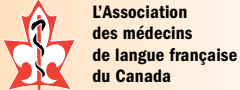


Sont représentés au conseil de rédaction de MedActual DPC



L'Association des médecins de langue française du Canada



La faculté de médecine de l'Université Laval



Le Collège québécois des médecins de famille

Conseil de rédaction et révision scientifique

Président du conseil

Dr François Croteau

Omnipraticien, hôpital Santa-Cabrini, Montréal;
Membre du Comité de formation médicale continue de l'Association des médecins de langue française du Canada;
Directeur médical aux Éditions Santé Rogers Media.



Dre Johanne Blais

Membre du Conseil de FMC de la faculté de médecine de l'Université Laval;
Responsable du Comité de FMC du dépt. de médecine familiale de l'Université Laval;
Professeur adjoint de clinique, CHUQ, hôpital Saint-François d'Assise.



Dr Roger Ladouceur

Responsable du Plan d'autogestion de DPC, Collège des médecins du Québec;
Professeur agrégé de clinique du dépt. de médecine familiale de l'Université de Montréal;
Médecin de famille, Hôpital de Verdun du CSSS du Sud-Ouest-Verdun.



Dre Francine Léger

Médecin de famille;
Chargé d'enseignement clinique au département de médecine familiale de l'Université de Montréal;
Service de périnatalité du CHUM.



Dre Diane Poirier

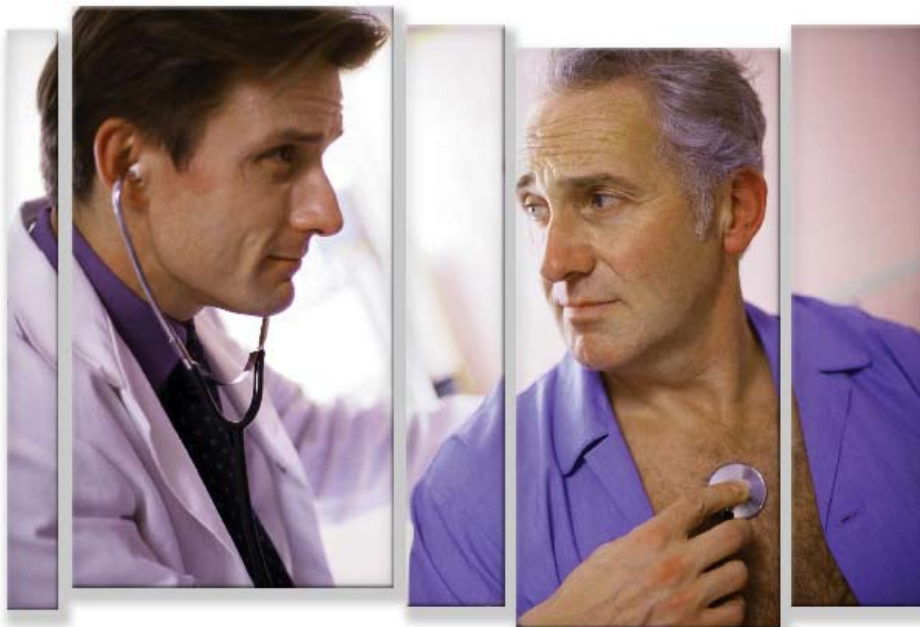
Médecin, M.Sc.;
Chef du service des soins intensifs au CSSS Richelieu-Yamaska;
Professeur d'enseignement clinique au CHUS;
Membre du comité de FPC de l'AMLF.



Dialogue au rendez-vous

La littératie en santé : une chance sur deux d'être compris par son patient

par Claude Richard* et la Dre Marie-Thérèse Lussier**



Les liens entre le niveau de littératie et la santé sont aujourd'hui prouvés. La plupart du matériel informatif produit en santé exige un niveau supérieur au secondaire 5 pour être bien compris. Cependant, nous savons que le niveau moyen de littératie de la population ne dépasse pas la fin du primaire ou moins. Selon le *Grand dictionnaire terminologique* de l'Office de la langue française, le terme « littératie » se définit ainsi : « Ensemble des connaissances en lecture et en écriture permettant à une personne d'être fonctionnelle en société. »

Le rapport de l'Enquête nationale sur l'apprentissage des adultes (NALS) a établi que 21 % de la population n'a pas une littératie générale suffisante pour fonctionner de façon appropriée en société et que 27 % aurait des capacités sur le seuil de la littératie. C'est donc 48 % de la population qui n'a pas le niveau de littératie générale considéré comme nécessaire pour fonctionner dans une société complexe¹.

Dans le cas de la santé, un rapport du Conseil canadien sur l'apprentissage (CCA) publié en 2007 soutient que plus de la moitié (55 %) des Canadiens ne détiennent pas le niveau de littératie nécessaire en santé pour comprendre la posologie des médicaments ou les consignes de sécurité qu'ils reçoivent. Ce taux frise même 90 % chez les personnes âgées. Or, le niveau de littératie en santé est le meilleur prédicteur de l'état de santé d'une personne, plus que le revenu, l'éducation, la profession, etc. Il n'est pas étonnant, dans un tel contexte, que seulement 50 % de l'information donnée puisse être décryptée correctement par le patient à la fin de l'entrevue médicale².

Le Conseil canadien sur l'apprentissage a retenu la définition suivante de la littératie en santé (dont l'alphabétisation n'est qu'une dimension sur quatre) : « C'est la mesure dans laquelle une personne est capable d'obtenir, de traiter et de comprendre l'information de base sur la santé et les services dont elle a besoin pour prendre des décisions éclairées sur sa santé. »

Le CCA divise la compétence en littératie en quatre sous-compétences distinctes :

1. La capacité de lire un texte continu
2. La capacité de lire un texte schématique
3. La numératie
4. La résolution de problèmes.

De ces quatre compétences, la numératie et la résolution de problèmes sont les moins performantes.

Cela signifie qu'un médecin a environ une chance sur deux d'avoir devant lui une personne qui n'a pas le niveau de littératie nécessaire à un fonctionnement optimal dans le

monde de la santé. Ces adultes n'ont pas les capacités de lire, d'écrire, de parler et de compter pour solutionner des problèmes de santé. Dans une étude, Williams et ses collaborateurs ont trouvé que 42 % de la population étudiée n'était pas capable de comprendre les instructions sur la façon de prendre des médicaments sur un estomac vide et 26 % ne pouvait pas comprendre la feuille de rendez-vous.

Un individu n'ayant pas un niveau de littératie suffisant en santé n'est pas seulement limité dans sa capacité à comprendre les traitements, mais également dans sa capacité à aller chercher les soins nécessaires et dans celle de s'orienter dans la bureaucratie médicale. Cette difficulté s'étend à la capacité de calculer et de comprendre les résultats de calculs, par exemple les risques, les probabilités, les chances, etc., ce qui est limitant, car, d'une part, la médecine s'exerce à partir d'un contexte scientifique et, d'autre part, il est impossible de donner un consentement éclairé si on ne comprend pas le sens des propos entendus. Lorsque les patients ont une compréhension adéquate, 68 % sont observants à leur traitement,

Objectifs pédagogiques

- Être en mesure d'identifier les patients souffrant de difficultés en littératie.
- Se doter des moyens pour leur venir en aide.

Mots-clés

Littératie en santé, compréhension, analphabétisme, numératie.

* Ph. D., membre associé de l'Équipe de recherche en soins de première ligne de la Cité de la santé de Laval.

** M.Sc., B.Sc., FCMFC, professeur agrégé, département de médecine familiale de l'Université de Montréal; membre de l'Équipe de recherche en soins de première ligne de la Cité de la santé de Laval.

67 % se souviennent correctement des consignes et 79 % affirment être satisfaits de la communication avec leur médecin. Chez ceux qui n'ont pas une compréhension appropriée, 32 % sont observants, 33 % se souviennent correctement et 21 % se disent satisfaits de la communication avec leur médecin³.

Le niveau d'éducation, même s'il est un bon indicateur de la littératie générale, peut être particulièrement trompeur pour ce qui est de la littératie en santé². En effet, la littératie est associée à des domaines de connaissances. Ainsi, un programmeur informatique, bien qu'instruit, peut avoir un faible niveau de littératie en santé. De plus, la littératie est une capacité qui s'entretient : moins on l'utilise, plus elle a tendance à diminuer avec le temps.

Exemples de situations problématiques

1. Suivre les directives d'un régime alimentaire.
2. Prendre la bonne dose de médicament à la bonne fréquence.
3. Faire correctement les dilutions de produits (poudre lactée).
4. Remplir un formulaire.
5. Comprendre un formulaire de consentement.
6. Trouver et obtenir de l'aide dans la bureaucratie médicale. →



La littératie est associée à des domaines de connaissances. Ainsi, un programmeur informatique, bien qu'instruit, peut avoir un faible niveau de littératie en santé. De plus, la littératie est une capacité qui s'entretient : moins on l'utilise, plus elle a tendance à diminuer avec le temps.



S'il n'est pas aisé d'introduire un dépistage formel pour connaître le niveau de littératie des patients, il existe des signes qui peuvent alerter le médecin. Les patients avec une faible littératie ont souvent honte et tentent de sauver la face¹. Il est donc primordial de procéder avec délicatesse et leur permettre, quand c'est possible, de garder la tête haute.

► Des indices qui doivent alerter le professionnel

1. Lorsque vous présentez du matériel écrit, le patient vous regarde plutôt que de regarder ce que vous lui présentez; il ne prend jamais de notes; lorsqu'il lit, il semble frustré ou anxieux; la lecture est lente et semble représenter un effort; il tient la page à l'envers et lorsqu'il fait une lecture, il peut sauter les mots difficiles.
2. Le patient présente toutes sortes d'excuses pour ne pas avoir rempli des formulaires ou des questionnaires. L'excuse la plus souvent présentée est celle d'avoir oublié ses lunettes.
3. Le patient est accompagné d'un membre de sa famille pour se faire expliquer les consignes ou pour se faire lire des documents.
4. Le patient ne fait jamais allusion à l'information qu'il a été invité à lire.
5. Le patient interprète les mots littéralement. Il a de la difficulté à isoler les concepts importants qui sont tous, pour lui, d'égale importance.

Ces indices sont pertinents pour aider à dépister les cas de littératie en santé les plus patents. Pour les cas moins évidents, il existe des instruments pour mesurer le niveau de littératie en santé comme le REALM², le TOFHLA⁴ et le NVS⁵, mais ce sont des instruments délicats à utiliser dans un contexte clinique (leur usage peut sembler hors contexte, risque de faire perdre la face ou induire de la gêne et même de l'humiliation).

Devant ces patients, le médecin doit s'adapter et utiliser leur expérience. Il doit tenir un discours qui leur apparaisse vraisemblable dans leur cadre d'interprétation : cela doit avoir du sens pour eux. Souvent, leur priorité n'est pas de comprendre la maladie du point de vue du médecin, mais de comprendre ce qu'ils doivent faire pour améliorer leur bien-être et résoudre les problèmes fonctionnels immédiats. Lorsque le médecin fournit du matériel à lire, il doit s'assurer qu'il est adapté à cette personne (en moyenne, la difficulté ne doit pas dépasser la 6e année). En donnant des explications, le médecin doit adopter le bon niveau de langage et vérifier régulièrement la compréhension du patient.

Exemples d'adaptation d'un niveau de langage à l'autre

Les informations sont souvent axées sur les données épidémiologiques et statistiques au détriment d'informations associées aux comportements que peut adopter le patient. Pour une personne qui n'est pas familière avec le monde médical, il peut être troublant d'entendre le médecin dire qu'il désire solliciter une seconde opinion ! Ce peut être l'équivalent d'avouer son ignorance (incompétence). Il faut aussi s'assurer que le patient associera les consignes et les informations don-

nées avec ses connaissances et sa situation. Le clinicien pourrait s'assurer que le patient a bien compris en le faisant participer le plus possible, en sollicitant régulièrement ses commentaires et ses réactions, et en offrant du matériel informatif centré sur les besoins fonctionnels du patient.

Dans le cas d'un test que devra subir le patient, il faut lui expliquer :

1. **Qu'est-ce que c'est et pourquoi il doit passer ce test.**
2. **Pourquoi il doit répéter ce test (si nécessaire).**
3. **Où il peut passer ce test.**
4. **Comment il peut se préparer et quoi faire après avoir passé le test.**

Il n'est pas nécessaire de donner toute l'information dans une même entrevue. On peut, dans un premier temps, donner les informations les plus importantes, puis, une fois qu'elles sont comprises, ajouter de nouvelles informations. Dans le cas des maladies chroniques, nous disposons de plusieurs entrevues pour préciser et compléter l'information. Quand l'information est donnée en petite quantité, elle est plus facile à comprendre et à retenir. De plus, pour chaque partie d'information donnée, on peut vérifier sa compréhension, ce qui permet de régler rapidement les problèmes de compréhension. Il ne faut pas hésiter à utiliser des aides visuelles pour faciliter la compréhension du patient. Autant que possible, il faut offrir un message taillé sur mesure pour le patient³. Les patients qui consultent pour un problème aigu sont les plus susceptibles d'être mal informés, car contrairement aux patients atteints de maladies chroniques, ils ont moins d'occasions de se faire répéter l'information et d'apprendre les directives du traitement⁶.

► Des comportements à éviter

1. **La double négation (p. ex., je n'ai pas dit de ne pas...)**
2. **Le jargon médical.**
 1. Les acronymes (MPOC, HTA).
 3. Les mots longs.
 4. Donner trop d'informations.

► Des comportements recommandés

1. **Utiliser des phrases courtes (pas de phrases à pentures).**
2. **Employer des mots d'usage courant.**
3. **Choisir un verbe plutôt qu'un nom.**
4. **Doubler les explications orales par l'écrit et les dessins.**
5. **Aborder les aspects pratiques¹.**

Conclusion

Les limites fonctionnelles du patient sont les limites incontournables avec lesquelles le médecin doit composer. Le patient, pendant son bref séjour dans votre bureau, ne changera pas. C'est donc au médecin de s'assurer que le patient comprenne avec ses propres capacités et ait les moyens d'agir. Autrement dit, qu'il prenne une décision éclairée et mette en œuvre le traitement. ■

Références

1. Gauthier J (2005). Les patients aux prises avec des problèmes d'alphabétisme fonctionnel. ERPI, Montréal.
2. Terry C Davis, Mark V Williams, Estela Marin, Ruth M Parker et Jonathan Glass. Health Literacy and Cancer communication. A Cancer Journal for Clinicians 2002; 52; 134-149.
3. Doak CC, Doak LG, Friedell GH, Meade CD. Improving Comprehension for Cancer Patients with Low Literacy Skills : Strategies for Clinicians. CA : Cancer J Clin 1998; 48; 151-162.
4. Nurss JR, Parker MW, Baker D (2001). TOFHLA: Test of functional Health Literacy in Adults. Peppercorn Book Press, Snow Camp, NC, USA.
5. Johnson K, Weiss BD (2008). How long does it take to assess literacy skills in clinical practice? JABFM.
6. Conseil canadien sur l'apprentissage (2007). État de l'apprentissage au Canada : pas le temps de s'illusionner. Rapport sur l'apprentissage au Canada 2007. Ottawa, Canada.

Autres lectures suggérées

- Davis TC, Long S, Jackson R et coll. Rapid Estimate of adult Literacy in Medicine: A shortened screening instrument. Family Medicine 1993; 25; 391-395.
- Kirsch IS, Jungeblut A, Jenkins L et Kolstad A. Adult literacy in America : A First Look at the result of the National Adult Literacy Survey (NALS), National Center for Education Statistics, United States Department of Education, Washington, DC, 1993.
- Parker RM, Baker D, Williams MV et coll. Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) : A New Instrument for measuring patients' literacy skills. J Intern Med 1995; 10; 537-545.
- Tuijnman A. Evaluation de la littératie des adultes en Amérique du Nord : Étude comparative internationale. Statistique Canada, 2001.
- Weiss BD, Mays MZ, Castro KM et coll. The Newest Vital Sign (NVS). Quick Assessment of Literacy in Primary Care : The Newest Vital Sign. Anals of Family Medicine 2005; 3; 514-522.