compétence dans les domaines de lecture et de compréhension. Dans son Programme pour l'évaluation des compétences des adultes, l'OCDE propose une échelle de mesure sur 500 points, divisée en 5 niveaux. La capacité en littératie d'un individu, mesurée par une note, se définit par le point auquel cet individu a 80% de chance de réussir un item du niveau auquel il appartient.

Ces cinq niveaux de littératie sont ainsi décrits par l'OCDE(4) :

Niveau 1 : *compétences très faibles.*

À ce niveau, une personne peut, par exemple, être incapable de déterminer correctement la dose de médicament à administrer à un enfant d'après le mode d'emploi indiqué sur l'emballage.

Niveau 2 : *lecture de textes simples, explicites, correspondant à des tâches peu complexes.*

À ce niveau, une personne peut avoir acquis des compétences suffisantes pour répondre aux exigences quotidiennes de la vie mais, à cause de son faible niveau de compétences, il lui est difficile de faire face à des défis comme l'assimilation de nouvelles compétences professionnelles.

Niveau 3 : *minimum convenable pour composer avec les exigences de la vie quotidienne et du travail dans une société complexe et évoluée.*

Il dénote à peu près le niveau de compétences nécessaire pour obtenir un diplôme d'études secondaires et accéder aux études supérieures.

Niveaux 4 et 5 : *compétences supérieures.*

À ces niveaux, une personne peut traiter de l'information complexe et exigeante.

B. LA LITTÉRATIE EN SANTÉ

Le concept de littératie a évolué au cours des décennies. De la simple capacité technique à lire-écrire, la définition de la littératie englobe désormais les notions d'apprentissage et de compétences cognitives, de communication avec la société et d'accomplissement dans la vie personnelle.

Dans son rapport avec la société, la notion de littératie se décline ainsi selon les domaines d'étude : on parle de littératies multiples (littératie financière, littératie juridique, littératie scolaire, littératie politique, littératie en santé...).

En 1998, l'OMS définit la littératie en santé comme « Les aptitudes cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité des individus à obtenir, comprendre et utiliser des informations d'une façon qui favorise et maintienne une

bonne santé ». Or cette définition ne prend pas en compte les relations des usagers avec le système de soins et le fait que, pour comprendre les informations médicales, il faut qu'elles soient données de façon intelligible par les différents acteurs de santé.

Ainsi, l'Association Canadienne de Santé Publique a proposé cette définition(2) :

La littératie en santé est la capacité pour un individu «de trouver, de comprendre, d'évaluer et de communiquer l'information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé dans divers milieux au cours de la vie».

Pour différencier les différents niveaux de capacités de littératie en santé, Nutbeam (5) a proposé en 2000 une classification, actuellement toujours utilisée par les équipes de recherche sur la littératie :

- La littératie en santé FONCTIONNELLE : compétences de base en lecture et écriture, permettant d'utiliser les supports de santé (comme lire une prescription, une notice de médicament, prendre un RDV ou s'orienter dans un hôpital)
- La littératie en santé COMMUNICATIVE : compétences cognitives et en littératie plus avancées, permettant de participer activement à sa santé, de savoir extraire des informations et leurs différentes significations applicables de diverses sources et d'utiliser ces nouvelles informations dans des contextes variables
- La littératie en santé CRITIQUE : capacités cognitives avancées qui, associées à des compétences sociales, permettent d'évaluer de façon critique la qualité des informations et d'utiliser ces informations pour exercer un meilleur contrôle sur la santé

Ainsi, la littératie en santé ne se borne pas à la capacité du savoir-lire et du savoir-écrire. C'est la faculté de comprendre les conseils et prescriptions de santé, de rechercher des informations médicales, de poser des questions et se poser des questions, d'interagir avec le système de soins pour agir sur sa santé.

Un niveau insuffisant de littératie en santé peut avoir de lourdes conséquences : ne pas se renseigner sur un problème de santé, ne pas chercher de réponses à ses questions, ne pas consulter à temps et prendre de mauvaises décisions.

C. L'EXCEPTION FRANÇAISE : LA NOTION D'ILLETTRISME

1. DÉFINITIONS

a) Définitions de l'ANLCI

L'Agence Nationale de Lutte Contre l'Illettrisme (ANLCI) (6) propose ces définitions :

- L'illettrisme correspond à « des personnes qui, après avoir été scolarisées en France, n'ont pas acquis une maîtrise suffisante de la lecture, de l'écriture, du calcul, des compétences de base, pour être autonomes dans les situations simples de la vie courante. Il s'agit pour elles de réapprendre, de renouer avec la culture de l'écrit, avec les formations de base, dans le cadre de la politique de lutte contre l'illettrisme. »
- L'analphabétisme, en revanche, désigne « des personnes qui n'ont jamais été scolarisées. Il s'agit pour elles d'entrer dans un premier niveau d'apprentissage. »

- Quant au Français Langue Étrangère (FLE), il correspond aux « nouveaux arrivants dans notre pays, dont ils ne parlent pas la langue. Il s'agit pour eux d'apprendre la langue du pays où ils résident. »

Ces définitions permettent donc d'identifier des situations bien distinctes, relevant de stratégies politiques et sociales différentes :

- Un adulte ayant été scolarisé en France et qui a perdu ou mal acquis la maîtrise de la lecture, de l'écriture et du calcul devra renforcer ou réapprendre les compétences de base, c'est la lutte contre l'illettrisme
- Un adulte n'ayant jamais été scolarisé devra tout apprendre, c'est l'alphabétisation
- Un adulte ayant été scolarisé dans son pays d'origine et arrivant en France devra apprendre la langue locale, c'est le Français Langue Étrangère dispensé dans le cadre de la politique linguistique d'intégration des migrants

2. HISTOIRE DE L'ILLETTRISME

Jusqu'aux années 1980, l'analphabétisme est considéré comme un phénomène marginal, ne touchant que la population immigrée et n'ayant jamais été scolarisée ou scolarisée hors de France.

Le terme « illettrisme » est un néologisme apparu en 1978 dans un rapport sur la pauvreté du mouvement ATD-Quart Monde. Il désigne les personnes ayant été scolarisées en France dont les connaissances à l'écrit sont insuffisantes et dont la proportion est jugée inquiétante dans la population française de l'époque. Il est créé

pour alerter l'opinion publique, le terme « analphabétisme », jugé péjoratif, étant utilisé pour désigner les migrants sans parcours scolaire.

En 1984, devant l'ampleur sociale et politique du problème de l'illettrisme, un groupe interministériel est créé : le GPLI (Groupe Permanent de Lutte contre l'Illettrisme). Il est chargé de recenser et regrouper les diverses actions mises en œuvre par les services gouvernementaux et les autres acteurs de la lutte contre l'illettrisme. Il deviendra un groupement d'intérêt public en 2000 : ANLCI (Agence Nationale de Lutte Contre l'Illettrisme).

En juillet 2002, le Premier Ministre a inscrit la lutte contre l'illettrisme dans les priorités de l'action gouvernementale.

« Agir ensemble contre l'illettrisme » fut Grande cause nationale 2013.

3. *PRÉVALENCE*

a) Enquête Information et Vie Quotidienne (IVQ)

En France, selon une enquête menée en 2011 par l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE)(7), **7%** (environ 2 500 000 personnes) de la population française métropolitaine âgée de 18 à 65 ans et ayant été scolarisée en France est considérée en situation d'illettrisme, contre 9% en 2004. Cette enquête montre également que 55% des personnes scolarisées hors de France ont des difficultés graves à l'écrit, et qu'au total 11% de la population française âgée de 18 à 65 ans sont en « situation préoccupante face à l'écrit », 7% sont illettrés et 4% sont d'origine étrangère ou non scolarisés.

En outre, 15% des personnes âgées de 18 à 65 ans scolarisées en France ont de graves difficultés avec le calcul (18% ont de graves ou fortes difficultés dans au moins un des quatre domaines mesurés par l'INSEE : lecture, compréhension, écriture, calcul).

(1) Répartition des personnes en situation d'illettrisme en fonction de l'AGE

53% des personnes en situation d'illettrisme ont plus de 45 ans.

Les groupes d'âge les plus élevés présentent une plus forte proportion de personnes en situation d'illettrisme : 4% des jeunes de 18 à 25 ans contre 12% des personnes de 56 à 65ans.

(2) Répartition des personnes en situation d'illettrisme en fonction du SEXE

Les hommes sont plus souvent en situation d'illettrisme que les femmes : 60.5% des illettrés sont des hommes.

En revanche, les performances en calcul sont meilleures chez les hommes que les femmes : près de 20 % des femmes ont des résultats médiocres en calcul contre 14 % des hommes.

(3) Répartition des personnes en situation d'illettrisme en fonction de l'ORIGINE GEOGRAPHIQUE

Près de la moitié des personnes illettrées vit dans des zones à faible densité démographique :

- 26% dans les zones rurales
- 22.5% dans les villes de moins de 20 000 habitants

L'autre moitié des personnes en situation d'illettrisme vit dans les zones urbaines :

- 14 % dans les villes de plus de 20 000 habitants
- 27,5 % dans les villes de plus de 100 000 habitants
- 10 % en région parisienne

Dans les Zones Urbaines Sensibles (ZUS), 14% de la population est en situation d'illettrisme, soit le double du pourcentage de la population générale. Les ZUS concentrent 10% des personnes en situation d'illettrisme.

(4) Répartition des personnes en situation d'illettrisme en fonction de leur EMPLOI

Plus de la moitié (51%) des personnes en situation d'illettrisme ont un emploi.

- 17.5% sont retraités,
- 13.5% sont en formation ou en inactivité,
- 10% sont au chômage,
- 8% sont au foyer.

Dans la population générale, 6% des personnes ayant un emploi et 10% des personnes au chômage sont en situation d'illettrisme.

Enfin, 20% des bénéficiaires de revenus sociaux (RSA) sont en situation d'illettrisme.

b) Enquête Journées Défense et Citoyenneté 2013

Cette enquête est réalisée au cours des journées Défense et Citoyenneté en 2013 auprès de plus de 750 000 jeunes de 17 ans et plus. Elle révèle que 9.6% de ces jeunes sont en difficulté avec la lecture et que 4.1% d'entre eux sont en situation d'illettrisme (8).

Parmi les jeunes en difficulté, 46,7 % n'ont pas dépassé le collège ou une formation de type CAP ou BEP et 32,7 % ont un niveau bac professionnel.

4. CAUSES DE L'ILLETTRISME

L'illettrisme est un phénomène complexe. Les causes sont multiples et souvent cumulées dans l'histoire d'un individu.

Une première étape est liée au système scolaire, au milieu socioéconomique et à l'entourage familial qui contribue à entraîner des lacunes durant les phases d'apprentissage de l'enfant.

- Rapport qu'entretient la famille avec l'école :

De manière générale, l'attitude des parents face à l'écrit participe à la valorisation ou à la dévalorisation du mode de communication mis en avant dans l'apprentissage scolaire.

- Corrélation entre les chances de réussite scolaire et le milieu socioéconomique d'origine de l'élève :

Si l'enseignement s'est progressivement démocratisé en s'ouvrant aux élèves d'origines sociales diverses, cette ouverture cache de fortes inégalités dans les chances de réussite. Vu sous cet angle, l'École n'est pas « producteur » d'illettrisme mais plutôt reproducteur de positions sociales.

- Enseignement inadéquat :

L'enseignement peut faire obstacle à l'apprentissage de la lecture lorsqu'il manque de souplesse et n'est pas adapté aux conditions d'apprentissage de chaque enfant.

- Difficultés personnelles :

Des problèmes relevant de la médecine ou de la psychologie peuvent troubler la scolarité d'un individu.

- Contextes sociaux défavorables à la maîtrise des savoirs de base :

Parmi les facteurs socioculturels jouant sur la maîtrise de l'écrit, on retrouve, par exemple, le statut de la langue orale et écrite dans le milieu familial et social de l'enfant, l'importance que prend l'image à travers les médias par rapport à l'écrit...

- Facteurs socio-historiques et géopolitiques :

Conflits, guerres, exodes sont des événements qui ont des répercussions sur l'apprentissage des enfants, soit par un arrêt de la scolarité, soit par des traumatismes psychologiques ou des drames familiaux.

- Augmentation des exigences de la société :

L'illettrisme est à considérer comme un problème qui va en s'aggravant. La société exige de plus en plus de compétences liées à l'information écrite et les places de travail ne demandant pas l'utilisation de l'écrit se font de plus en plus rares.

Enfin, les lacunes présentes en fin de scolarité ne font que s'approfondir avec le temps, l'absence de pratique et l'évitement de situation nécessitant l'utilisation de la lecture.

D. ÉVALUATION INTERNATIONALE DES NIVEAUX DE LITTÉRATIE DES POPULATIONS

Les premières données internationales d'évaluation du niveau de littératie ont été publiées en 1994 par Statistique Canada et l'OCDE dans le cadre de l'Enquête Internationale sur l'Alphabétisation des Adultes (3,4,9). Seuls 7 pays y participaient.

Par la suite, l'OCDE a initié le Programme pour l'évaluation internationale des compétences des adultes (PEICA), regroupant 24 pays lors de la première vague (2008-2013) puis 33 pays pour la seconde vague encore en cours (2012-2016).

La première vague du PEICA a interrogé 166 000 adultes de 16 à 65 ans, dont 7 000 adultes en France.

1. *RÉSULTATS GLOBAUX*

Les résultats sont édifiants (9):

- **7,7% des adultes français ont un niveau de littératie mesuré à 4-5** sur l'échelle de l'OCDE contre 11,8 % en moyenne dans les pays participants.
- **34% des adultes français ont un niveau de littératie mesuré à 3** (pour rappel c'est le niveau minimum de compétences requis pour évoluer de façon autonome dans la société) contre une moyenne de 38,2% dans les pays participants.
- **21,6% des adultes français ont un niveau de littératie inférieur ou égal à 1** (l'une des plus importantes proportions des pays participants) contre une moyenne de 15,5% pour l'ensemble des pays participants.

On peut ainsi constater que la France se classe dans les derniers pays de l'OCDE concernant le niveau de littératie (tout comme les États-Unis), avec presque 60% de la population sous le niveau 3 (Figure 2).

Ainsi, plus d'un français sur 5 n'aurait pas les compétences pour lire et comprendre des informations écrites simples.

Compétences en littératie chez les adultes

Pourcentage d'adultes à chaque niveau de compétence en littératie

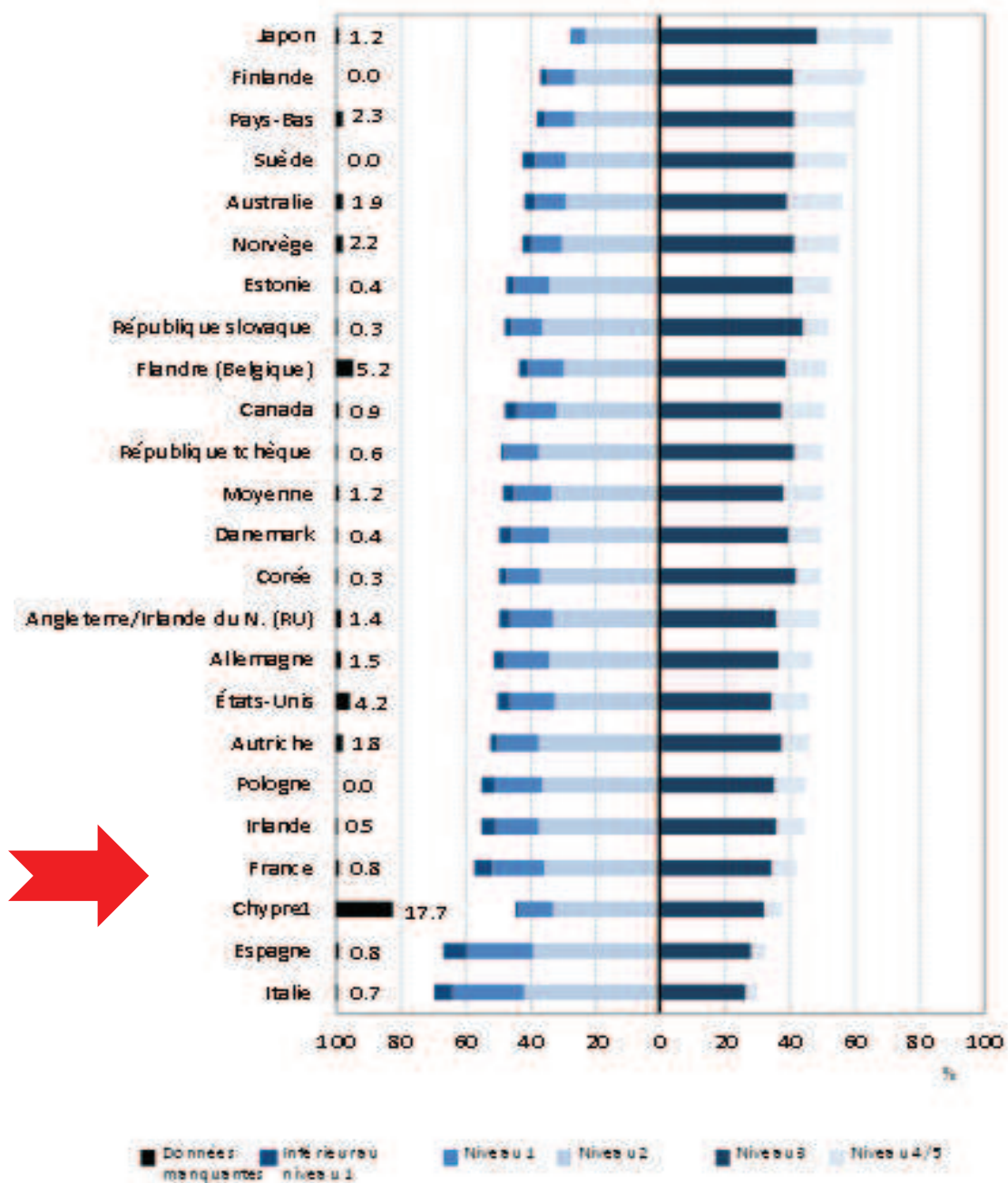


Figure 2 Évaluation des compétences des adultes (PIAAC) (2012), tableau A2.1

2. *RÉSULTATS EN FONCTION DES DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES*

a) L'âge

Le niveau de littératie des adultes de plus de 55 ans est moins élevé que celui des jeunes adultes de 25-34 ans.

L'étude englobe des adultes de 16 à 65 ans. Les résultats sont donc à interpréter en fonction de l'évolution des sociétés depuis les années 1950 (le niveau de formation des élèves ne dépassait pas le second degré pour la majorité) jusqu'à nos jours (la majorité des élèves terminent le second degré).

b) Le sexe

Dans la moitié des pays participants, les différences de compétence en littératie entre les hommes et les femmes ne sont pas significatives.

c) Le milieu socioéconomique

Il ressort de l'étude que, en moyenne, les adultes issus de milieux favorisés ont de meilleurs résultats sur l'échelle de compétence en littératie que ceux issus de milieux défavorisés.

d) Le niveau de qualification et la profession

Une corrélation forte est attestée entre le niveau de formation et les compétences en littératie dans tous les pays. Il existe néanmoins des disparités nationales sur les compétences en littératie selon le niveau de formation : pour exemple, dans certains pays (Canada, France, Espagne, Italie et États-Unis), les individus n'ayant pas atteint le deuxième cycle de l'enseignement secondaire (niveau lycée en France) obtiennent les scores les plus faibles en niveau de littératie. Dans d'autres pays (comme le Japon), les adultes n'ayant pas atteint le deuxième cycle de l'enseignement secondaire obtiennent un score plus élevé en moyenne que les diplômés du deuxième cycle de l'enseignement secondaire de la France ou des États-Unis.

En ce qui concerne le milieu professionnel, le niveau de compétence en littératie est clairement lié à la profession exercée. Seuls deux pays (Finlande et Japon) obtiennent des scores relativement élevés quelle que soit la catégorie socioprofessionnelle.

e) Le pays d'origine et la langue

En moyenne, dans les différents pays participants, les adultes autochtones ont un meilleur niveau de littératie que les adultes immigrés. Cependant il existe de fortes variations nationales tant sur le niveau de littératie des adultes immigrés que sur la proportion d'adultes immigrés ayant un faible niveau de littératie, probablement en rapport avec les différentes politiques d'insertion des pays participants.

L'étude de l'OCDE montre également que les désavantages cumulés socioéconomiques et démographiques accroissent la fracture entre les adultes de faible ou de haut niveau de littératie.

E. LITTÉRATIE ET IMPACT SUR LA SANTÉ

Le faible niveau de littératie (et à fortiori de littératie en santé) est une inégalité sociale qui complique l'accès et le recours aux soins.

Le Programme d'évaluation des compétences des adultes en littératie a évalué la santé déclarée des participants : les adultes ayant un faible niveau de littératie sont plus susceptibles de déclarer être en mauvaise santé que ceux ayant un niveau plus élevé(4).

Les interactions entre le niveau de littératie et la santé de la population sont complexes et difficiles à réellement évaluer.

Il a néanmoins été établi dans de nombreuses études que le faible niveau de littératie impacte négativement (10):

- la participation à la promotion et la prévention en santé
- la gestion des risques en santé (comme un taux de tabagisme plus important)
- le nombre d'accidents de travail
- la gestion des maladies chroniques (notamment le diabète, le VIH, l'asthme)
- la prise des médicaments et la compliance thérapeutique
- le nombre d'hospitalisations et de ré-hospitalisations
- la morbidité et le nombre de décès prématurés

- les coûts de santé (aux USA, en 2007, ils auraient représenté 7 à 17% des dépenses de santé)(11)

Il s'agit donc d'une inégalité sociale dont on parle peu en France mais qui devrait être un axe majeur des politiques de santé.

F. LES DIFFÉRENTS TESTS VALIDÉS POUR ÉVALUER LE NIVEAU DE LITTÉRATIE

Plusieurs tests ont été validés pour évaluer le niveau de littératie dans les études cliniques nord-américaines.

1. *LE TEST REALM (RAPID ESTIMATION OF ADULT LITERACY IN MEDICINE)*

Il s'agit d'un **test de lecture et de reconnaissance lexicale**. Le patient est invité par le professionnel de santé à lire une liste de termes médicaux de complexité croissante (12). A chaque erreur de lecture ou incapacité de lecture, le patient perd un point. Le score final permet de classer le niveau de littératie en santé selon 3 niveaux :

- faible niveau de littératie en santé (entre 0 et 44 points) correspondant à un niveau de lecture inférieur ou égal au 3^{ème} grade (équivalent CE1) de 0 à 18 et à un niveau de lecture compris entre le 4^{ème} et le 6^{ème} grade (équivalent : entre le CM2 et la 6^{ème})

- Niveau de littératie en santé marginal (entre 45 et 60 points) correspondant à un niveau de lecture entre le 7^{ème} et le 8^{ème} grade (équivalent : entre la 5^{ème} et la 4^{ème})
- Niveau de littératie en santé adéquat (61 à 66 points) correspondant au moins à un niveau de lecture du 9^{ème} grade (équivalent 3^{ème})

Il en existe plusieurs versions selon la longueur du test :

- le test complet comporte 66 items et nécessite entre 3 à 6 minutes pour le réaliser (Annexe 1)
- un test court (REALM Short Form) comportant 7 items et nécessite 2 minutes (Annexe 2)
- un test révisé (REALM-R) comportant 8 items et nécessitant 2 minutes (Annexe 3)

Les différentes versions ne sont disponibles qu'en anglais.

Ce test ne mesure que la capacité de lecture et non la compréhension du vocabulaire.

2. LE TEST TOFHLA (TEST OF FUNCTIONAL HEALTH LITERACY IN ADULTS)

Ce test mesure la **capacité de lecture et de compréhension du vocabulaire médical**. Il se déroule en deux parties. La première évaluation consiste à faire lire un texte contenant des informations médicales au patient, qui répond ensuite à des questions évaluant sa compréhension du texte. La seconde évaluation consiste à

donner aux participants des portions de textes à propos de sujets médicaux comportant des mots manquants, les participants devant par la suite les combler en choisissant le terme voulu dans une liste de mots (13) .

Ce test nécessite 22 à 25 minutes pour être complété. Il est disponible en anglais et en espagnol et est payant (de ce fait, je n'ai pu le joindre en annexe).

Le score final permet d'identifier 3 niveaux de littératie en santé :

- Littératie inadéquate (0-59)
- Littératie marginale (60-74)
- Littératie adéquate (75-100)

Une version courte (Short-TOFHLA) existe également, évaluant la littératie sur 2 textes avec mots manquants (l'un écrit à un niveau de lecture équivalent CM1=4^{ème} grade ; l'autre écrit à un niveau de lecture équivalent seconde=10^{ème} grade). Cette version courte nécessite entre 8 et 12 minutes.

3. *LE TEST NVS (NEWEST VITAL SIGN)*

C'est un test évaluant sur 6 questions **la lecture et la compréhension** d'une étiquette nutritionnelle. Le temps de réponse au test est de 3 à 6 minutes. Un patient est évalué à faible niveau de littératie s'il a 4 réponses correctes ou moins. Étant spécifique, ce test peut surestimer le faible niveau de littératie. Il est disponible en langue anglaise et espagnole (ANNEXE 4) (14).

III. MÉTHODE

A ce point de notre travail, nous nous sommes demandé s'il existait, dans la littérature médicale, des données objectives sur l'impact de l'illettrisme ou d'un faible niveau de littératie, sur la communication médecin-malade, voire la relation médecin-malade. La recherche des articles publiés sur ce thème a été conduite dans la base de données Medline de Pub Med.

A. MOTS-CLÉS

J'ai cherché initialement les articles se rapportant à l'illettrisme et son impact sur la relation médecin-malade. Or, je me suis aperçue qu'ils étaient peu nombreux voire inexistants dans la littérature. En effet, comme mentionné dans la première partie de cet exposé, la littérature internationale n'utilise pas les mêmes définitions que la France. J'ai donc réorienté mes recherches sur le thème de la littératie en santé.

J'ai donc déterminé que les termes MeSH se rapportant au sujet de ma recherche étaient :

- « educational status » : terme englobant les notions de *literacy, illiteracy, illiterate*
- « literacy » : me permettant de recueillir les articles dont le titre ou l'abstract comportait ce terme
- « health literacy »

- « physician patient relations » : englobant les notions de relation médecin-malade et de communication médecin-malade.

B. ÉQUATION DE RECHERCHE

Les termes MeSH « educational status », « health literacy » et « literacy » ont été associés au terme MeSH « physician-patient relations ».

L'équation finale est donc « (educational status) OR (literacy) OR (health literacy) AND (physician patient relations) » et permet d'obtenir 754 articles publiés.

Après application des filtres de langue (uniquement anglais et français), subsistent 717 articles.

Après lecture du titre et de l'abstract écartant les articles ne correspondant pas au thème, j'ai conservé 92 articles. Une lecture approfondie de ces 92 articles m'a permis de conserver 28 articles.

C. CRITÈRES D'EXCLUSION

Exclusion des articles n'étudiant pas les liens entre la relation médecin-malade et la littérature. Il est à noter que les notions de relation et de communication médecin-malade sont très intriquées. Exclusion des articles étudiant uniquement un des deux aspects (littérature OU relation médecin malade).

Exclusion des articles publiés dans une langue autre que le français ou l'anglais.

Exclusion des revues de la littérature.

IV. RÉSULTATS

Les études retenues se composent en grande majorité d'études transversales ($n=16$), d'études qualitatives ou mixtes ($n=10$) et de 2 études randomisées contrôlées. Compte-tenu de la grande variabilité des mesures et des méthodes utilisées, je récapitule les résultats sous forme d'une synthèse qualitative (Tableau récapitulatif des articles résumés en Annexe 4)

A. COMMUNICATION MÉDECIN-MALADE À FAIBLE NIVEAU DE LITTÉRATIE : FREINS ET MOYENS D'AMÉLIORATION

1. *LES FREINS*

a) **Les freins liés au médecin**

(1) *Une population sous-estimée et mal identifiée*

La première partie de ce travail a démontré combien la proportion d'individus à faible niveau de littératie, parmi les différentes populations du monde, est importante et a de sérieux impacts sur la santé. Délicate à évaluer dans la population générale, la littératie l'est d'autant plus dans le milieu médical, où la technicité lexicale se surajoute aux difficultés de base.

Six études parmi les 28 ont examiné les discordances entre le niveau de littératie (ou de littératie en santé) des patients et l'estimation que s'en faisaient leurs médecins.

Elles ont démontré une **surestimation systématique du niveau de littératie** des patients :

- Bass et al. (15) ont évalué la capacité de 45 résidents en médecine à juger le niveau de littératie des patients, seuls 36% des 182 patients ayant un faible niveau de littératie ont été identifiés.
- Seligman et al. (16), dans une étude randomisée et contrôlée, ont montré que des médecins de soins primaires, informés à posteriori du niveau de littératie de leurs patients, l'ont surestimé dans 62% des cas.
- Rogers et al. (17) ont montré que des médecins identifiaient moins d'un patient sur deux (47,1%) ayant un faible niveau de littératie.
- Kelly et Haidet (18) ont démontré une surestimation fréquente du niveau de littératie des patients, d'autant plus dans les minorités (chez 54% des afro-américains, 11% des blancs non hispaniques, 36% d'autres origines ethniques).

Ou bien une **surestimation de la compréhension** des patients :

- Lukoschek et al. (19) ont démontré, dans une étude descriptive incluant 19 médecins et 145 patients, que les médecins surestimaient les capacités de compréhension des patients dans 23% des cas.

Ou une **surestimation de l'état de santé perçu** des patients :

- Kelly-Irving et al. (20) ont montré, dans une étude INSERM transversale multicentrique évaluant la surestimation de l'état de santé en fonction du niveau scolaire, que, lorsque le patient évalue sa santé comme plus mauvaise que ne le fait le médecin, les patients de bas niveau scolaire sont trois fois plus en désaccord avec leur médecin que les patients de haut niveau scolaire.

Les patients de bas niveau éducatif se considérant en mauvaise santé ne semblent pas être tous identifiés par leur médecin en France.

Ces problèmes d'identification sont des freins à une communication médecin malade optimale, puisqu'une partie de la population ne semble pas être reconnue comme ayant de possibles difficultés à comprendre les informations délivrées par les professionnels de santé.

(2) *Une communication paternaliste*

Dans les articles sélectionnés étudiant le type de communication associé aux patients de faible niveau de littératie, une communication de style directif ou paternaliste semble prépondérante.

Ainsi, dans une étude australienne qualitative de Smith et al.(21), les patients de bas niveau scolaire (inférieur ou égal au niveau français du baccalauréat) conçoivent leur implication dans la communication médecin-malade uniquement à type de consentement aux diverses options proposées par leur médecin, alors que les patients de haut niveau scolaire estiment partager les décisions concernant leur santé avec le médecin.

De même, une étude américaine d'Arthur et al. (22) montre que 57% des patients ayant un faible niveau de littératie en santé communiquent sur un mode paternaliste avec leur médecin, ceci de façon plus importante que chez les patients ayant un niveau adéquat de littératie en santé ($p=0,06$).

Une étude américaine de Fiscella et al.(23), dont l'objectif est d'évaluer l'impact du niveau scolaire du patient sur le comportement du médecin, a montré une

association entre un faible niveau scolaire et une diminution du partage de décisions et des questions posées par le patient (moins de négociations que chez les patients de haut niveau scolaire), évoquant une communication plutôt paternaliste.

(3) *Une communication inefficace*

Une étude américaine transversale (24) a examiné les liens entre un niveau socioéconomique médiocre (évalué dans cette étude par le niveau scolaire) et le diagnostic récent de mélanome à un stade avancé. Il ressort des résultats que les médecins délivreraient moins d'informations médicales aux patients de faible niveau scolaire. Ainsi, comparativement aux patients de haut niveau scolaire, les patients de niveau scolaire bas (inférieur au niveau lycée) :

- ont été moins informés par leur médecin au cours de l'année précédente qu'ils étaient à risque de cancer (OR=0,46, 95%IC : 0,31-0,71),
- ont reçu moins de conseils sur les signes cutanés à surveiller (OR=0,40, 95%IC : 0,25-0,63)
- ont été moins nombreux à parler de cancer avec leur médecin (OR=0,43, 95%IC : 0,29-0,63)

Une des premières études explorant la qualité de la relation médecin malade en fonction du niveau de littératie des patients a démontré qu'un niveau de littératie inadapté est associé de façon indépendante avec une communication médecin-malade de mauvaise qualité (après ajustement des variables sociodémographiques)(25). Trois domaines sont particulièrement incriminés : la clarté générale, les explications sur l'état de santé du patient, les explications sur les

méthodes de soins. Cette atteinte de la dimension explicative et participative de la communication donne à penser que les médecins expliquent de manière inefficace (probablement à un trop haut niveau de littératie pour le patient).

Une étude américaine, explorant les liens entre un faible niveau de littératie et la mauvaise utilisation des soins prénataux par des femmes afro-américaines, a retrouvé, comme unique facteur limitant l'utilisation des dispositifs prénataux, la communication médecin-malade. En effet une majorité de femmes a rapporté, lors de focus groupes, qu'une communication jugée inefficace (c'est-à-dire manquant de clarté et n'apportant pas les informations de santé sous une forme accessible) décourage leur implication dans les démarches de soins (26).

Enfin, comme l'a montré Schillinger et al. (27), les médecins semblent s'assurer rarement de la compréhension de leurs patients. Alors qu'une information nouvelle avait été délivrée pendant la consultation, ils n'ont vérifié qu'une fois sur cinq la compréhension de leurs patients (soit par une demande explicite de retranscrire la nouvelle information soit en évaluant les connaissances du patient sur le sujet). Dans 47% des cas où une vérification a été opérée, le patient a donné une réponse incorrecte. Aucun médecin n'a effectué de seconde vérification de la compréhension des patients après une erreur.

(4) *Un langage inadapté*

Nombre d'études soulignent le fait que le niveau de langage employé par les professionnels de santé est estimé trop élevé par les patients.

Dans une étude qualitative anglaise, dont 22% de l'échantillon a été estimé à bas niveau de littératie, une majorité de patients pense que les informations médicales devraient être délivrées dans un langage plus simple (28).

Une étude qualitative écossaise a mis en exergue que l'utilisation d'un jargon médical et d'un vocabulaire trop complexe entraîne des difficultés de compréhension orale pour les patients (29).

(5) *Le manque de temps*

Une étude qualitative américaine de Carollo (30) a mis en évidence que les médecins étaient conscients de la nécessité d'accorder plus de temps à ces patients au faible niveau de littératie, mais que cela n'était pas toujours possible du fait de contraintes pratiques.

b) Freins liés au patient de faible niveau de littératie

(1) *Freins cognitifs*

La réception des informations médicales dispensées par le médecin est rendue difficile du fait de **l'incompréhension du langage utilisé** :

- Lukoschek et al. (19) ont ainsi déterminé, dans leur étude, que 47% des patients sans diplôme universitaire exprimaient un manque de compréhension des informations données par le médecin.

- Easton et al. (29) ont réalisé une étude qualitative auprès d'adultes d'un centre d'apprentissage écossais. Les difficultés identifiées par les participants se situaient tant à l'écrit (lire et comprendre des informations sur une intervention, comprendre une ordonnance d'examen) qu'à l'oral (« jargon » médical, vocabulaire trop complexe).
- Sudore et al. (31) , dans une étude regroupant les données de trois études américaines, ont déterminé que le faible niveau de littératie d'un patient est lié à une mauvaise compréhension des explications.
- Katz et al. (32) ont également souligné l'emploi moins fréquent par les patients de faible niveau de littératie des termes médicaux et du nom exact des médicaments.

La **mémorisation des informations transmises** durant la consultation est également un frein important :

- McCarthy et al. (33) ont établi que les rappels immédiat et différé (à 15 minutes) d'informations médicales sont significativement moins bons chez les patients à faible niveau de littératie comparés aux patients à niveau de littératie adéquat, en sachant que le rappel des derniers items de la consultation est meilleur dans les deux groupes.

La **recherche en elle-même d'une communication** avec le médecin est diminuée dans cette population à faible niveau de littératie :

- Morris et al. (34) ont souligné une association significative entre un faible niveau de littératie chez les participants et l'évitement des consultations médicales, mais aussi le désintérêt pour les informations de santé ne les concernant pas.

- Rademakers et al. (35) ont montré que les patients de faible niveau scolaire estimaient moins important de participer aux décisions de soins, d'avoir des explications claires et d'être capable de poser des questions (que les patients de plus haut niveau scolaire. Sudore et al.(31) ont montré un lien entre le faible niveau de littératie et l'absence de questions posées. Brugge et al.(36) ont souligné le peu d'expériences d'implication dans les décisions de soins des patients à faible niveau de littératie.
- Manganello et Clayman (37) ont établi que la recherche d'informations médicales demandait significativement plus d'effort et était plus source de frustration dans la population à faible niveau de littératie.
- Katz et al. (32) ont également démontré que les patients à faible niveau de littératie posent significativement moins de questions (d'ordre général et sur leur santé), sont moins enclins à demander au médecin de répéter que les patients de plus haut niveau de littératie.
- Easton et al. (29) ont montré que l'évitement de conversations avec le professionnel de santé et l'absence de questions posées en cas d'incompréhension sont des caractéristiques des patients à faible niveau de littératie.

(2) *Freins psychologiques*

L'anxiété liée à l'état de santé du patient, le stress de devoir révéler son incompréhension et la honte sont des sentiments que peuvent ressentir le patient à faible niveau de littératie et qui parasitent la communication médecin-malade (29).

2. LES PISTES POSSIBLES POUR AMÉLIORER LA COMMUNICATION

a) Les méthodes identifiées dans les études auprès des patients

Plusieurs études qualitatives, explorant la communication médecin-malade, ont relevé des moyens pratiques pour l'améliorer :

- Baisser le niveau de langage utilisé dans la communication avec les patients et éviter le « jargon » médical : Shaw et al. (28) ont montré que les patients de haut et bas niveau de littératie éprouvaient des difficultés à obtenir des informations claires sur la santé ; Lam et al. (38), dans une étude qualitative chinoise auprès de femmes âgées et de faible niveau de littératie, ont relevé que la suggestion majeure était d'améliorer les explications données par les professionnels de santé ; Easton et al. (29) ont retrouvé ce désir des patients de simplification du vocabulaire des médecins ; de même dans l'étude de Brugge et al. où les patients de faible niveau de littératie demandent la suppression du « jargon » (36).
- User d'empathie : Brugge et al.(36) ont identifié que l'attitude du professionnel de santé était importante pour le patient et que les patients étaient en attente d'une écoute bienveillante, d'un comportement amical. De même, Carollo (30) a souligné l'importance d'une écoute active, d'une relation de confiance empreinte d'empathie auprès des patients à littératie faible, permettant de comprendre leurs besoins.

L'intérêt de supports écrits dans un langage simple peut améliorer la communication médecin-malade. Une étude randomisée contrôlée de Jacobson et al. (39) a évalué

l'intérêt de l'utilisation d'imprimés pédagogiques en langage simple pour favoriser la communication médecin-malade (encourageant le patient à questionner son médecin au sujet de la vaccination antipneumococcique). La discussion avec le médecin au sujet du vaccin a été significativement plus fréquente dans le groupe sensibilisé, de même que le taux de vaccination final.

b) Les méthodes identifiées dans les études auprès des médecins

Une étude américaine quantitative a évalué la fréquence d'utilisation et l'efficacité estimée par des professionnels de santé de 14 outils de communication avec le patient de faible niveau de littératie (40). Certains de ces outils ont été identifiés dans la littérature par les auteurs, comme favorisant la communication avec les patients de faible niveau de littératie, notamment :

- Ralentir le débit de parole
- Utiliser un langage simple, exempt de termes médicaux
- Montrer et/ou faire des dessins
- Limiter la quantité d'informations et les répéter
- Utiliser la technique de « Teach back », c'est-à-dire de demander au patient de répéter, avec ses propres mots, les informations transmises par le médecin
- Dédouaner le patient de son sentiment de honte éventuel

Les stratégies les plus utilisées dans l'étude par les professionnels de santé sont les moins complexes :

- L'utilisation d'un langage simple (94,7%)
- L'utilisation de supports imprimés (70,3%)
- L'utilisation d'un débit de parole lent (67,3%)

En revanche, l'utilisation de la technique de « Teach back », estimée comme efficace dans l'étude, est peu utilisée en pratique (par moins de 40% des professionnels de santé).

Enfin, une étude contrôlée randomisée de Seligman et al.(16) a montré que la connaissance du faible niveau de littératie des patients modifie le comportement des médecins : ils ont été significativement plus nombreux à utiliser des méthodes de communication spécifiques que dans le groupe contrôle.

B. COMMUNICATION MÉDECIN-MALADE À HAUT NIVEAU DE LITTÉRATIE

Deux études japonaises transversales auprès de patients diabétiques de type 2 ont étudié l'impact d'un plus haut niveau de littératie sur la relation médecin-malade.

Une première étude d'Inoue et al. (41) a établi un lien significatif entre un niveau de littératie en santé communicative ou critique avec :

- Une meilleure compréhension et une meilleure gestion du diabète par les patients
- Les explications des médecins jugées plus claires par les patients

L'étude de Ishikawa et Yano (42) a montré que :

- La littératie communicative en santé et la participation active du patient lors de la consultation sont liées significativement à une meilleure gestion par le patient et de meilleurs résultats de diabète
- Les patients ayant un faible niveau de littératie communicative en santé gèrent mieux leur diabète lorsqu'ils participent activement à la consultation

Ces deux études, réalisées dans un pays où le niveau de littératie est globalement plus élevé que dans le reste du monde, montrent donc l'importance du niveau de littératie sur les résultats de santé et sur la facilitation de la communication médecin-malade.

V. DISCUSSION

A. CRITIQUE

1. *CRITIQUE DE LA MÉTHODE*

a) **Observateur unique**

Un unique observateur (SD) a sélectionné, lu, analysé les articles. Un biais de sélection est donc présent et limite donc la validité et la rigueur de ce travail.

b) **Choix de recherche**

Les mots clés utilisés pour l'équation de recherche ont été délibérément choisis pour obtenir un résultat peu spécifique mais le plus sensible possible, pour justement limiter au maximum la non-sélection d'articles concernant le sujet de cette thèse dans les résultats de recherche.

c) **Critères d'exclusion et d'inclusion**

J'ai décidé de n'inclure que les articles concernant des études, quelle que soit leur type, dans le but de recenser le plus objectivement possible les données et de les analyser.

Je n'ai inclus que les articles évaluant les liens entre littérature (ou littérature en santé) et la relation médecin-malade.

J'ai donc exclu tous les articles traitant de littératie ou de littératie en santé (en lien avec d'autres items comme les résultats sur la santé) ou uniquement de la relation médecin-malade.

Je n'ai pas limité mes recherches en termes de date, néanmoins certaines études datant d'avant 1999 n'ont pas été incluses car il m'a été impossible d'y avoir accès.

d) Base de données unique

La seule base de données interrogée est Pub Med, ce qui constitue un biais de sélection et de publication (pas de recherche des études non publiées sur le sujet). Néanmoins, Pub Med est l'une des bases de données les plus exhaustives.

2. CRITIQUE DES ÉTUDES SÉLECTIONNÉES

a) Hétérogénéité des études

La grande hétérogénéité des études ne permet pas d'établir de comparaison ou de pouvoir généraliser les résultats :

- Les populations étudiées sont très variables (inclusion de participants lambda ou porteurs de pathologies diverses, inclusion ou pas d'échantillon de médecins ou résidents, nationalités différentes)
- Le niveau de littératie est évalué de différentes façons (parfois uniquement selon le niveau scolaire, par autoévaluation, par des tests validés mais divers)

- La communication médecin-malade est évaluée sous plusieurs angles : le type de communication, le contenu de la communication
- Les types d'études sont également variables, bien que la majorité soit de type transversal.

b) Validité scientifique

(1) Type d'études

La majorité des études incluses et analysées sont des études transversales ($n=16$) et donc d'une validité scientifique de bas niveau. On peut toutefois remarquer qu'un bon nombre d'études tendent vers les mêmes conclusions et ceci peut être un gage de qualité.

(2) Limites

Du fait des variables étudiées (la littératie en santé ou le niveau scolaire, la communication médecin-malade), des facteurs de confusion (comme l'origine ethnique, la langue) sont possibles et n'ont pas toujours été pris en compte dans les analyses statistiques.

Les biais de sélection sont fréquents, notamment du fait que la majorité des études soient transversales.

Un biais de rappel est également possible dans les études évaluant la communication médecin-malade uniquement sur les dires des patients.

De plus, les populations étudiées sont fréquemment ciblées (notamment les études ont souvent inclus des patients porteurs de maladies chroniques comme le diabète de type 2) et donc la généralisation des résultats à une population plus large n'est pas possible.

c) Généralisation des résultats

La généralisation des résultats n'est pas possible, du fait de l'hétérogénéité et de la faible validité scientifique globale des études incluses. Néanmoins, le fait que la tendance des résultats soit homogène semble être un gage de validité supérieure à la validité individuelle des études.

La généralisation des résultats pour la France en est d'autant plus délicate, chaque pays ayant son système de santé propre, un système éducatif et parfois même des niveaux de littératie différents (comme le Japon dont les quelques études évaluent des niveaux plus élevés de littératie qu'en occident). La majorité des études sélectionnées sont nord-américaines, et bien que le niveau de littératie global de la population des États-Unis soit proche de celui de la France, il existe trop de différences sociodémographiques, éducatives, socioculturelles mais aussi au niveau du système de santé (assurance maladie) pour pouvoir porter une quelconque affirmation.

B. DISCUSSION DES RÉSULTATS

La littératie en santé, qui influe sur les résultats de santé de la population, semble jouer un rôle déterminant dans la communication médecin-malade et donc dans la relation médecin-malade.

En France, pour rappel, on estime que 7 % de la population générale est en situation d'illettrisme (et 20% des personnes au RSA) et l'étude PEICA de l'OCDE a évalué que 21,6% de la population française est à un niveau très faible de littératie, ne permettant pas une gestion autonome pour la prise de décisions dans la vie quotidienne.

L'évaluation du niveau de littératie en France est peu usuelle. Une seule étude de l'INSERM a d'ailleurs été retrouvée sur Pub Med.

Dans les pays Nord-Américains où l'étude du niveau de littératie de la population et la recherche d'amélioration sont effectives depuis plusieurs années, on constate que **la population à faible niveau de littératie est encore très mal identifiée** par les professionnels de santé. Ce problème d'identification et de surestimation du niveau de littératie des patients est probablement transposable en France et nécessitera d'être exploré dans notre pays, notamment pour recenser les indices pouvant permettre aux professionnels de santé d'être alertés. En effet, le faible niveau de littératie des patients est associé à des résultats de santé médiocres, et un coût accru pour la société.

Les causes d'une mauvaise identification ou surestimation du niveau de littératie peuvent être dues au fait que les patients taisent leur manque de compréhension par honte ou désintérêt au sujet de la santé, mais aussi au fait que les médecins

n'imaginent pas la possibilité de ne pas comprendre le vocabulaire médical et/ou un répertoire lexical trop complexe.

Le type de communication médecin-malade semblerait également être influencé par le niveau de littératie du patient : une communication sur le mode paternaliste semble être plus fréquente lorsque le niveau de littératie du patient est faible. Il semblerait que, dans un certain nombre de cas, les patients de faible niveau de littératie ne cherchent pas à partager les décisions de santé. Toutefois, les professionnels de santé se doivent de prodiguer une information claire et loyale et de recueillir un consentement éclairé, pour une égalité des chances quel que soit le niveau de littératie du patient. Il semble donc important de favoriser l'implication du patient dans les démarches de soins et de l'encourager à interagir avec les professionnels. Pour une approche centrée sur le patient (semblant être bénéfique en termes d'améliorations des résultats de santé (38)), il faudrait donc développer la littératie en santé du patient (ce qui peut être un axe de travail, par l'éducation régulière du patient en fonction des situations de santé dans lesquelles il se trouve), et que le médecin se mette à la portée de chaque patient.

Les médecins semblent devoir acquérir ou améliorer leurs techniques de communication. Plusieurs études ont proposé des stratégies permettant une meilleure compréhension des patients.

Certaines semblent simples à appliquer en pratique, comme « parler plus lentement » ou encore prendre le temps d'une « écoute active », « allouer au patient à faible littératie plus de temps » mais l'utilisation de ces méthodes pour les patients en difficulté sous-entend une durée de consultation plus importante, ce qui peut être parfois difficile en pratique quotidienne de ville. La question se pose aussi d'alerter

les politiques pour adapter la rémunération des professionnels en fonction de la difficulté ou du temps alloué à la consultation.

La proposition, dans quelques études, d'utiliser des supports graphiques simples peut être un moyen simple d'expliquer une pathologie ou une stratégie thérapeutique, et pourrait être favorisée par la mise à disposition de schémas et/ou de dessins simples via les technologies numériques.

Le fait de limiter le nombre de nouvelles informations et d'insister sur l'idée principale (notamment en fin de consultation) semble également être efficace.

Quant à la technique de « Teach-Back », elle ne semble pas entraîner une augmentation de la durée de consultation mais ce résultat serait à confirmer. Elle permet de déterminer avec précision la compréhension du patient. Encore faut-il pouvoir questionner le patient sans générer des sentiments de honte. La question pourrait être amenée ainsi : « J'ai peut-être oublié de vous transmettre une information concernant ce problème, voudriez-vous bien me rappeler ce que vous avez compris ? »

D'autres techniques, en revanche, semblent plus complexes à mettre en œuvre : la simplification du langage (et la suppression des termes techniques) ne semble pas si évidente. Comment simplifier le vocabulaire tout en conservant des informations médicales précises ? L'utilisation de périphrases, par exemple, peut expliciter le contenu tout en favorisant le dialogue. Il faudrait peut être également que les professionnels de santé prennent l'habitude d'utiliser le langage courant plus régulièrement et plus largement.

L'intérêt d'utiliser des tests de dépistage en pratique clinique peut être discuté.

Mais tout d'abord, il faut s'assurer que les stratégies améliorant la communication avec la population à faible niveau de littératie apportent un réel bénéfice sur les résultats de santé, et que ces stratégies soient connues et utilisées par les professionnels de santé. Notamment, plusieurs études américaines ont pointé un sentiment d'inefficacité des médecins lorsqu'ils étaient tenus informés du niveau de littératie de leurs patients. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'ils se sont sentis démunis face à cette réalité et manquaient d'outils pratiques et/ou de formation sur ce sujet.

Des tests de dépistage sont validés pour évaluer la littératie des participants dans les études cliniques mais ces tests ne semblent pas réalisables en pratique, du fait de l'aspect chronophage de certains tests et du possible sentiment de stigmatisation qu'ils pourraient renvoyer aux patients. De plus, le niveau de littératie en santé est variable chez un même individu, en fonction des situations de santé qu'il a ou n'a pas déjà rencontrées. L'évaluation de la littératie en santé des patients par des tests peut donc être insuffisante pour apprécier le niveau de compréhension des patients sur un sujet médical précis. Son application en pratique clinique reste à évaluer, de même que le développement de nouveaux tests de dépistage évaluant mieux le niveau de compréhension des patients.

Enfin, pour une utilisation en France, cela nécessiterait une traduction validée, car actuellement tous les tests ne sont disponibles qu'en version anglaise ou espagnole.

Une simple question ouverte posée au patient, pour lui demander de répéter ce qu'il a compris, semblerait être une bonne alternative à un test plus standardisé, en permettant de préserver une communication ouverte, libre et minimisant les

sentiments de stigmatisation. Elle permettrait au médecin de s'adapter au cas par cas au niveau de compréhension de son patient.

Ces problèmes de communication semblent plus importants et généralisés qu'attendus. En effet, plusieurs études ont souligné le fait que, même parmi les patients n'ayant pas un faible niveau de littératie, la compréhension et la clarté des informations transmises n'étaient pas optimales. C'est un argument de plus pour sensibiliser la profession médicale sur l'importance de s'assurer de la compréhension des patients, quel que soit l'à priori inconscient que l'on peut se faire de leurs niveaux de littératie.

VI. CONCLUSION

En France, tout reste à faire, tout d'abord en ce qui concerne l'évaluation de la littératie des français et de son impact sur la qualité de la relation médecin-malade, ensuite sur l'identification des patients à faible niveau de littératie et enfin au niveau des moyens à mettre en œuvre pour améliorer la compréhension et donc l'observance des patients. En effet, nous vivons à une époque où la communication interpersonnelle passe notamment de plus en plus par la technologie et où les connaissances se spécialisent et se complexifient. De ce fait, le risque de majorer une inégalité sociale d'accès aux soins telle que le niveau de littératie devient plus grand. Enfin, l'approche francophone binaire de l'illettrisme mérite peut être d'évoluer en suivant le modèle nord-américain qui, sans annihiler les problèmes de stigmatisation des groupes de population en difficulté, aborde le problème dans sa globalité, sa complexité et intègre le niveau de littératie comme une information permettant d'adapter le mode de communication avec les patients.

VII. ANNEXES

A. ANNEXE 1 (REALM)

Assessing the Literacy Skills of Your Adult Patients

You can quickly determine your patient's literacy with this oral reading and recognition test, known as the Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM). It measures a patient's ability to pronounce 66 common medical words and lay terms for body parts and illnesses. To use the REALM, follow these five steps:

1. Give the patient a copy of the following lists of words. (Keep a copy for yourself.)

List 1		List 2		List 3	
Fat	Cancer	Fatigue	Miscarriage	Allergic	Gonorrhea
Flu	Caffeine	Pelvic	Pregnancy	Menstrual	Inflammatory
Pill	Attack	Jaundice	Arthritis	Testicle	Diabetes
Dose	Kidney	Infection	Nutrition	Colitis	Hepatitis
Eye	Hormones	Exercise	Menopause	Emergency	Antibiotics
Stress	Herpes	Behavior	Appendix	Medication	Diagnosis
Smear	Seizure	Prescription	Abnormal	Occupation	Potassium
Nerves	Bowel	Notify	Syphilis	Sexually	Anemia
Gems	Asthma	Gallbladder	Hemorrhoids	Alcoholism	Obesity
Meals	Rectal	Calories	Nausea	Irritation	Osteoporosis
Disease	Incest	Depression	Directed	Constipation	Impetigo

2. Ask the patient to read aloud as many words as she can, beginning with the first word on List 1. When she comes to a word she cannot read, tell her to do the best she can or say, "blank," and then go on to the next word on the list.

If the patient takes longer than five seconds to read a word, prompt her to move on by saying, "blank," and pointing to the next word on the list. If the patient begins to miss every word, ask her to pronounce only those words she knows.

3. On your copy of the lists, keep score of the patient's answers. Next to each correctly pronounced word, write a plus sign (+). After each word that was not attempted or was mispronounced, write a minus sign (-).

Murphy, P. & Davis, T. (October 1997). When low literacy blocks compliance. *RN*, p. 61.

4. This total is the patient's raw score.
5. Compare the raw score to that of the table below to determine your patient's reading level.

Raw Score	Reading Level
0-18	<i>Third grade and below:</i> Patient won't be able to read most low literacy materials. She will need repeated oral instructions or written materials composed of primarily of illustrations.
19-44	<i>Fourth to sixth grade:</i> Patient will need low literacy materials and may not be able to read prescription labels.
45-60	<i>Seventh to eighth grade:</i> Patient will have trouble reading most patient education materials. Use low literacy materials.
61-66	<i>High school:</i> Patient will be able to read most patient education materials.

Source: Davis, T., Crouch, M. & Long, S. (1993). *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)*. Shreveport, LA: Louisiana State University Medical Center.

B. ANNEXE 2 (REALM-SF)

REALM-SF Form

Patient name _____ Date of birth _____ Reading level _____

Date _____ Examiner _____ Grade completed _____

- | | |
|-------------|--------------------------|
| Menopause | <input type="checkbox"/> |
| Antibiotics | <input type="checkbox"/> |
| Exercise | <input type="checkbox"/> |
| Jaundice | <input type="checkbox"/> |
| Rectal | <input type="checkbox"/> |
| Anemia | <input type="checkbox"/> |
| Behavior | <input type="checkbox"/> |

Instructions for Administering the REALM-SF

1. Give the patient a laminated copy of the REALM-SF form and score answers on an unlaminated copy that is attached to a clipboard. Hold the clipboard at an angle so that the patient is not distracted by your scoring. Say:

"I want to hear you read as many words as you can from this list. Begin with the first word and read aloud. When you come to a word you cannot read, do the best you can or say, 'blank' and go on to the next word."

2. If the patient takes more than 5 seconds on a word, say 'blank' and point to the next word, if necessary, to move the patient along. If the patient begins to miss every word, have him or her pronounce only known words.

Scores and Grade Equivalents for the REALM-SF

<u>Score</u>	<u>Grade Range</u>
0	Third grade and below; will not be able to read most low-literacy materials; will need repeated oral instructions, materials composed primarily of illustrations, or audio or video tapes
1-3	Fourth to sixth grade; will need low-literacy materials, may not be able to read prescription labels
4-6	Seventh to eighth grade; will struggle with most patient education materials; will not be offended by low-literacy materials
7	High school; will be able to read most patient education materials

C. ANNEXE 3 (REALM-R)

The REALM-R is a word recognition test consisting of 11 items used to identify people at risk for poor literacy skills (Bass et al, 2003). Words that appear in this test are:

Fat	Osteoporosis	Anemia	Colitis
Flu	Allergic	Fatigue	Constipation
Pill	Jaundice	Directed	

Fat, Flu, and Pill are not scored and are positioned at the beginning of the REALM-R to decrease test anxiety and enhance confidence.

SPECIAL CONSIDERATIONS WHEN USING THE REALM-R

1. Examiner Sensitivity

Many adults with low literacy skills will attempt to hide their deficiency. Ensure that you approach each person with respect and compassion. You may need to provide encouragement and reassurance. Many people with low literacy feel ashamed. Be sensitive.

2. Visual Acuity

If the person wears glasses, ask them to wear the glasses for the test. The word list should be set in 18-point font.

3. Pronunciation

Dictionary pronunciation is the scoring standard.

4. Dialect, Accent, or Articulation Problems

Count a word as correct if it is pronounced correctly and no additions or deletions have been made to the beginning or ending of the word. For example, a person who says "jaundiced" would not receive credit for the word "jaundice"; "directs" would not receive credit for the word "directed". Words pronounced with a dialect or accent should be counted as correct, provided there are no additions or deletions to the word. Particular attention should be paid to persons who use English as a second language.

5. Limitations of the REALM-R

The REALM-R can only be used for persons who read English; it has not been validated in other languages.

ADMINISTRATION

1. Print the list in 18-point font or greater.
2. Introduce the REALM-R to the person. The words “read” and “test” should be avoided when introducing and administering the REALM-R. The following statement can be used to introduce the REALM-R:

“Sometimes in the health care system, medical words are used that many people are not familiar with. I would like to get an idea of what medical words you are familiar with.”

3. Give the person the list of the REALM-R words. Point to the first word and ask the person read the 11 words out loud. Be sensitive to dialect, accent, and articulation problems.
4. If the person takes more than five seconds on a word, they should be encouraged to move on to the next word (e.g., say “Let’s try the next word.”) If the person begins to miss every word or appears to be struggling or frustrated, tell them, “Just look down the list and say the words you know.”

SCORING

Use the REALM-R Examiner Record to record the outcome of the test. The words Fat Flu and Pill are not scored. Count as an error any word that is not attempted or is mispronounced. Place a check mark (“√”) next to each word the person pronounces correctly, and an “X” next to each word the person does not attempt or mispronounces. Those with a score of 6 or less should be considered to be at risk for poor health literacy.

D. ANNEXE 4 (NVS)

Nutrition Facts			
Serving Size		½ cup	
Servings per container		4	
Amount per serving			
Calories	250	Fat Cal	120
			%DV
Total Fat	13g	20%	
Sat Fat	9g	40%	
Cholesterol	28mg	12%	
Sodium	55mg	2%	
Total Carbohydrate	30g	12%	
Dietary Fiber	2g		
Sugars	23g		
Protein	4g	8%	

*Percentage Daily Values (DV) are based on a 2,000 calorie diet. Your daily values may be higher or lower depending on your calorie needs.

Ingredients: Cream, Skim Milk, Liquid Sugar, Water, Egg Yolks, Brown Sugar, Milkfat, Peanut Oil, Sugar, Butter, Salt, Carrageenan, Vanilla Extract.

E. ANNEXE 5 (TABLEAU RÉCAPITULATIF DES ARTICLES SÉLECTIONNÉS)

ARTICLE/AUTEUR /DATE	OBJECTIF DE L'ETUDE	POPULATION ETUDIEE	METHODE	RESULTATS	LIMITES
(15).Residents' ability to identify patients with poor literacy skills/ Bass III et al. 2002	Déterminer si des résidents en médecine peuvent identifier les patients à faible niveau de littératie uniquement par le biais de la communication avec le patient	-45 résidents ont consulté 182 patients de 18 à 93 ans, 85% de type caucasien -Volontaires	- Étude transversale -Mesure du niveau de littératie en santé des patients après la consultation par le test rapide REALM -Questionnaire donné aux résidents ("Pensez vous que le patient a un problème de littératie" oui ou non)	-90% des patients ont été perçus par les résidents comme n'ayant pas de problème de littératie -36% des patients ayant un faible niveau de littératie n'ont pas été identifiés par les résidents	-Biais de sélection (participants volontaires, recrutement dans un seul centre médical) -Petit échantillon non représentatif
(16). Physician notification of their diabetes patients' limited health literacy. A randomized, controlled trial/ Seligman et al. 2005	Déterminer si le fait de connaître, pour les médecins, le faible niveau de littératie de leurs patients modifie le comportement et la satisfaction des médecins ainsi que l'autogestion des patients	-182 patients diabétiques de type 2 et ayant un faible niveau de littératie (évalué par STOFHLA marginal ou inadéquat) -assurés Medicaid ou non assurés, >30 ans, pas de problèmes mentaux ou de vue, rémunérés 5\$	- Étude randomisée et contrôlée (groupe intervention= médecin informés du niveau de littératie du patient vs groupe contrôle) -Questionnaire post consultation adressé aux médecins sur stratégies de communication utilisées (inclure un membre de l'entourage du patient/se référer à un diabétologue/se référer à un nutritionniste/utiliser des images ou graphiques/vérifier la com-	-Dans le groupe intervention, surestimation par les médecins du niveau de littératie chez 62% des patients -Utilisation significativement plus importante des stratégies de communication recommandées dans le groupe intervention vs contrôle (21% vs 8%) -Satisfaction des médecins du groupe Intervention significativement moins importante (81% vs 93%) -2% des médecins ont	-Biais de rappel (autoévaluation des stratégies de communication) -Biais de suivi (médecins connaissant l'objectif de l'étude=communication médecin-malade) -Biais de sélection (patients diabétiques d'un hôpital public)

ARTICLE/AUTEUR /DATE	OBJECTIF DE L'ETUDE	POPULATION ETUDIEE	METHODE	RESULTATS	LIMITES
		-suivis par 66 médecins de soins primaires d'un hôpital public	préhension de la thérapeutique/passer du temps à l'éducation du diabète) efficacité/satisfaction Évaluation préalable du niveau de littératie des patients	abordé le sujet de la littératie avec leurs patients -Pas de différence significative à court sur le suivi de l'HbA1c entre les deux groupes	
(17).Misperceptions of medical understanding in low literacy patients: implications for cancer prevention/ Rogers et al. 2006	Étude déterminant l'aptitude de résidents en MG à identifier les patients ayant des difficultés de compréhension liées à leur niveau de littératie	-140 patients vus par 18 résidents -Rémunérés, assurés, >18ans, sans problèmes de vue ou mentaux	- Étude transversale -Évaluation de la littératie des patients par le S-TOFHLA (36 items) -Évaluation du niveau de littératie des patients par les médecins sur une échelle de Likert (compréhension médicale sur 5 points)	-24% des patients ont un faible niveau de littératie (les plus jeunes ont un niveau de littératie significativement plus haut) -Identification par les médecins de seulement 47,1% des patients de faible niveau de littératie	-Biais de sélection (un seul centre de recrutement, volontaires, résidents non représentatifs des médecins généralistes)
(18).Physician overestimation of patient literacy: a potential source of health care disparities/ Kelly et Haidet 2007	Étude de la possible surestimation par les médecins du niveau de littératie de leurs patients	-12 médecins de soins primaires -100 patients d'un hôpital de vétérans à Houston, de plus de 18 ans et dont la première langue est l'anglais	- Étude transversale USA -Évaluation du niveau de littératie par test REALM -Évaluation en parallèle de la littératie par les médecins sur une échelle de 1 à 4	-Surestimation du niveau de littératie chez 54% des afro-américains/ 11% des blancs non hispaniques/ 36% d'autre origine ethnique -Surestimation au total du niveau de littératie chez 25% des patients -Donc surestimation fréquente et particulièrement	-Biais de sélection (dans un seul centre) -Utilisation d'une seule question d'évaluation par les médecins (non validée antérieurement)

ARTICLE/AUTEUR /DATE	OBJECTIF DE L'ETUDE	POPULATION ETUDIEE	METHODE	RESULTATS	LIMITES
				dans les minorités	
(19). Patient and physician factors predict patients' comprehension of health information/ Lukoschek et al. 2003	Identifier les facteurs influençant un manque de compréhension entre médecins et malades	-19 médecins -145 patients ambulatoires de soins primaires du New York Hospital -Exclusion des patients ne parlant et ne lisant pas l'anglais	- Étude transversale -Questionnaire délivré en fin de consultation au médecin et au patient -Thèmes mesurés : -clarté de l'information médicale donnée -attitude du médecin au sujet de l'information médicale -auto efficacité des médecins dans la communication -barrière du langage -participation à la santé -compréhension du patient aux informations de soins	-Le seul facteur sociodémographique lié à la compréhension de l'information médicale est le niveau scolaire -47% des patients sans diplôme universitaire expriment un manque de compréhension -Dans 23% des cas, le médecin surestime la capacité de compréhension du patient -Les médecins pensant être efficace dans la communication ou l'éducation ont une plus grande proportion de patients ne comprenant pas les informations médicales	-Biais de rappel -Biais de sélection -Échantillon de petite taille
(20).Do general practitioner overestimate the health of their patients with lower education? / Kelly-Irving et al. 2011	-Étude des différences d'estimation des médecins et des patients de l'état de santé des patients en fonction du niveau	-Étude INSERM -585 patients approchés en salle d'attente (plus de 18 ans, consultation en dehors d'une urgence,	- Étude transversale multicentrique -Questionnaire délivré aux patients et aux médecins concernant la santé des patients -3 niveaux scolaires (haut=baccalauréat ou plus, moyen=brevet ou	- Les patients ont significativement plus tendance à déclarer une santé moyenne ou mauvaise (31%/7%) que les médecins (26%/5% p<0,001) -Une association significative entre ac-	-Biais de sélection (médecins volontaires, patients sélectionnés en salle d'attente) problème pour généralisation des résultats

ARTICLE/AUTEUR /DATE	OBJECTIF DE L'ETUDE	POPULATION ETUDIEE	METHODE	RESULTATS	LIMITES
	scolaire	patient connu du médecin, absence de grossesse en cours) -27 médecins généralistes dans 3 régions françaises, volontaires	plus, bas=pas de diplôme)	cord/désaccord sur l'état de santé perçu et le niveau scolaire des patients est observée : 50% des patients en accord avec leur médecin ont un haut niveau scolaire contre seulement 15% des patients de bas niveau scolaire -Après ajustement, les patients de bas niveau ont plus tendance à être en désaccord avec leur médecin (OR=2.5, 95%CI : 1.3-4.6, p=0.005) que les patients de haut niveau -Lorsque le patient évalue sa santé plus mauvaise que ne le fait le médecin, les patients de bas niveau scolaire sont plus de 3 fois plus en désaccord avec leur médecin (OR : 3.68, 95%CI : 1.7-7.9, p<0.001) que les patients de haut niveau	

ARTICLE/AUTEUR /DATE	OBJECTIF DE L'ETUDE	POPULATION ETUDIEE	METHODE	RESULTATS	LIMITES
(21). Exploring patient involvement in health care decision making across different education and functional health literacy groups/ Smith et al. 2009	Étude du lien entre le niveau éducatif et la place du patient dans la prise de décisions concernant sa santé (soins centrés sur le patient)	-73 patients âgés de 55 à 64 ans éligibles au dépistage du cancer du colon -Recrutement du groupe à faible niveau scolaire : parmi 10 circonscriptions électorales dont le niveau socioéconomique est bas, inclusion selon le niveau scolaire (pas de diplôme, niveau bac ou moins, certificat professionnel), exclusion des individus ayant des difficultés à lire, ne parlant pas anglais -Recrutement du groupe à haut niveau	-Étude qualitative australienne -Entretiens individuels semi-structurés d'environ 1h -Évaluation du niveau de littératie en santé par TOFHLA et NVS -Subdivision du groupe à faible niveau scolaire selon résultats NVS : groupe haut niveau de littératie/bas niveau scolaire et groupe bas niveau de littératie/bas niveau scolaire	-Tous les participants ont un niveau de littératie adéquat selon le test TOFHLA -Patients de haut niveau scolaire estiment partager les décisions avec leur médecin, remettent plus souvent en question leurs décisions et vérifient la crédibilité des informations -Patients de bas niveau scolaire conçoivent leur implication uniquement en termes de consentement aux options du médecin et gardent la responsabilité de la décision finale -L'implication et la négociation avec le médecin semblent être plus liées au niveau scolaire qu'au niveau de littératie du patient	-Biais de recrutement : exclusion des patients à très bas niveau de littératie -Pas de prise en compte de l'âge ou du genre

ARTICLE/AUTEUR /DATE	OBJECTIF DE L'ETUDE	POPULATION ETUDIEE	METHODE	RESULTATS	LIMITES
		scolaire parmi les membres d'une université de Sydney			
(22).Health literacy and control in the medical encounter: a mixed-methods analysis/ Arthur et al. 2009	Étude de la nature de la relation médecin malade en fonction du niveau de littératie du patient	-31 patients diabétiques afro-américains, parlant anglais -16 médecins volontaires -2 encodeurs indépendants ont retranscrit les consultations -patients rémunérés	- Étude mixte américaine -Évaluation de la littératie par le test REALM -identification du type de communication médecin malade (paternaliste, bidirectionnel, consumériste)	-45% des patients ont un niveau inadéquat de littératie en santé -57% des patients ayant un faible niveau de littératie communiquent sur le mode paternaliste avec leur médecin, significativement plus que les patients de niveau adéquat en littératie (p=0,06) -La communication médecin-malade sur le mode bidirectionnel est la plus fréquente avec 45% du total des consultations et surtout plus fréquente chez les patients de niveau marginal ou adéquat en littératie	-Petit échantillon de patients -Biais de recrutement : afro-américains et diabétiques
(23).Does patient educational level affect office visits to family practice physicians?/	Étude de l'impact du niveau scolaire du patient sur le comporte-	-138 médecins généralistes membres de l'Ohio Academy of Family	- Étude transversale USA -Observation directe de consultations enregistrées puis analysées	-Association entre faible niveau scolaire et augmentation du temps passé à l'examen physique/conseils nutrition-	-Biais lié à l'observation directe des consultations (modifications des

ARTICLE/AUTEUR /DATE	OBJECTIF DE L'ETUDE	POPULATION ETUDIEE	METHODE	RESULTATS	LIMITES
Fiscella et al. 2002	ment du médecin	Physicians -2538 patients ambulatoires vus consécutivement pendant deux jours d'observation	-Participants informés uniquement de l'observation du contenu des consultations ambulatoires -Questionnaire patients (niveau scolaire/variables démographiques/autoévaluation de la santé/satisfaction de la consultation) -Analyse par régression logistique	nels et diminution des questions du patient/conseils pour l'exercice physique/vérification des connaissances du patient sur sa santé/négociation -Patients de faible niveau scolaire ont significativement rapporté que leurs attentes ont été moins comblées	comportements)
(24).Examining the pathways linking lower socioeconomic status and advanced melanoma/ Politt et al. 2012	Étudier les liens entre un niveau socioéconomique bas et le diagnostic récent de mélanome	-566 patients de plus de 18 ans ayant un diagnostic récent de mélanome	- Étude transversale USA -Statut socioéconomique évalué par le niveau scolaire (bas niveau=<lycée, certificat technique, haut niveau=>université) -Questionnaire rempli par les patients dans les 3 mois suivant le diagnostic	-35% des patients ont un niveau lycée ou moins -patients de faible niveau scolaire plus nombreux à penser que le mélanome n'est pas sérieux (OR=2,90), et connaissent moins les critères ABCD de dépistage (OR=2,34) -patients de faible niveau scolaire significativement moins examinés au niveau dermatologique durant l'année passée (OR=0,54) -patients de faible niveau	-Biais de rappel : données rapportées par les patients -Évaluation par le niveau scolaire

ARTICLE/AUTEUR /DATE	OBJECTIF DE L'ETUDE	POPULATION ETUDIEE	METHODE	RESULTATS	LIMITES
				scolaire moins informés du risque de cancer (OR=0,46), moins éduqués sur les signes dermatologiques à surveiller (OR=0,40) et moins nombreux à parler de cancer avec leur médecin (OR=0,43)	
(25).Functional health literacy and the quality of physician-patient communication among diabetes patients/ Schillinger et al. 2004	Étude des interactions entre la littératie en santé (fonctionnelle) et la qualité de la communication médecin-malade auprès de patients diabétiques	-408 patients diabétiques de type II, de plus de 30 ans, parlant anglais ou espagnol -88 médecins les suivant (médecine générale et médecine interne)	-Étude transversale USA -Évaluation de la littératie en santé par le test STOFHLA -Mesure de la qualité de communication médecin malade par questionnaire IPC (Interpersonal Process of care Questionnaire) utilisant 7 thèmes concernant la communication auprès des patients -Mesures sociodémographiques et résultats biologiques sur le diabète	-38% de patients ont un niveau de littératie en santé fonctionnelle inadéquat, 13% ont un niveau limite (variables associées : âge avancé, sexe féminin, origine ethnique autre que type caucasien, langue espagnole, niveau scolaire inférieur au secondaire) -Après ajustement de variables sociodémographiques, association indépendante entre un faible niveau de littératie et une mauvaise qualité de communication médecin-malade sur 3 thèmes (clarté générale, explications sur	-Biais de rappel (étude des patients) -Possible biais de confusion (origine ethnique et culturelle des médecins non prise en compte) -biais de sélection (patients diabétiques, un seul centre de soins)

ARTICLE/AUTEUR /DATE	OBJECTIF DE L'ETUDE	POPULATION ETUDIEE	METHODE	RESULTATS	LIMITES
				l'état de santé, explications sur le processus de soins) -Le faible niveau de littératie en santé affecte majoritairement la dimension explicative et participative de la communication	
(26). Breaking it down: patient-clinician communication and prenatal care among African American women of low and higher literacy/ Bennett et al. 2006	Étude des liens entre faible niveau de littératie et utilisation des soins prénataux	-202 femmes afro-américaines -Inclusion si mauvaise utilisation des soins prénataux (commencés après le 1er trimestre/ utilisation inadéquate)	-Étude mixte -Évaluation du niveau de littératie selon le niveau scolaire (bas= <6ème) -Interview individuelle puis création de 4 focus groupes selon niveau de littératie	-16% des femmes ont un bas niveau de littératie -Pas de différences significatives sur l'utilisation des soins prénataux en fonction du niveau de littératie -Facteur limitant retrouvé : communication médecin- malade qui, si jugée inefficace par les femmes, décourage les soins	-Échantillon de petite taille -Pas de saturation des données
(27). Closing the loop: Physician communication with diabetic patients who have low health literacy/ Schillinger et al. 2003	Étudier les modèles de communication médecin-malade	-74 patients ambulatoires parlant anglais, diabétique et de faible niveau de littératie en santé fonctionnelle -38 médecins	-Étude transversale -Enregistrement vidéo des consultations -Évaluation de la littératie par S-TOFHLA -Encodage identifiant les nouveaux concepts (changement de stratégie de soins ou nouvelle	-Introduction d'un nouveau concept dans 82% des consultations -Évaluation du rappel ou de la compréhension des patients au moins une fois dans 20% des consultations incluant un nouveau concept	-Petit échantillon ne permettant la généralisation des résultats -Biais de sélection

ARTICLE/AUTEUR /DATE	OBJECTIF DE L'ETUDE	POPULATION ETUDIEE	METHODE	RESULTATS	LIMITES
		de soins primaires travaillant dans un hôpital public -Recrutement dans deux centres de soins primaires de San Francisco	information médicale) et l'évaluation par le médecin de la compréhension du patient	-Les médecins ont évalué le rappel ou la compréhension de 15% du total des nouveaux concepts -Pas de différence significative dans la durée des consultations entre demande de rappel ou pas -Le rappel ou la compréhension des patients est incorrecte dans 47% des cas, aucun médecin n'a effectué de seconde vérification	
(28).Patients' perspectives of the doctor-patient relationship and information giving across a range of literacy levels/Shaw et al. 2009	Étude du ressenti des patients de la relation médecin malade et des informations données sur les soins de santé en fonction du niveau de littératie	321 patients d'une unité de cardiologie -âgés>18 ans -sans problèmes de vue ou d'audition, exclusion des patients stressés -volontaires	- Étude mixte anglaise -Évaluation du niveau de littératie en santé par le REALM -Questions ouvertes sur la relation médecin malade, entretien d'environ 1h au lit du patient	-22% des patients ont un bas niveau de littératie -Beaucoup de patients pensent que les informations orales et écrites devraient être délivrées en langage plus simple -79% préfèrent la communication orale en premier choix et 51% des informations écrites en second choix -Écoute du patient++/mettre le patient à l'aise pour qu'il puisse	-Biais de sélection (population âgée, maladie chronique, unité de lieu)

ARTICLE/AUTEUR /DATE	OBJECTIF DE L'ETUDE	POPULATION ETUDIEE	METHODE	RESULTATS	LIMITES
				<p>poser des questions++/temps de consultation++</p> <p>-les patients de haut et bas niveau de littératie éprouvent des difficultés à obtenir des informations claires et compréhensibles sur leur santé</p>	
(29).How the stigma of low literacy can impair patient-professional spoken interactions and affects health: insights of a qualitative investigation/ Easton et al. 2013	<p>-Étudier les liens entre faible niveau de littératie et mauvaise santé en explorant l'accès aux soins, l'autogestion de la santé et les comportements de santé des populations à faible niveau de littératie</p> <p>-Identifier comment les services de santé pourraient</p>	<p>-Recrutement d'adultes volontaires dans un centre d'apprentissage pour adultes</p> <p>-Rémunérés 10£</p>	<p>-Étude qualitative écosaisie</p> <p>-Interview individuelle initiale suivi d'un focus groupe standardisé en fonction données socio-démographiques/âge/problèmes de santé (9 personnes dont 4 personnes non interviewées précédemment)</p>	<p>-Saturation des données pour 25 interviews</p> <p>-Difficultés de communication écrite (lire des brochures médicales, échouer à répondre à une demande écrite d'examen, comprendre les modalités d'une intervention)</p> <p>-Difficultés de communication orale (évitement de conversation, pas de questions posées si incompréhension, difficultés de compréhension du jargon médical ou d'un vocabulaire trop complexe, sentiment que les professionnels de santé ne prêtent pas attention à</p>	-Biais de sélection

ARTICLE/AUTEUR /DATE	OBJECTIF DE L'ETUDE	POPULATION ETUDIEE	METHODE	RESULTATS	LIMITES
	mieux aider les personnes ayant une littératie faible et réduire les mauvais résultats de santé			leur incompréhension, anxiété parasitant la compréhension, honte à révéler leur incompréhension) -Stratégies de contournement (utilisation de prétexte, entourage) -Suggestions d'adaptation des professionnels de santé (simplification du vocabulaire oral et écrit, pour tous les interlocuteurs car anxiété de stigmatisation)	
(30).Low health literacy in older women: The influence of patient-clinician relation/ Carollo 2015	Explorer les expériences de patientes âgées de faible niveau de littératie en santé et de leurs professionnels de santé dans la navigation du système de santé au travers d'interviews guidées	-12 participants -Dont 4 professionnels de santé (3 infirmières et 1 médecin) -Dont 8 patientes âgées de 65 à 89 ans (2 diplômées de niveau universitaire, 6 diplômées de l'enseignement secondaire) -échantillon	- Étude qualitative -Entretiens individuels d'une heure avec guide d'interview semi-structuré, enregistrement audio -1 interviewer unique -Analyse par logiciel NVivo	-Thèmes récurrents pour une meilleure compréhension et navigation dans le système de santé : temps alloué au patient, mise en confiance du patient, communication centrée sur le patient, éducation et clarification des informations, écoute active, responsabilisation du patient	-Biais de sélection -Échantillon non représentatif, de petite taille

ARTICLE/AUTEUR /DATE	OBJECTIF DE L'ETUDE	POPULATION ETUDIEE	METHODE	RESULTATS	LIMITES
		patient : identifié par les médecins participant comme ayant un faible niveau de littératie en santé			
(31).Unraveling the relationship between literacy, language proficiency and patient-physician communication/Sudore et al. 2009	Étude de l'impact de la littératie en santé sur la communication médecin malade en fonction du type de communication médecin malade et de la concordance de langue	<ul style="list-style-type: none"> -771 patients USA ambulatoires de plus de 18 ans -exclusion des patients ayant des troubles mentaux, des problèmes de vue -Patients parlant anglais ou espagnol -Centres hospitaliers prenant en charge les personnes non assurées et de revenus modestes 	<ul style="list-style-type: none"> -Regroupement des données de 3 études américaines (une étude transversale étudiant l'association de la littératie en santé et des résultats de diabète, un essai contrôlé et randomisé évaluant l'autogestion du diabète, une étude transversale auprès de patients suivis en cardiologie pour évaluer l'interprétation par vidéoconférence) -Évaluation du niveau de littératie en santé (TOFHLA)/ concordance de la langue utilisée -3 questions concernant la relation médecin malade dans chaque étude pour évaluer le mode de 	<ul style="list-style-type: none"> -51% des patients ont un faible niveau de littératie et 49% des patients ont un niveau scolaire inférieur au second degré -33% des patients ont rapporté avoir une communication réceptive mauvaise/28% proactive mauvaise/56% bidirectionnelle mauvaise -Le faible niveau de littératie et les capacités limitées en anglais (évalués séparément) sont associés à une mauvaise communication dans les 3 domaines -Modèle multi variable : le faible niveau de littératie est associé à une communication réceptive et proactive mau- 	-Biais de rappel

ARTICLE/AUTEUR /DATE	OBJECTIF DE L'ETUDE	POPULATION ETUDIEE	METHODE	RESULTATS	LIMITES
			communication (réceptive=compréhension des explications données par le médecin, proactive=possibilité de poser des questions, bidirectionnelle=interactif)	vaises/capacités limitées en anglais associées à une communication interactive mauvaise -les résultats de l'analyse stratifiée suggèrent qu'un niveau de littératie adéquat peut aider à une meilleure communication médecin-malade lorsque les participants parlent le même langage (et non lorsque le langage diffère)	
(32).Patient literacy and question-asking behavior during the medical encounter: a mixed-method analysis/ Katz et al. 2007	Étude de l'impact du niveau de littératie sur le nombre et le type de questions posées par les patients pendant une consultation de soins primaires	-57 consultations enregistrées dans un centre de soins primaires d'Atlanta	-Étude mixte USA -encodage des questions posées par les patients par RIAS (Roter Interaction Analysis System) -Évaluation du niveau de littératie des patients par REALM (bas niveau=0-44, haut niveau=45-66)	-38,6% des patients à faible niveau de littératie (< niveau 6ème) -Les patients à faible niveau de littératie posent significativement moins de questions sur la santé (p=0,014) et moins en général -Les patients de faible niveau de littératie posent significativement plus de questions à type de demande de répétition et de questions procédurales -Moins enclins à utiliser les termes médicaux, le	-Petit échantillon -Pas de possibilité de saturation des données -Pas de contrôle des variables (culture/comportement du médecin) -Population étudiée : essentiellement afro-américaine, de sexe féminin

ARTICLE/AUTEUR /DATE	OBJECTIF DE L'ETUDE	POPULATION ETUDIEE	METHODE	RESULTATS	LIMITES
				nom des médicaments, à demander des services supplémentaires ou rechercher de nouvelles informations	
(33). What did the doctor says? Health literacy and recall of medical instructions/ McCarthy et al. 2012	Étudier la capacité des patients à répéter des instructions médicales délivrées oralement et l'impact du niveau de littératie en santé sur ces résultats	-755 patients de 55 à 74 ans recrutés dans le service de médecine interne d'un hôpital universitaire et 3 centres de soins fédéraux -Parlant anglais	- Étude transversale USA -Évaluation du niveau de littératie par le TOFHLA -2 vidéos de consultations hypothétiques (soins de plaies et reflux gastro-œsophagien) donnant des instructions sur la pathologie et instructions sur les soins (niveau de complexité du langage évalué à un niveau 3 ^{ème} et terminale) d'une durée de 2 minutes -Rappel immédiat pour les soins de plaies (7 items) et immédiat et différé à 15 min pour le reflux GO (10 items) sur questionnaire	-28,4% des patients ont un niveau de littératie en santé limité -Les rappels immédiat et différé des patients à faible niveau de littératie sont significativement moins bons que les patients à niveau de littératie adéquat -Le rappel différé est moins bon pour tous les niveaux de littératie -Sur plusieurs des questions, les patients à faible niveau de littératie ont une perte de rappel différé de presque 50% par rapport au rappel immédiat -Le rappel des derniers items de la consultation est en moyenne meilleur	-Utilisation d'une consultation hypothétique vidéo diffusée au patient : possible sous-estimation des capacités de rappel -Population non représentative : majoritairement des femmes âgées, assurées, ayant un niveau adéquat de littératie en santé

ARTICLE/AUTEUR /DATE	OBJECTIF DE L'ETUDE	POPULATION ETUDIEE	METHODE	RESULTATS	LIMITES
(34).The association between health literacy and cancer-related attitudes, behaviors and knowledges/ Morris et al. 2013	Liens entre littératie en santé et 4 variables ayant un impact sur l'engagement dans la prévention du cancer (dont le comportement face aux professionnels de santé)	-1013 individus entre 40 et 70 ans participant au plan de dépistage organisé par le Cancer Research Network dans 4 centres aux USA -Parlant anglais, assurés, volontaires et rémunérés	- Étude transversale -Évaluation de la littératie en santé (compréhension orale et écrite) et de la numératie par le biais de 3 tests (Cancer Message Literacy Test-Listening ; CMLT-Reading, Lipkus Numeracy Scale) -Autoévaluation des participants sur leur compréhension orale/écrite et numérique sur une échelle de 1 à 4 -Questionnaire de l'étude délivré individuellement et oralement sauf CMLT-R -2 groupes formés en fonction des résultats aux tests d'évaluation en littératie (faible niveau=score inférieur au dernier quartile des 3 tests)	-10, 3% des participants ont un faible niveau de littératie -Le faible niveau de littératie est lié significativement à : un évitement des consultations médicales, attitudes fatalistes envers le cancer, moins de connaissances sur le but des dépistages, évitements des informations médicales ne les concernant pas, recherche des informations auprès des professionnels de santé, moins d'utilisation des médias papier/numérique par rapport à la TV	-Biais d'inclusion (population assurée et volontaire) -Évaluation uniquement des patients
(35).Educational inequalities in patient-centered care : patients' preferences and	Étudier les différences entre les patients de haut et bas niveau	-Données provenant de multiples centres de soins, dispensant des	- Étude transversale néerlandaise -3 questions du CQI utilisées : explications données par le médecin	-La comparaison des deux modèles de régression montre que le niveau scolaire explique les différences sur le niveau	-Biais de sélection : participants capables de répondre seuls au questionnaire CQI

ARTICLE/AUTEUR /DATE	OBJECTIF DE L'ETUDE	POPULATION ETUDIEE	METHODE	RESULTATS	LIMITES
<p>experiences/ Rademakers et al. 2012</p>	<p>scolaire dans leurs choix et expériences des soins centrés sur le patient (décisions partagées, explications données par le médecin, capacité à poser des questions)</p>	<p>questionnaires CQI (Index de Qualité du Consommateur) -Recrutement de patients ayant trois types de pathologies : polyarthrite rhumatoïde (349), hernie discale (145) et pathologie mammaire (525) -Recrutement par mail par le biais des compagnies d'assurance ou des hôpitaux</p>	<p>claires ? capable de poser des questions au médecin ? capable de participer aux décisions de soins ? -Réponses selon l'importance estimée et la fréquence sur échelle de Likert -3 niveaux éducatifs définis : bas (niveau collège), moyen (niveau lycée), haut (niveau universitaire) -Variables indépendantes : genre/âge/niveau scolaire -Variables dépendantes : importance et fréquence (expérience) -Modèle A : comparaison des variables indépendantes à l'exception du niveau scolaire aux variables dépendantes -Modèle B : Le niveau scolaire est ajouté comme variable explicative</p>	<p>d'importance des résultats : Les patients à faible niveau scolaire trouvent significativement moins important de participer aux décisions de soins, d'être capable de poser des questions et d'avoir des explications claires -Une association entre le niveau scolaire et la fréquence en consultation des 3 items de soins centrés sur le patient n'a pas été retrouvée : pas de différences significatives entre les groupes de niveau scolaire différent -Il n'y aurait pas de différence en termes d'expérimentation de soins centrés sur le patient selon le niveau scolaire lors des consultations</p>	<p>-Variable étudiée n'est pas le niveau de littératie mais le niveau scolaire -Population non représentative</p>

ARTICLE/AUTEUR /DATE	OBJECTIF DE L'ETUDE	POPULATION ETUDIEE	METHODE	RESULTATS	LIMITES
(36).Beyond literacy and numeracy in patient provider communication : focus groups suggest roles for empowerment, provider attitudes and language/Brugge et al. 2009	Étude de l'impact de la langue sur les impressions des patients au sujet de la communication médecin malade	<ul style="list-style-type: none"> -12 focus groupes en anglais, espagnol et cantonais de 4 à 12 participants, 85 participants au total -Pour chaque groupe, 2 groupes de haut niveau scolaire et 2 groupes de bas niveau scolaire -participants de plus de 18 ans, exclusion des personnes travaillant dans le milieu médical ou de la communication, membres du clergé -rémunération 	<p>-Étude qualitative</p> <ul style="list-style-type: none"> -Vidéos retranscrites, traduites et analysées -Entretiens semi structurés : 3 thèmes (relation médecin malade, définition de 2 pathologies médicales) -niveau de littératie évaluée selon le niveau scolaire (bas niveau=inférieur ou égal au lycée, haut niveau=plus de 2 ans d'université) 	<ul style="list-style-type: none"> -5 thèmes identifiés : langue de communication discordante/ Langue concordante /autonomisation/attitude du professionnel/rapports avec le système de soins -Dans les groupes à faible niveau scolaire : moins d'expériences d'implication dans les décisions de santé/nécessité de supprimer le jargon et d'utiliser des outils imprimés/importance de l'empathie, de l'écoute bienveillante et du comportement amical du médecin/peu d'expériences d'autonomisation -Dans les groupes à haut niveau scolaire : demandes plus sophistiquées (dessins de molécule par ex), recherche de reconnaissance de leurs connaissances et demande d'informations 	<ul style="list-style-type: none"> -Biais de rappel : étude auprès de patients uniquement -Biais de sélection : participants d'une seule zone urbaine -Petit échantillon -Pas de notion de saturation des données

ARTICLE/AUTEUR /DATE	OBJECTIF DE L'ETUDE	POPULATION ETUDIEE	METHODE	RESULTATS	LIMITES
				supplémentaires/recherche d'un équilibre de pouvoir dans la communication avec le médecin -Importance pour les patients, au-delà de la littératie et du langage, de la relation sociale -probable influence du statut social sur la relation médecin-malade	
(37).The association of understanding of medical statistics with health information seeking and health provider interaction in a national sample of young adults/ Manganello et Clayman 2011	Étude chez de jeunes adultes sur le lien entre niveau de numératie et : -confiance dans les informations médicales -recherche d'informations médicales -interaction avec les professionnels de santé	-661 jeunes adultes (18 à 29 ans) ayant répondu à une enquête nationale sur la santé (HINTS) organisée par le National Cancer Institute, par téléphone ou mail -inclusion à posteriori des jeunes adultes ayant répondu à une question évaluant la nu-	-Étude transversale américaine -Niveau de numératie définie selon l'autoévaluation de la compréhension des statistiques en santé (difficile/très difficile=bas niveau ; facile/très facile=haut niveau) -Recueil des variables sociodémographiques dont le niveau scolaire -Recueil des items évaluant la confiance dans les diverses sources d'informations, la recherche d'informations	-Groupe à bas niveau en numératie=30% de l'échantillon -Pas de différence significative entre les deux groupes au niveau socio-démographique et en ce qui concerne la confiance dans diverses sources d'informations médicales -La recherche d'informations médicales demande significativement plus d'effort ($p < 0,01$) et est plus source de frustration dans le groupe de bas niveau de littératie	-Biais de mesure : un seul item utilisé pour la mesure de la numératie, pas de mesure de la littératie en santé -Mesure de la numératie par autoévaluation

ARTICLE/AUTEUR /DATE	OBJECTIF DE L'ETUDE	POPULATION ETUDIEE	METHODE	RESULTATS	LIMITES
		numératie	de santé et la communication médecin-malade -Comparaison des groupes de haut et bas niveau en numératie	(p<0,04) -Les participants du groupe à bas niveau de numératie ont significativement moins tendance à déclarer que leur médecin s'assure de leur compréhension (p=0,0001) et sont moins confiants du fait qu'ils gèrent bien leur santé (p=0,0001) -Les auteurs ont comparé leur étude avec un échantillon de personnes de plus de 30 ans, retrouvant cette fois-ci des différences significatives au niveau sociodémographique (dont le niveau scolaire corrélé au niveau de numératie), résultats identiques pour la recherche d'informations et la communication avec le médecin	

ARTICLE/AUTEUR /DATE	OBJECTIF DE L'ETUDE	POPULATION ETUDIEE	METHODE	RESULTATS	LIMITES
(38). Low literacy Chinese patients: how are they affected and how do they cope with health matters?/ Lam et al. 2004	Collecter des données concernant les différentes expériences de patients de faible niveau de littératie confrontés au système de soin	-36 participants (9 interviews individuelles et 27 participants au sein de 6 focus groupes) -Âgés de 30 à 89 ans, essentiellement des femmes -Inclusion selon le niveau scolaire (<premier degré) ou déclarant être illettré	- Étude qualitative menée à Hong-Kong -3 thèmes de discussion : les effets négatifs d'un faible niveau de littératie sur leur santé, leurs expériences et la gestion des difficultés, leurs suggestions sur l'aide que le système de soins pourrait leur apporter -Entretiens semi-structurés	-Pour un certain nombre de participants, un faible niveau de littératie n'est pas un problème (même si conséquences sur leur santé) -Les difficultés principales sont les erreurs dans la prise de médicaments -Les mécanismes de compensation les plus fréquents : repérage de la couleur du médicament/boîte, utilisation de symboles pour l'horaire de prise, demande d'aide auprès de la famille -Meilleure aide suggérée par les participants est d'améliorer les explications données par les professionnels de santé	-Biais de sélection -Échantillon non représentatif -Pas de notion de saturation des données
(39). Use of a low literacy patient education toll to enhance pneumococcal vaccination rates. A randomized controlled trial/ Jacobson et al.	Déterminer si l'utilisation d'un outil pédagogique écrit en langage simple peut favoriser le dialogue	-433 patients de soins primaires ayant des indications vaccinales recrutés dans 2 services ambulatoires d'un	- Étude randomisée en double aveugle -2 groupes de patients : groupe intervention (ont reçu avant la consultation un imprimé d'une page en langage simple=5 ^{ème} grade de	-64,7% ont un niveau scolaire < au secondaire, 92,6% afro-américains, 69,3% de sexe féminin -Discussion au sujet de la vaccination significativement plus fréquente dans le groupe intervention vs	-Biais de migration (erreurs d'inclusions et perdus de vue) -Biais de rappel (questionnaire auprès des patients)

ARTICLE/AUTEUR /DATE	OBJECTIF DE L'ETUDE	POPULATION ETUDIEE	METHODE	RESULTATS	LIMITES
1999	médecin-malade au sujet de la vaccination antipneumococcique et augmenter le taux de vaccination	hôpital d'Atlanta (USA)	lecture, les encourageant à questionner leur médecin au sujet du vaccin) groupe contrôle (informations nutritionnelles) -Questionnaire post consultation + niveau scolaire -Médecins non informés de la nature de l'étude	contrôle (39,4% vs 9,9%) -Taux de vaccination significativement plus élevé dans le groupe intervention (19,9% vs 3,8%) -Intérêt en pratique de brochures écrites dans un langage simple favorisant la prévention	-Échantillon de petite taille, non représentatif -Pas de double aveugle
(40).Communication techniques for patients with low health literacy: a survey of physicians, nurses and pharmacists/ Schwartzberg et al. 2007	Étude des méthodes utilisées par les professionnels de santé pour améliorer la communication avec les patients ayant un faible niveau de littératie	-99 médecins -87 infirmières -87 pharmaciens -participant à des programmes de formation continue sur la sécurité des patients et la qualité des soins de santé	- Étude transversale USA -Évaluation par chaque professionnel de santé des stratégies d'amélioration de la communication (proposition de 14 méthodes de communication), leur fréquence d'utilisation et leur efficacité chez les patients à faible niveau de littératie	-Stratégies les plus utilisées : utiliser un langage simple (94,7%)/utiliser des supports imprimés (70,3%)/parler lentement (67,3%) -Stratégies les plus utilisées ne sont pas forcément celles proposées par les experts en littératie de santé (teach back peu utilisé 30%)	-Biais de sélection (participants plus impliqués)
(41).Impact of communicative and critical health literacy on understanding of diabetes care and self efficacy in	Étudier le rôle de la littératie en santé (critique et communicative) en soins primaires	-269 patients dans 17 centres de soins primaires au Japon -Diabétiques de	- Étude transversale -Questionnaire évaluant la littératie en santé (fonctionnelle, communicative et critique) -Questionnaire évaluant	-20% des participants ont un niveau d'enseignement scolaire supérieur au second degré, 45% ont un niveau lycée	-Biais d'inclusion : questionnaire rempli par les patients seuls, patients recrutés par leur médecin

ARTICLE/AUTEUR /DATE	OBJECTIF DE L'ETUDE	POPULATION ETUDIEE	METHODE	RESULTATS	LIMITES
diabetes management : a cross sectional study of primary care in Japan/ Inoue et al. 2013	sur la prise en charge du diabète et dans la relation médecin-malade	type II depuis plus d'un an, suivi régulier -Âgés de 20 à 75 ans -Exclusion des patients ne pouvant répondre seuls au questionnaire	la communication médecin-malade/la compréhension du suivi du diabète et l'autoévaluation de la gestion de leur diabète/variables sociodémographiques	-Association indépendante entre littératie en santé (communicative et critique) ET la compréhension et la gestion du diabète par les patients -Association indépendante entre littératie en santé (communicative et critique) ET la clarté des explications données par le médecin	-Étude japonaise : niveau de littératie de la population peu comparable à celle des populations occidentales -Évaluation de la littératie sur une échelle validée au Japon -Évaluation de la communication médecin-malade sur un item (clarté des explications du médecin) -Évaluation unique des patients
(42).The relationship of patients participation and diabetes outcomes for patients with high versus low health literacy/ Ishikawa et Yano 2011	Étude de la relation entre la participation des patients dans les consultations et l'auto efficacité/contrôle du diabète selon le niveau de littératie	-143 patients diabétiques de type II, suivi dans un service ambulatoire de médecine interne à Tokyo	-Étude transversale japonaise -Littératie en santé communicative mesurée sur une échelle d'autoévaluation nouvellement développée au Japon : 5 items posés au patient (recherche d'info de diverses sources/ en ex-	-75% des patients ont au moins un niveau baccalauréat -25,9% des patients ont un bas niveau de littératie communicative en santé -La littératie communicative en santé et la participation du patient sont associées significativement à une meilleure auto	-Biais de sélection (Un seul service hospitalier, en zone urbaine) : possible surestimation de la littératie par rapport à la population générale -Mesure de la littératie impos-

ARTICLE/AUTEUR /DATE	OBJECTIF DE L'ETUDE	POPULATION ETUDIEE	METHODE	RESULTATS	LIMITES
	communicative en santé		<p>traire le contenu voulu/ comprendre l'info obtenue/ parler de sa maladie/ appliquer l'info obtenue à son cas) si score<2=bas niveau</p> <ul style="list-style-type: none"> -Mesure de la participation à la consultation perçue par le patient -Mesure de l'auto efficacité dans les soins -Mesure des résultats de diabète 	<p>efficacité et une baisse de l'HbA1c</p> <ul style="list-style-type: none"> -Les patients à faible niveau de littératie communicative gèrent mieux leur diabète lorsqu'ils participent activement à la consultation 	<p>sible par TOFHLA ou REALM (Japon)</p>

VIII. BIBLIOGRAPHIE

1. Moreau AC. Le concept de littératie en francophonie : que disent les définitions? Rev Consort Natl Rech Sur Intégr Soc. avr 2013;4(2):14-8.
2. Rootman I, Gordon-El-Bihbety D, Canadian Public Health Association, Expert Panel on Health Literacy. Vision d'une culture de la santé au Canada rapport du Groupe d'experts sur la littératie en matière de santé. Ottawa, Ont.: Association canadienne de santé publique; 2008.
3. Organisation de coopération et de développement économiques, Statistique Canada. La littératie à l'ère de l'information-Rapport final de l'Enquête internationale sur la littératie des adultes. OCDE; 2000 p. 211. Disponible sur: <http://acseg.univ-mrs.fr/redactologie/IMG/pdf/3Literatie.pdf>
4. Organisation de coopération et de développement économiques. Perspectives de l'OCDE sur les compétences 2013 Premiers résultats de l'Évaluation des compétences des adultes. OCDE. Paris: OECD Publishing; 2013.
5. Don Nutbeam. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int. 2000;15(3):259-69.
6. ANLCI. Les définitions / De quoi parle-t-on ? / Illettrisme / Accueil - Agence Nationale de Lutte contre l'Illettrisme. Disponible sur: <http://www.anlci.gouv.fr/Illettrisme/De-quoi-parle-t-on/Les-definitions>
7. Jonas N. Pour les générations les plus récentes, les difficultés des adultes diminuent à l'écrit, mais augmentent en calcul. INSEE Première; 2012. Disponible sur: <http://insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1426/ip1426.pdf>
8. Vourc'h R, Rivière J-P. Journée Défense et Citoyenneté 2013 : des difficultés en lecture pour un jeune français sur dix [Internet]. Direction de l'évaluation, de la prospective, et de la performance ; 2014 avr Disponible sur : http://cache.media.education.gouv.fr/file/2014/06/2/DEPP_NI_2014_12_JDC_2013_lecture_317062.pdf
9. Organisation de coopération et de développement économiques. FRANCE-Note Pays- Perspectives de l'OCDE sur les compétences 2013 : Premiers résultats de l'Évaluation des compétences des adultes. OCDE ; 2013 p. 14. Disponible sur : [http://www.oecd.org/site/piaac/Country%20note%20-%20France%20\(FR\).pdf](http://www.oecd.org/site/piaac/Country%20note%20-%20France%20(FR).pdf)
10. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD, World Health Organization, éditeurs. Health literacy: the solid facts. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2013. 73 p.
11. Vernon JA, Trujillo A, Rosenbaum SJ, DeBuono B. Low health literacy: Implications for national health policy. 2007 ; Disponible sur: http://hsrc.himmelfarb.gwu.edu/sphhs_policy_facpubs/172/

12. Davis TC, Crouch MA, Long SW, Jackson RH, Bates P, George RB, et al. Rapid assessment of literacy levels of adult primary care patients. *Fam Med.* août 1991;23(6):433-5.
13. Parker RM, Baker DW, Williams MV, Nurss JR. The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. *J Gen Intern Med.* oct 1995;10(10):537-41.
14. Pfizer. Newest Vital Sign | Pfizer: One of the world's premier biopharmaceutical companies. Disponible sur : http://www.pfizer.com/health/literacy/public_policy_researchers/nvs_toolkit
15. Bass PF, Wilson JF, Griffith CH, Barnett DR. Residents' ability to identify patients with poor literacy skills. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* oct 2002;77(10):1039-41.
16. Seligman HK, Wang FF, Palacios JL, Wilson CC, Daher C, Piette JD, et al. Physician notification of their diabetes patients' limited health literacy. A randomized, controlled trial. *J Gen Intern Med.* nov 2005;20(11):1001-7.
17. Rogers ES, Wallace LS, Weiss BD. Misperceptions of medical understanding in low-literacy patients: implications for cancer prevention. *Cancer Control J Moffitt Cancer Cent.* juill 2006;13(3):225-9.
18. Kelly PA, Haidet P. Physician overestimation of patient literacy: a potential source of health care disparities. *Patient Educ Couns.* avr 2007;66(1):119-22.
19. Lukoschek P, Fazzari M, Marantz P. Patient and physician factors predict patients' comprehension of health information. *Patient Educ Couns.* juin 2003;50(2):201-10.
20. Kelly-Irving M, Delpierre C, Schieber A-C, Lepage B, Rolland C, Afrité A, et al. Do general practitioners overestimate the health of their patients with lower education? *Soc Sci Med* 1982. nov 2011;73(9):1416-21.
21. Smith SK, Dixon A, Trevena L, Nutbeam D, McCaffery KJ. Exploring patient involvement in healthcare decision making across different education and functional health literacy groups. *Soc Sci Med* 1982. déc 2009;69(12):1805-12.
22. Arthur SA, Geiser HR, Arriola KRJ, Kripalani S. Health literacy and control in the medical encounter: a mixed-methods analysis. *J Natl Med Assoc.* juill 2009;101(7):677-83.
23. Fiscella K, Goodwin MA, Stange KC. Does patient educational level affect office visits to family physicians? *J Natl Med Assoc.* mars 2002;94(3):157-65.
24. Pollitt RA, Swetter SM, Johnson TM, Patil P, Geller AC. Examining the pathways linking lower socioeconomic status and advanced melanoma. *Cancer.* 15 août 2012;118(16):4004-13.
25. Schillinger D, Bindman A, Wang F, Stewart A, Piette J. Functional health literacy and the quality of physician-patient communication among diabetes patients. *Patient Educ Couns.* mars 2004;52(3):315-23.
26. Bennett I, Switzer J, Aguirre A, Evans K, Barg F. « Breaking it down »: patient-clinician communication and prenatal care among African American women of low and higher literacy. *Ann Fam Med.* août 2006;4(4):334-40.

27. Schillinger D, Piette J, Grumbach K, Wang F, Wilson C, Daher C, et al. Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Arch Intern Med.* 13 janv 2003;163(1):83-90.
28. Shaw A, Ibrahim S, Reid F, Ussher M, Rowlands G. Patients' perspectives of the doctor-patient relationship and information giving across a range of literacy levels. *Patient Educ Couns.* avr 2009;75(1):114-20.
29. Easton P, Entwistle VA, Williams B. How the stigma of low literacy can impair patient-professional spoken interactions and affect health: insights from a qualitative investigation. *BMC Health Serv Res.* 2013;13:319.
30. Carollo S. Low health literacy in older women: The influence of patient-clinician relationships. *Geriatr Nurs N Y N.* avr 2015;36(2 Suppl):S38-42.
31. Sudore RL, Landefeld CS, Pérez-Stable EJ, Bibbins-Domingo K, Williams BA, Schillinger D. Unraveling the relationship between literacy, language proficiency, and patient-physician communication. *Patient Educ Couns.* juin 2009;75(3):398-402.
32. Katz MG, Jacobson TA, Veledar E, Kripalani S. Patient literacy and question-asking behavior during the medical encounter: a mixed-methods analysis. *J Gen Intern Med.* juin 2007;22(6):782-6.
33. McCarthy DM, Waite KR, Curtis LM, Engel KG, Baker DW, Wolf MS. What did the doctor say? Health literacy and recall of medical instructions. *Med Care.* avr 2012;50(4):277-82.
34. Morris NS, Field TS, Wagner JL, Cutrona SL, Roblin DW, Gaglio B, et al. The association between health literacy and cancer-related attitudes, behaviors, and knowledge. *J Health Commun.* 2013;18 Suppl 1:223-41.
35. Rademakers J, Delnoij D, Nijman J, de Boer D. Educational inequalities in patient-centred care: patients' preferences and experiences. *BMC Health Serv Res.* 2012;12:261.
36. Brugge D, Edgar T, George K, Heung J, Laws MB. Beyond literacy and numeracy in patient provider communication: focus groups suggest roles for empowerment, provider attitude and language. *BMC Public Health.* 2009;9:354.
37. Manganello JA, Clayman ML. The association of understanding of medical statistics with health information seeking and health provider interaction in a national sample of young adults. *J Health Commun.* 2011;16 Suppl 3:163-76.
38. Lam TP, Cheng YH, Chan YL. Low literacy Chinese patients: how are they affected and how do they cope with health matters? A qualitative study. *BMC Public Health.* 4 mai 2004;4:14.
39. Jacobson TA, Thomas DM, Morton FJ, Offutt G, Shevlin J, Ray S. Use of a low-literacy patient education tool to enhance pneumococcal vaccination rates. A randomized controlled trial. *JAMA.* 18 août 1999;282(7):646-50.
40. Schwartzberg JG, Cowett A, VanGeest J, Wolf MS. Communication techniques for patients with low health literacy: a survey of physicians, nurses, and pharmacists. *Am J Health Behav.* oct 2007;31 Suppl 1:S96-104.

41. Inoue M, Takahashi M, Kai I. Impact of communicative and critical health literacy on understanding of diabetes care and self-efficacy in diabetes management: a cross-sectional study of primary care in Japan. *BMC Fam Pract.* 2013;14:40.
42. Ishikawa H, Yano E. The relationship of patient participation and diabetes outcomes for patients with high vs. low health literacy. *Patient Educ Couns.* sept 2011;84(3):393-7.

RÉSUMÉ

Titre : Impact de la littératie en santé sur la relation médecin-malade : revue de la littérature

Contexte : Un faible niveau de littératie en santé impacte négativement la santé des populations et donc les coûts de santé. Le concept de littératie est peu connu et utilisé en France où l'on parle plus volontiers d'illettrisme. De fait, l'impact de la littératie en santé (ou même de l'illettrisme) sur la relation médecin-malade est méconnu en France, alors que 21,6% de la population française aurait un niveau de littératie très faible selon l'OCDE.

Objectif : Premièrement identifier les conséquences d'un faible niveau de littératie sur la communication médecin-malade et secondairement faire la synthèse des diverses méthodes proposées pour améliorer la relation médecin-malade.

Méthode : Revue de la littérature dans Medline retrouvant 28 études publiées, pour la grande majorité nord-américaines.

Résultats : Les patients à faible niveau de littératie sont mal identifiés par les professionnels de santé. La communication avec ce groupe de patients semble être caractérisée par un style plus directif, avec des patients plus passifs, comprenant moins bien les explications données, et des médecins utilisant un langage trop complexe. Les stratégies de communication pouvant renforcer la compréhension des patients sont peu utilisées. Pourtant, une simple question demandant au patient de répéter l'information médicale avec ses propres mots semble être efficace pour favoriser le dialogue et s'assurer de sa compréhension.

Conclusion : Compte-tenu de l'impact de la littératie sur la santé, il semble important de développer en France l'étude de ce concept et de ses conséquences, pour améliorer la compréhension et l'observance des patients.

MOTS CLES

Littératie ; Littératie en santé ; Illettrisme, Relation médecin-malade ; Communication ; Revue de littérature