

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2013

N°

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

NOM : OANCEA Prénom : Mihaela

Date et Lieu de naissance : 22/09/1979 à SLATINA/ROUMANIE

Présentée et soutenue publiquement le : 2 octobre 2013

**Littératie en santé : les patients ayant un faible niveau
de littératie en santé sont-ils détectés lors d'une simple
consultation ?**

Président de thèse : **Professeur MOULY Stéphane**

Directeur de thèse : Professeur BERGMANN Jean-François

DES MÉDECINE GÉNÉRALE

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2013

N°

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

NOM : OANCEA Prénom : Mihaela

Date et Lieu de naissance : 22/09/1979 à SLATINA/ROUMANIE

Présentée et soutenue publiquement le : 2 octobre 2013

**Littératie en santé : les patients ayant un faible niveau
de littératie en santé sont-ils détectés lors d'une simple
consultation ?**

Président de thèse : **Professeur MOULY Stéphane**

Directeur de thèse : Professeur BERGMANN Jean-François

DES MÉDECINE GÉNÉRALE

Remerciements

A Monsieur le Professeur Stéphane MOULY, merci de m'avoir fait l'honneur d'être le président de mon jury, et de m'avoir donné l'opportunité de travailler dans votre service et avec vous. Cela représente énormément pour moi, j'espère que je saurais m'en montrer digne.

A Monsieur le Professeur Jean-François BERGMANN, merci d'avoir dirigé ce travail d'une main de maître. Je vous remercie pour votre enseignement et votre exemple. Cette thèse est aussi l'occasion pour moi de dire que tous vos efforts, votre travail et le cœur généreux que vous y mettez seront toujours vivants chez une de vos internes qui ne cessera pas d'être votre reconnaissante élève.

A Monsieur le Professeur Guillausseau qui a eu la gentillesse d'accepter de faire partie de mon jury.

A tous les médecins de la consultation de médecine interne, merci de m'avoir permis de travailler avec vous et de m'avoir communiqué votre amour pour votre métier.

A Caroline APARICIO et son équipe, merci de votre accueil, de m'avoir permis de travailler avec vous et d'avoir partager avec moi des moments inoubliables.

Au Docteur Guy SIMONEAU, merci d'avoir répondu présent à chaque fois que j'en ai eu besoin.

Au Docteur Katell MIGNOTTE, merci pour les très bons conseils et le soutien de ce projet.

Au Docteur Daniel MONIE, merci pour m'avoir accompagner les premiers pas dans le métier de médecin généraliste.

A Thomas, mon amour, merci de croire en moi quand je ne crois plus en rien, merci d'être solide quand j'ai peur de tout, merci de savoir tout ce que j'ignore. Merci d'être à mes côtés et de m'aimer comme je suis. Merci de partager avec moi cette passion, si compliquée parfois à gérer dans notre quotidien, la médecine. Que mon amour soit digne de tes preuves d'amour.

A Giulia, notre fille, qui a tout fait briller.

A Cristian, mon frère, merci de m'avoir aidé à devenir ce que je suis aujourd'hui. J'espère être à la hauteur de ta confiance.

A mes parents, merci de votre amour et de votre soutien quotidien. Merci de m'avoir permis d'arriver jusqu'ici, malgré les difficultés de la vie. Merci d'être aussi fiers de moi. Que mon amour puisse vous apporter autant de bonheur que vous m'en avez donné.

A mes Beaux-parents, merci de votre affection et de votre aide si précieuse.

A mes amis, à ceux que je ne vois pas souvent mais à qui je pense régulièrement, merci de m'avoir soutenu quand j'en ai eu besoin et d'avoir partagé avec moi des moments magiques.

Liste des acronymes

EIACA : Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes

APHP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

TLFi : Le Trésor de la Langue Française informatisé

ANCLI : Agence Nationale de Lutte Contre l'Illettrisme

REALM : Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine

STOFHLA : Short Test of Functional Health Literacy in Adults

WRAT : Wide Range Achievement Test

DS : Déviation standard

NLS : Secrétariat national d'alphabétisation

INED : Institut national d'études démographiques de Paris

ONS : Office of National Statistics

Table des matières

1 Introduction.....	8
1.1 Définitions.....	8
1.2 La littératie.....	8
Un état des lieux pour un problème global :.....	9
Un manque de données Françaises.....	10
1.3 La littératie en santé.....	10
Littératie en santé : Age et Niveau d'instruction.....	10
Littératie en santé et bonne santé	11
1.4 Objectifs de l'étude.....	13
2 Méthodes.....	14
2.1 Type d'étude.....	14
2.2 Comité d'éthique.....	14
2.3 Population étudiée.....	14
2.4 Protocole de l'étude.....	15
2.4.1 L'inclusion dans l'étude.....	15
2.4.2 L'entretien avec l'investigateur.....	16
2.4.3 Le questionnaire adapté de la littérature.....	16
2.4.4 Les évaluations.....	18
2.5 Statistiques.....	19
3 Résultats.....	21
3.1 Caractéristiques de la population étudiée.....	21
3.2 Corrélation. Comparaison. Distribution.....	23
4 Discussion.....	28
Étude pilote en France.....	28
Choix de la méthode et de la population étudiée.....	29
La littératie en santé, un concept multidimensionnel et dynamique, difficile à évaluer ?.....	29
Limites de l'étude.....	31
Analyse détaillée.....	32
5 Conclusion.....	35
Bibliographie.....	36
ANNEXE A - Les fiches d'évaluation.....	39
ANNEXE B - Consentement écrit du patient.....	43
ANNEXE C - Stratégies communicationnelles adaptées au faible niveau de littératie en santé.....	44
ANNEXE D - Cinq niveaux de littératie.....	45
ANNEXE E - Le retrait de la France de l'enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes.....	46
ANNEXE F - Les gold-standards dans l'évaluation de la littératie en santé.....	49
Short Test of Functional Health Literacy in Adults (S-TOFHLA)	49
Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM).....	53
Wide Range Achievement Test (WRAT)	55

Table des illustrations

TABLEAUX

Tableau I : Caractéristiques de la population incluse.....	19
Tableau II : Moyenne et médiane des scores obtenus par l'investigateur.....	20
Tableau III : Nombre et pourcentage de patients ayant un score obtenu par l'investigateur > ou = à 7 pour chaque compétence.....	20
Tableau IV : Nombre et pourcentage de patients ayant un score obtenu par l'investigateur < ou = à 4 pour chaque compétence.....	20

FIGURES

Figure 1 : Littératie en santé par groupe d'âge, Canada (EIACA 2003).....	9
Figure 2 : Littératie en santé par groupe d'âge et de scolarité, Canada (EICAA 2003).....	9
Figure 3 : Corrélation entre le score du médecin et le score de l'investigateur ($p < 0,0001$).....	21
Figure 4 : Corrélation entre le score de lecture du médecin et celui de l'investigateur ($p < 0,0001$).....	21
Figure 5 : Corrélation entre le score de français du médecin et celui de l'investigateur ($p < 0,0001$).....	21
Figure 6: Corrélation entre le score de compréhension médicale du médecin et celui de l'investigateur ($p < 0,0001$).....	21
Figure 7 : Comparaison entre le score total du médecin et celui de l'investigateur.....	22
Figure 8 : Distribution des différences entre le score global obtenu par l'investigateur et le score global obtenu par le médecin.....	22
Figure 9: Relation entre la différence des scores globaux investigateur – médecin et nombre de patients ayant la même différence.....	23
Figure 10 : Relation entre la différence des scores de compréhension médicale investigateur – médecin et le nombre de patients ayant la même différence.....	23

Figure 11 : Différence moyenne entre les scores globaux obtenus par l'investigateur et par le médecin sur le site de médecine interne et de la polyclinique.....	24
Figure 12 : Relation entre la différence des scores globaux investigateur – médecin et le nombre de patients ayant la même différence sur les 2 sites.....	24

1 Introduction

« La littératie est un concept multidimensionnel qui va bien au-delà de la simple capacité de lire et d'écrire et qui, en ce sens, étend considérablement le concept d'alphabétisme » (Richard et Lussier 2009, p.124).

1.1 Définitions

Quelques définitions sont nécessaires pour mieux distinguer les termes utilisés dans ce travail:

- analphabétisme : « état d'une personne qui ne sait ni lire ni écrire et, par extension, absence de tout savoir, de toute instruction » (TLFi, analphabétisme).
- « on parle d'illettrisme pour des personnes qui, après avoir été scolarisées, 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 » (ANLCI, illettrisme).
- littératie : « la capacité de comprendre et d'utiliser la lecture, l'écriture, la parole et d'autres moyens de communication pour participer à la société, atteindre ses objectifs personnels et donner sa pleine mesure » (Rootman 2008, p.12).
- la littératie en santé : « la capacité 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 » (Rootman 2008, p.13).

1.2 La littératie

La littératie comprend quatre compétences (Richard et Lussier 2009, p.124) :

- la compréhension des textes suivis (compétences pour comprendre et utiliser

l'information des textes suivis) ;

- la compréhension des textes schématiques (compétences pour le repérage et l'utilisation d'information présentée sous diverses formes) ;
- la numératie (compétences permettant de composer avec les exigences mathématiques de diverses situations) ;
- la résolution de problèmes (compétences permettant de comprendre un problème et de le résoudre de manière planifiée et raisonnée).

Un état des lieux pour un problème global :

Entre 1994 et 1998, 22 pays ont participé à une enquête internationale comparative d'évaluation de la littératie chez les adultes (Enquête internationale sur la littératie des adultes, Tuijnman 2000) :

- Le niveau moyen de littératie pour la compréhension de textes suivis de la population adulte (26 à 65ans) en Suisse et en Belgique est proche de la moyenne (soit 265,1 pour une échelle allant de 0 à 500 points); aux Pays-Bas, aux États-Unis et en Allemagne il est sensiblement supérieur à la moyenne alors qu'au Portugal et en Italie il est sensiblement inférieur à la moyenne;
- Le niveau moyen de littératie en compréhension de textes suivis de la population jeune (16 à 25 ans) est proche de la moyenne (soit 276,5 pour une échelle allant de 0 à 500 points) en Italie, inférieur au Portugal, supérieur en Suisse et en Allemagne et très élevé aux Pays-Bas;
- Les pays scandinaves (Suède, Norvège, Finlande) ont les meilleurs scores pour toutes les tranches d'âge ;
- La proportion des adultes de 45 à 65 ans ayant un niveau rudimentaire de

compréhension de textes suivis (1 sur une échelle de 0 à 5) est supérieure à 50% en Italie, en Pologne et au Portugal, alors qu'elle est de 27% au Canada et de 20% aux États-Unis et en Allemagne. Ce niveau très faible de littératie empêche les adultes concernés de participer réellement à l'économie du savoir ou à la société de l'information.

Un manque de données Françaises

En raison de problèmes de méthodologie, la France n'a pas souhaité publier ses résultats (Annexe E). Il n'y a donc actuellement pas de données nationales sur la littératie en général, et sur la littératie en santé en particulier. La majorité des données utilisées dans ce travail concerne le Canada, où plusieurs enquêtes et ouvrages ont été dédiés à cette thématique.

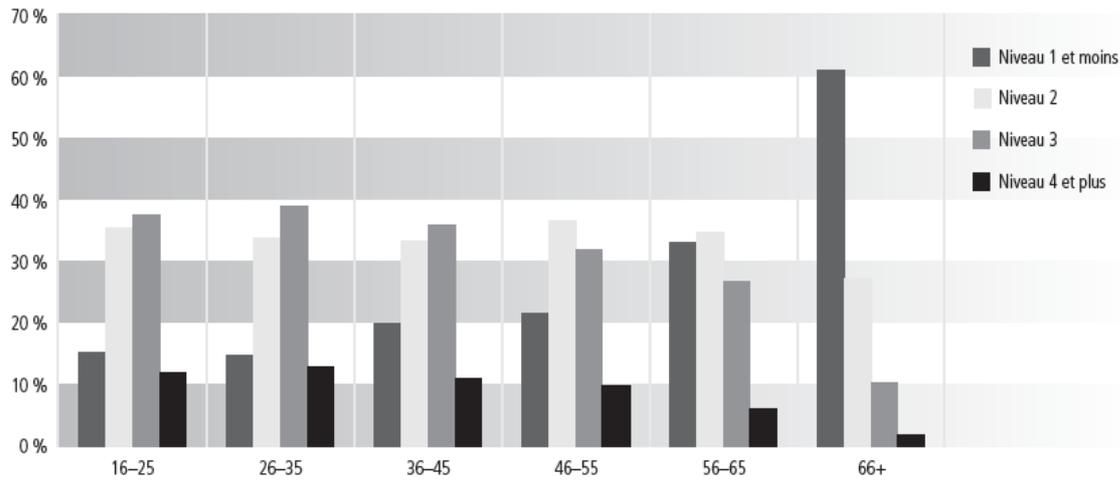
1.3 La littératie en santé

Littératie en santé : Age et Niveau d'instruction

Les données qui portent spécifiquement sur la littératie en santé révèlent des résultats plus mauvais que pour la littératie mesurée globalement. Ainsi, en matière de littératie en santé, 55% (vs 48% pour les enquêtes générales) de la population canadienne n'atteignent pas le niveau 3 (Annexe D). De plus, le niveau de littératie en santé diminue avec l'âge et avec la détérioration de l'état de santé, mettant en difficulté les personnes ayant le plus besoin de soins adéquats (Richard et Lussier 2009, p.125). Seule une personne de plus de 65 ans sur huit (12%) semble avoir des compétences suffisantes en matière de santé (Figure 1).

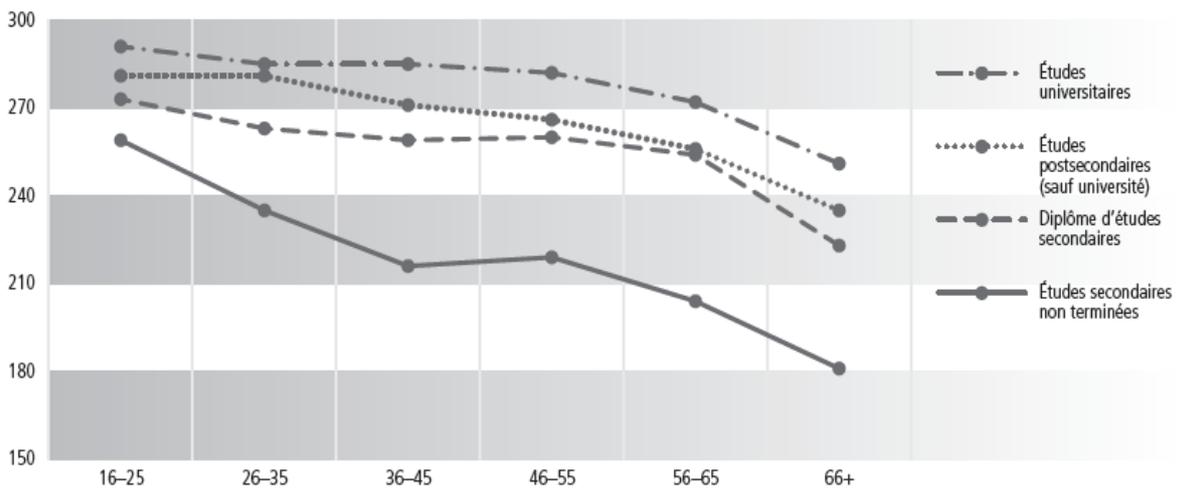
Les niveaux de littératie en santé augmentent avec le niveau de scolarité ; l'écart entre les personnes plus et moins instruites a tendance à s'accroître en allant vers des tranches d'âge plus élevées (Figure 2, axe Y : niveau de littératie en santé sur une échelle de 0 à 500 points).

Figure 1 : Littératie en santé par groupe d'âge, Canada (EIACA 2003)



Source : Conseil canadien sur l'apprentissage, 2007b.

Figure 2 : Littératie en santé par groupe d'âge et niveau de scolarité, Canada (EIACA 2003)



Source : Conseil canadien sur l'apprentissage, 2007b.

Littératie en santé et bonne santé

- Les personnes ayant une littératie en santé limitée ont une moins bonne santé et sont moins susceptibles d'utiliser des soins préventifs comme les vaccins ou la mammographie (Scott, Gazmararian, Williams 2002) ;
- Les personnes ayant un faible niveau de littératie en santé sont plus susceptibles d'être

hospitalisées (Baker, Parker, Williams 1998 et Baker, Gazmararian, Williams 2002);

- Une littératie en santé insuffisante est associée à des taux de mortalité toutes causes confondues et cardiovasculaire plus élevés chez les personnes âgées (Baker, Wolf, Feinglass 2007);
- Le niveau faible de littératie en santé est corrélé avec une forte incidence de cancers, une augmentation de la mortalité et une diminution de la qualité de vie (Merriman, Ades, Seffrin 2002);
- Parmi les patients ayant un diabète de type 2, une littératie en santé insuffisante est associée à un mauvais contrôle de la glycémie (HbA1c) et à des taux plus élevés de rétinopathie diabétique (Schillinger, Grumbach, Piette 2002);
- Un faible niveau de littératie en santé est fortement corrélé à une moins bonne connaissance de l'asthme et une mauvaise utilisation des inhalateurs (Williams, Baker, Honig 1998);
- 48% des patients souffrant d'hypertension ou de diabète ont une connaissance insuffisante de leur maladie et des modifications de style de vie nécessaires, ainsi qu'une mauvaise autogestion de leur maladie, malgré des cours d'éducation formelle (Williams, Baker, Parker 1998);
- Agness, Murrel, Nkansah (2008) considèrent un faible taux de littératie d'un patient comme une barrière pour sa prise en charge.

Le niveau de littératie en santé apparaît alors comme le meilleur facteur prédictif de l'état de santé et de mortalité d'une personne, meilleur que le niveau des revenus, le niveau d'instruction ou la catégorie socio-professionnelle (Baker, Wolf, Feinglass 2007).

En pratique, le niveau de littératie en santé du patient reflète ses capacités à comprendre les conseils de son médecin, ses prescriptions, la notice de ses médicaments, leurs doses, à

participer activement à sa prise en charge médicale, à évaluer les rapports bénéfices /risques avec ses médecins, à lire et analyser les documents d'information qui lui sont destinés, ainsi qu'à évoluer dans un système de soins souvent complexe.

1.4 Objectifs de l'étude

Étant donné ce lien fort entre littératie et santé, il nous semble utile et important de savoir si les professionnels de santé, en commençant par les médecins, sont en mesure d'identifier les patients ayant un faible niveau de littératie en santé, afin d'adapter la prise en charge globale (Annexe C).

L'hypothèse principale de cette étude est que les médecins généralistes et spécialistes ne sont pas suffisamment sensibilisés au problème du faible niveau de littératie et de son impact sur l'observance et le respect des traitements des patients ; par conséquent, les médecins ont des difficultés à identifier les patients ayant un faible niveau de littératie en santé et/ou à adapter leur prise en charge.

La question posée par ce travail porte sur la capacité des médecins à identifier les patients ayant un faible niveau de littératie en santé lors d'une simple consultation. Notre hypothèse se traduit par la présence d'une différence significative entre deux évaluations du niveau de lecture, de français et de compréhension médicale :

- une évaluation réalisée par les médecins lors d'une simple consultation et,
- une évaluation standardisée, effectuée à l'aide d'un questionnaire adapté de la littérature médicale.

2 Méthodes

2.1 Type d'étude

Étude prospective monocentrique comparative semi-quantitative, réalisée à la polyclinique et en consultation de médecine interne de l'Hôpital Lariboisière (APHP), au mois de février 2013.

2.2 Comité d'éthique

Le consentement écrit de chaque patient a été recueilli avant l'inclusion dans l'étude.

La réalisation de l'étude n'a pas interféré avec la prise en charge habituelle des patients. Ces patients consultaient à leur demande ou selon un rendez-vous préalable.

Absence de conflit d'intérêt.

2.3 Population étudiée

Toute personne âgée de plus de 18 ans et consultant de sa propre initiative ou selon un rendez-vous pris à l'avance, à la polyclinique et en consultation de médecine interne, à l'Hôpital Lariboisière, était susceptible d'être incluse dans l'étude. L'inclusion était réalisée par le médecin consultant et concernait tous les patients du planning de rendez-vous et tous les patients consultant les médecins disponibles sans rendez-vous dans la journée de consultation. Toutefois, pour des raisons de moyens, il était impossible de voir en entretien tous les patients, et par conséquent, l'inclusion effective (définie comme le recueillement du consentement écrit) dans l'étude a été réalisée par l'investigateur (moi-même), selon sa disponibilité.

Absence de critère d'exclusion.

Le choix de l'hôpital Lariboisière a été fait en raison de la population ciblée, une population ayant un faible niveau de littératie en santé. Pour cette raison, l'échantillon fait partie d'une population qui a un niveau socio-économique défavorable, associé à un faible niveau de littératie dans des pays comparables à la France (par exemple aux Etats-Unis, Institute of Medicine 2004). Cette population est en grande partie immigrée et, souvent, n'a pas de médecin traitant attribué.

À la polyclinique, les patients consultent le plus souvent sans rendez-vous pour des pathologies aiguës, tandis qu'à la consultation de médecine interne les patients sont suivis par des spécialistes pour des pathologies chroniques comme le VIH, les hépatites ou le diabète. Les médecins travaillant à la polyclinique sont des médecins généralistes. Les médecins de la consultation de médecine interne sont des médecins internistes.

2.4 Protocole de l'étude

2.4.1 L'inclusion dans l'étude

Le patient âgé de plus de 18 ans et consultant sous rendez-vous en consultation de médecine interne et sans rendez-vous en consultation de médecine générale à la polyclinique, au mois de février 2013, à l'Hôpital Lariboisière (APHP), était susceptible d'être inclus dans l'étude. Comme d'habitude, le patient était vu en consultation par le médecin et, à la fin de la consultation, ce dernier lui proposait de participer à l'étude. Le médecin expliquait au patient qu'il s'agissait de répondre à quelques questions portant sur la consultation qui venait d'avoir lieu ; ces questions seraient posées par un autre médecin collègue lors d'un entretien de maximum 10 minutes.

Si le patient le consentait, l'investigateur l'interrogeait dans une salle dédiée à cet effet, prenant le temps nécessaire pour que le patient puisse répondre au mieux aux questions posées.

2.4.2 L'entretien avec l'investigateur

L'entretien avec l'investigateur débutait avec des questions standards portant sur les données démographiques (telles que l'âge, le sexe, la situation familiale, la langue maternelle et la(les) langue(s) usuelle(s), le nombre d'années d'étude et la profession/occupation) et les antécédents du patient (Annexe A).

Deux questions ont été rajoutées à ce questionnaire classique :

- une question portant sur l'évaluation du français par le patient lui-même (cette évaluation peut être discordante avec le niveau de littératie et peut influencer positivement ou négativement l'évaluation subjective du médecin par une fausse impression de bonne ou mauvaise compréhension des informations données),
- une autre question qui cherche à déterminer comment le patient essaie d'améliorer sa compréhension des informations médicales reçues (l'ordonnance en l'occurrence).

Ensuite, l'investigateur évaluait le niveau de lecture, celui de français et de compréhension médicale du patient à l'aide d'un questionnaire (Annexe A).

2.4.3 Le questionnaire adapté de la littérature

Le questionnaire est adapté par les auteurs à partir de 3 outils considérés comme gold-standard dans l'évaluation de la littératie en santé : Short Test of Functional Health Literacy in Adults (S-TOFHLA), Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) et Wide Range Achievement Test (WRAT) (Annexe F). Ces outils parfois complexes (Chew, Griffin, Partin,

2008) ont été adaptés et synthétisés sous forme d'un questionnaire évaluant les 4 compétences citées dans l'introduction: compréhension des textes suivis, des textes schématiques, numératie et compréhension des problèmes (Richard et Lussier 2009, p.124).

Il comprend 3 parties (Annexe A):

- une première partie de lecture. Le patient devait lire 10 termes médicaux choisis dans la liste des 66 mots du test REALM (Annexe F). La lecture des mots était notée avec 0 si non lu, 0,5 si mal lu et 1 si correctement lu, le tout sur 10 points. Cette partie recherche des compétences pour la compréhension des textes suivis;
- une deuxième partie, de français, qui comporte 5 questions notées avec 0 si absence de réponse, 1 si réponse partielle et 2 si réponse correcte, le tout sur 10 points. Ces questions évaluent un niveau basique de français, niveau considéré par les concepteurs de l'étude comme nécessaire pour une bonne compréhension des informations médicales. De plus, elles prennent en compte quelques notions importantes dans la médecine pratique, comme par exemple, les jours de la semaine, les chiffres et les couleurs ;
- et une troisième partie, de compréhension médicale, comportant 5 questions notées avec 0 si mauvaise réponse ou absence de réponse, 1 si réponse partielle et 2 si réponse correcte. Cette partie tient compte des compétences de numératie et des compétences de compréhension de textes schématiques.

Nous avons conçu cet outil de façon à ce qu'il n'y ait pas de corrélation entre les différents items proposés (10 mots non corrélés entre eux même s'ils appartiennent au domaine médical, des questions de français indépendantes et assez finement évaluées (possibilité de noter les bonnes, les mauvaises et également les réponses partielles) et des questions de compréhension médicale répondant aux mêmes critères que pour les questions de français) afin d'obtenir une

évaluation la plus linéaire possible entre le score minimum correspondant à une littératie en santé pratiquement nulle et un score maximum adapté à la population ciblée. Ce score maximum correspond à un niveau de littératie en santé permettant d'être à l'aise dans le système de santé français. Nous pensons qu'un score de chaque compétence supérieur ou égal à 7/10 permet au patient d'interagir correctement avec le système de santé. Ainsi, nous qualifions ce niveau de 7/10 de bon pour la population ciblée. A l'opposé, un score de chaque compétence inférieur ou égal à 4/10 ou un score global inférieur à 15/30 pénaliseraient le patient dans le système de santé en absence d'une adaptation de la prise en charge. Ainsi, nous qualifions ce niveau inférieur à 4/10 ou à 15/30 comme faible.

2.4.4 Les évaluations

Pour chaque patient inclus dans l'étude, une double hétéro-évaluation a été réalisée, évaluation portant sur la lecture, le français et la compréhension médicale:

- d'une part par le médecin consultant, à la fin de sa consultation, selon une échelle de Likert de 0 à 10 (Annexe A). Cette évaluation est subjective. Elle est effectuée en absence de toute préparation préalable des médecins participants. Toutefois, une certaine sensibilisation au problème du faible niveau de littératie a été forcément effectuée lors de leur participation. L'évaluation globale porte sur 30 points.
- d'autre part par l'investigateur, selon le questionnaire adéquat. L'évaluation a été réalisée après la consultation avec le médecin consultant et le recueil du consentement. Elle porte aussi sur 30 points. Le patient avait tout le temps nécessaire pour répondre au questionnaire et, si besoin, pour la partie compréhension médicale, l'entretien était réalisé en anglais ou avec un interprète (Tableau I).

Les deux évaluations semi-quantitatives ont été comparées pour savoir s'il existe une différence significative entre elles, ce qui traduirait une méconnaissance du problème

concernant le faible niveau de littératie en santé et/ou une formation insuffisante des médecins à la communication médecin-malade.

2.5 Statistiques

L'analyse statistique de cette étude a été réalisée par le Département de Statistiques de l'Hôpital Lariboisière avec un logiciel STATVIEW. Nous avons utilisé le test Anova pour la corrélation et le Paired t-test pour la comparaison de 2 valeurs de la même variable.

Pour les analyses descriptives nous avons utilisé la moyenne et la médiane.

Une relation de corrélation a été recherchée entre les évaluations effectuées d'une part par le médecin consultant et d'autre part par l'investigateur en prenant en compte le score global.

Ensuite, la même relation de corrélation a été recherchée pour chaque évaluation (de la lecture, du français et de la compréhension médicale) de façon individuelle.

De plus, nous avons réalisé une comparaison entre le score obtenu par le médecin évaluateur et le score obtenu par l'investigateur, pour le score global et pour les scores des compétences de lecture, de français et de compréhension médicale.

Nous avons cherché à analyser la distribution des résultats de deux façons différentes :

- la distribution des différences entre le score global obtenu par l'investigateur et le score global obtenu par le médecin prenant en compte la différence moyenne +/- 2DS:
- la distribution des différences entre le score global obtenu par l'investigateur et celui obtenu par le médecin et du nombre de patients pour lesquels on retrouve la même différence de score. Au vu de l'absence de corrélation entre les scores de compréhension médicale obtenus avec les deux évaluations, nous avons réalisé une analyse similaire pour les scores de compréhension médicale, en représentant la différence entre le score obtenu par l'investigateur et celui obtenu par le médecin en

fonction du nombre de patients ayant la même différence.

Nous avons comparé les 2 centres d'inclusion, le site de la polyclinique et le site de consultation de médecine interne, en comparant les différences moyennes entre les évaluations effectuées par le médecin et par l'investigateur dans chacun des 2 centres et en représentant les différences des scores globaux de l'investigateur et du médecin en fonction du nombre de patients ayant la même différence dans chacun des 2 sites.

3 Résultats

3.1 Caractéristiques de la population étudiée

Le nombre de patients inclus dans l'étude, de façon successive, au mois de février 2013, sur les deux sites, est de 115. Sur le site de la polyclinique de l'Hôpital Lariboisière 58 patients ont été inclus et sur le site de la consultation de médecine interne 57 patients ont été inclus.

Deux patients ont été exclus à cause d'évaluations incomplètes effectuées par le médecin consultant et une dizaine n'a pas été incluse dès le départ suite à leur refus de participer motivé par un manque de temps.

Les entretiens ont duré entre 3 et 10 minutes par patient, en moyenne 5 minutes.

Les caractéristiques de la population incluse figurent dans le Tableau I.

Tableau I. Caractéristiques de la population incluse

Caractéristiques de la population	Nombre (Pourcentage)
Homme/Femme (n)	75/40
Moyenne d'âge (ans)	43 (18 à 80)
Situation familiale	
Célibataires	60 (52,2%)
Mariés/pacsés	47 (40,8%)
Divorcés/Veufs	8 (7%)
Langue maternelle	
Français	19 (16,5%)
Langues européennes	16 (14%)
Arabe	20 (17,4%)
Langues asiatiques (hors arabe)	11 (9,5%)
Langues africaines (hors arabe)	49 (42,6%)
Ne parle pas le français (entretien en anglais pour 5 et interprètes pour 2)	7 (6%)
Années d'études (limites)	0 à 25
Profession/absence	89/26
Occupation rémunérée/absence	77/38
Le patient est-il à l'aise avec le français ? (auto-évaluation)	
Parfaitement	21 (18,2%)
Très bien	25 (21,7%)
Bien	25 (21,7%)
Moyen	13 (11,3%)
Quelques difficultés	7 (6%)
Difficile	8 (6,9%)
Très difficile	13 (11,3%)
Pas du tout	3 (2,6%)
A quelle fréquence le patient demande-t-il de l'aide pour mieux comprendre l'ordonnance ? (auto-évaluation)	
Jamais	85 (73,9%)
Exceptionnellement	5 (4,3%)
Parfois	3 (2,6%)
Moyennement	5 (4,3%)
Le plus souvent	8 (6,9%)
Systématiquement	9 (7,8%)

Nous avons représenté dans le Tableau II la moyenne des scores obtenus par l'investigateur avec le questionnaire adéquat et la médiane de ces scores, pour chaque compétence étudiée.

Tableau II. Moyenne et médiane des scores obtenus par l'investigateur.

Compétence	Moyenne	Médiane
Lecture	7,9	9
Français	7,7	9
Compréhension médicale	7,7	7

Le Tableau III représente le nombre de patients qui a obtenu un score supérieur ou égal à 7 pour chaque compétence, score considéré comme bon par les auteurs.

Tableau III. Nombre et pourcentage de patients ayant un score obtenu par l'investigateur > ou = à 7 pour chaque compétence.

Compétence	Nombre de patients	Pourcentage de patients
Lecture	92	80%
Français	93	80,8%
Compréhension médicale	68	59%

Le Tableau IV représente le nombre de patients qui a obtenu un score inférieur ou égal à 4 pour chaque compétence ou un score global inférieur à 15, scores considérés par les auteurs comme reflétant un niveau de littératie en santé faible.

Tableau IV. Nombre et pourcentage de patients ayant un score obtenu par l'investigateur < ou = à 4 pour chaque compétence.

Compétence	Nombre de patients	Pourcentage de patients
Lecture	13	11,3%
Français	16	13,9%
Compréhension médicale	16	13,9%
Score global <15	15	13%

3.2 Corrélation. Comparaison. Distribution.

Ce travail retrouve une relation de corrélation positive et significative mais de force modérée (coefficient de corrélation de 0,554) entre le score global sur 30 points de l'évaluation effectuée par le médecin et le score global sur 30 points obtenu par l'investigateur (Figure 3).

De plus, nous avons trouvé une corrélation positive et modérée, significative statistiquement entre les scores de lecture (coefficient de corrélation de 0,492) (Figure 4) et de français

(coefficient de corrélation de 0,578) (Figure 5) obtenus par le médecin et l'investigateur, respectivement. Les scores n'ont pas de corrélation significative pour la compréhension médicale (coefficient de corrélation de 0,224) (Figure 6).

Figure 3. Corrélation entre le score du médecin et le score de l'investigateur ($p < 0,0001$).

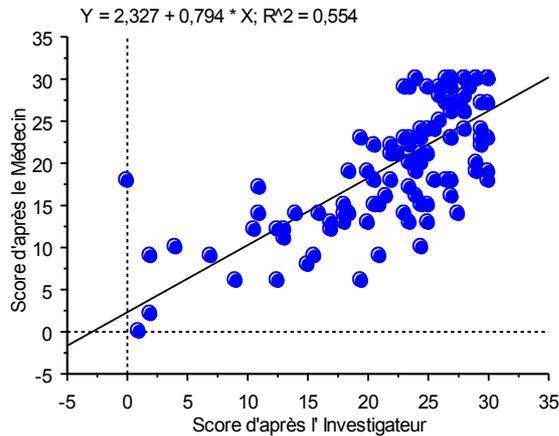


Figure 4. Corrélation entre le score de lecture du médecin et celui de l'investigateur ($p < 0,0001$).

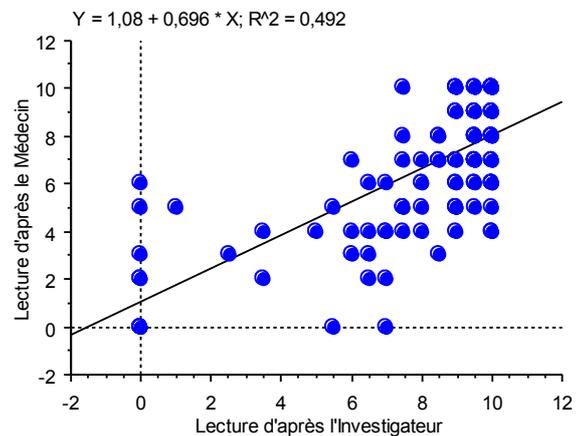


Figure 5. Corrélation entre le score de français du médecin et celui de l'investigateur ($p < 0,0001$).

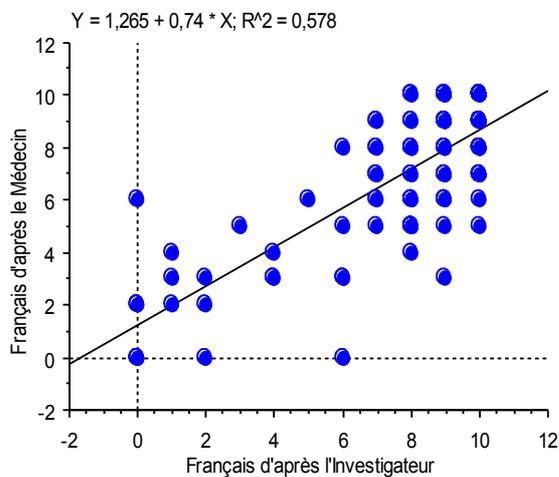
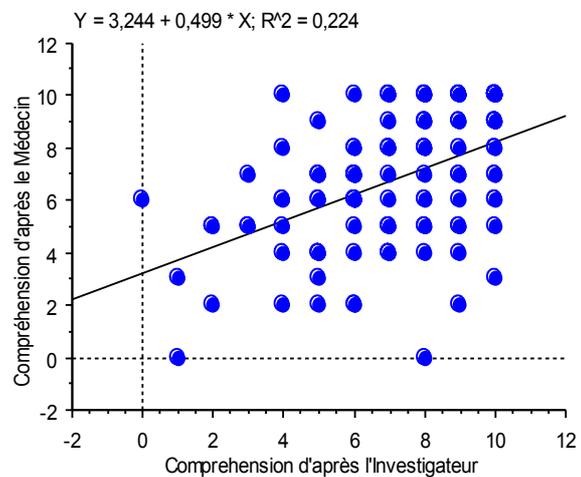
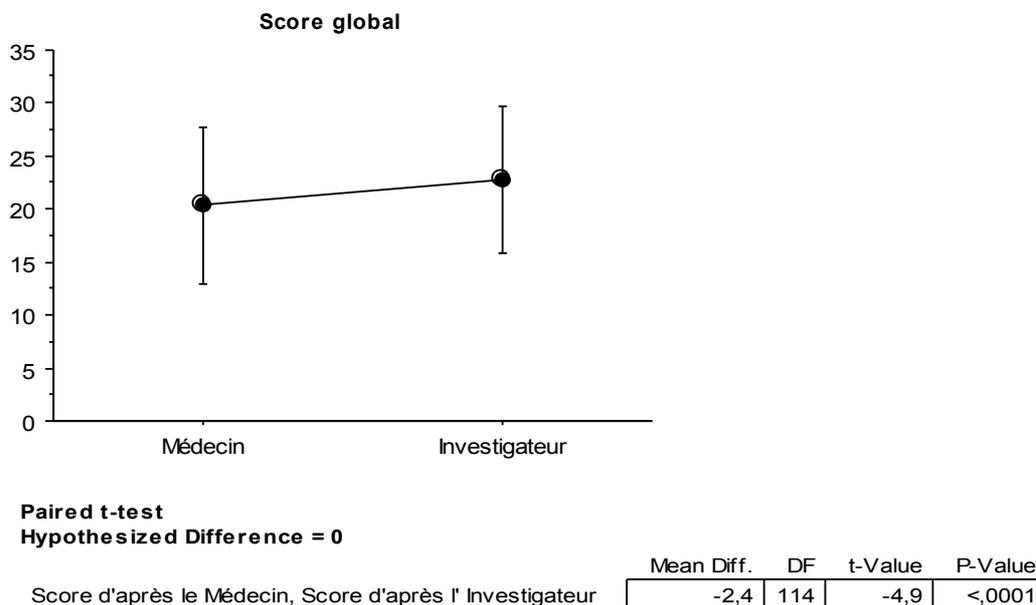


Figure 6. Corrélation entre le score de compréhension médicale du médecin et celui de l'investigateur ($p < 0,0001$).



La comparaison entre le score global noté par le médecin et celui obtenu par l'investigateur met en évidence une différence significative statistiquement (Figure 7).

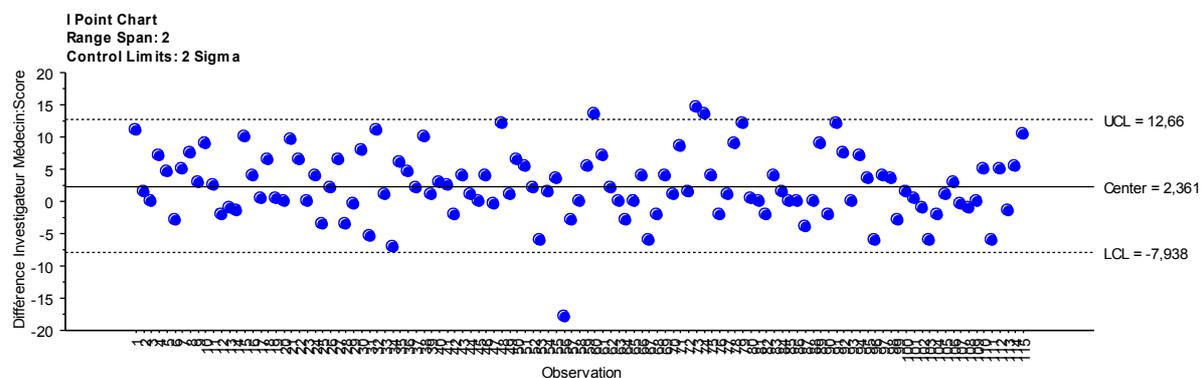
Figure 7. Comparaison entre le score total du médecin et celui de l'investigateur.



La même comparaison mais cette fois pour le score de lecture, puis de français et de compréhension médicale met en évidence une différence de 1,4 points ($p < 0,0001$), de 0,7 points ($p < 0,0001$) et respectivement de 0,3 points ($p < 0,25$) sur 10 entre le médecin et l'investigateur.

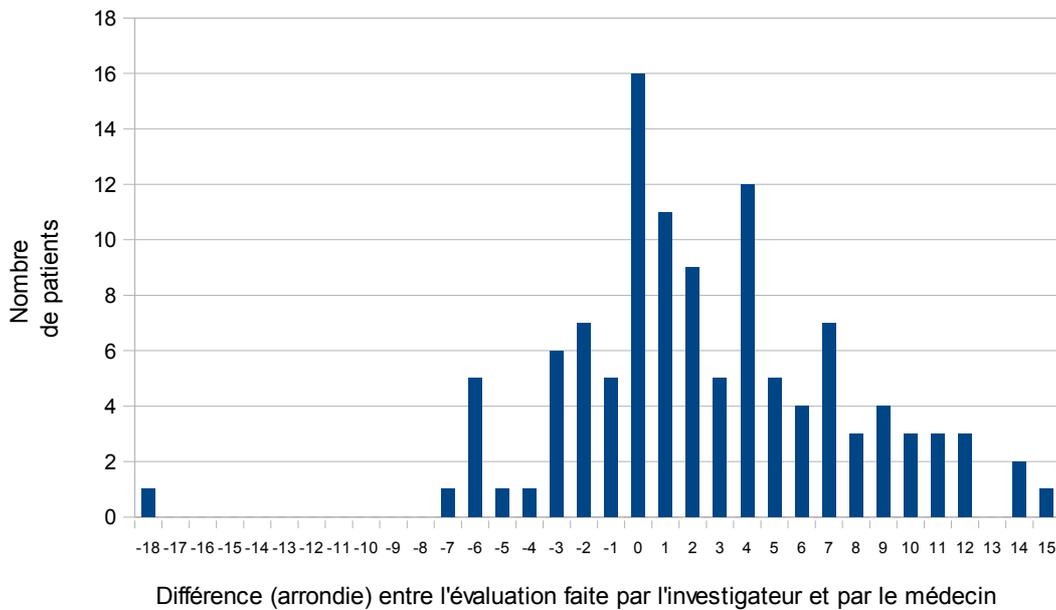
La distribution des différences entre le score global de l'investigateur et celui du médecin est représentée dans la Figure 8.

Figure 8. Distribution des différences entre le score global obtenu par l'investigateur et le score global obtenu par le médecin



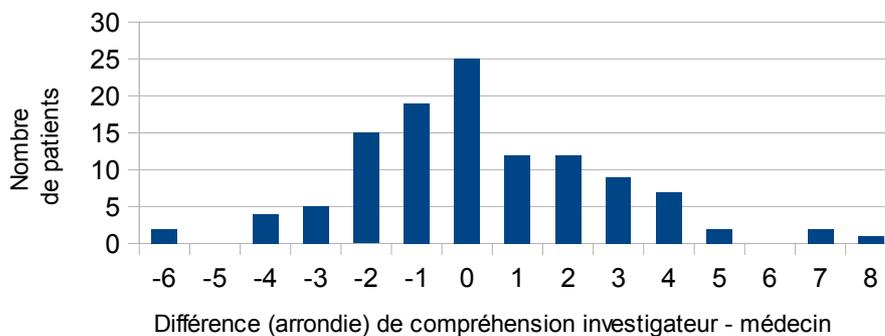
La relation entre la différence des scores, d'une part le score global obtenu par l'investigateur et d'autre part le score global obtenu par le médecin, et le nombre de patients avec la même différence est représentée dans la Figure 9.

Figure 9. Relation entre la différence des scores globaux investigateur – médecin et nombre de patients ayant la même différence



Étant donné l'absence de corrélation pour la compréhension médicale, nous avons réalisé une analyse similaire de la différence des scores de compréhension médicale obtenus par l'investigateur et par le médecin en fonction du nombre de patients ayant la même différence (Figure 10).

Figure 10. Relation entre la différence des scores de compréhension médicale investigateur – médecin et le nombre de patients ayant la même différence

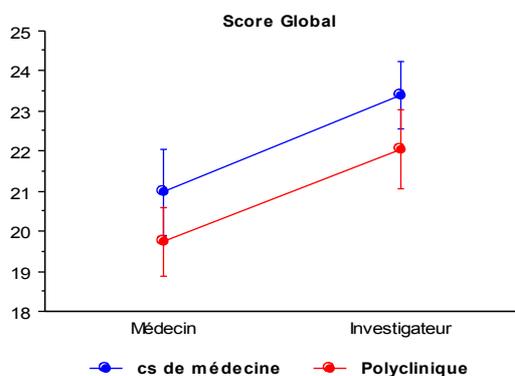


Une comparaison des différences des scores globaux obtenus par l'investigateur et par le médecin entre les 2 sites, celui de la polyclinique et celui de la consultation de médecine interne, a été réalisée et représentée dans la Figure 11 et la relation entre ces différences et le nombre de patients avec la même différence sur chaque site a été représentée dans la Figure 12.

Figure 11. Différence moyenne entre les scores globaux obtenus par l'investigateur et par le médecin sur le site de médecine interne et de la polyclinique

Descriptive Statistics
Split By: Med vs Inv, Centre

	Mean	Std. Dev.	Std. Error	Count	Minimum	Maximum	# Missing
Score, Total	21,5	7,2	,5	230	0,0	30,0	0
Score, Médecin, cs de médecine	21,0	8,1	1,1	57	0,0	30,0	0
Score, Médecin, Polyclinique	19,7	6,6	,9	58	6,0	30,0	0
Score, Investigateur, cs de médecine	23,4	6,4	,8	57	1,0	30,0	0
Score, Investigateur, Polyclinique	22,1	7,4	1,0	58	0,0	30,0	0

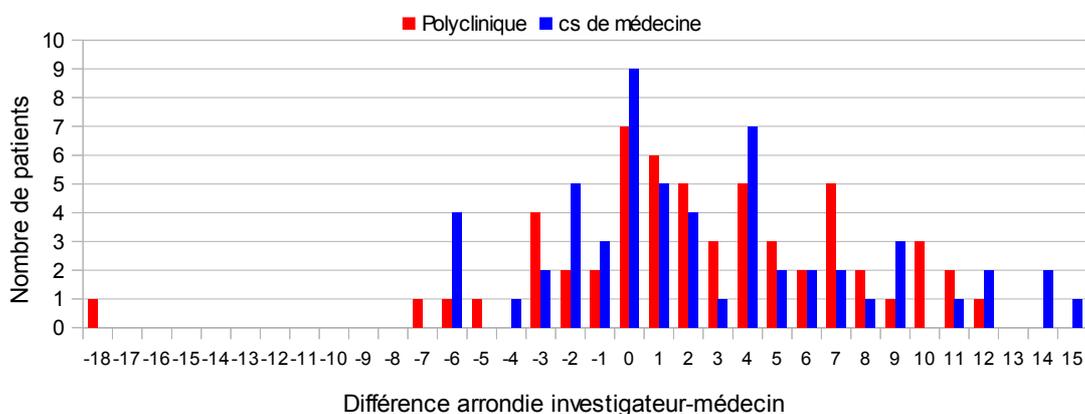


Paired t-test
Split By: Centre
Hypothesized Difference = 0

Score d'après le Médecin, Score d'après l' Investigateur: Total
Score d'après le Médecin, Score d'après l' Investigateur: cs de médecine
Score d'après le Médecin, Score d'après l' Investigateur: Polyclinique

Mean Diff.	DF	t-Value	P-Value
-2,4	114	-4,9	<,0001
-2,4	56	-3,6	,0008
-2,3	57	-3,4	,0013

Figure 12. Relation entre la différence des scores de compréhension investigateur – médecin et le nombre de patients ayant la même différence, sur les 2 sites.



4 Discussion

Cette étude montre qu'il existe une relation de corrélation positive, significative statistiquement, de force modérée (coefficient de corrélation à 0,554) entre le score global de l'évaluation effectuée par le médecin consultant et le score global de l'évaluation effectuée par l'investigateur. Ceci est attendu puisque ce sont deux évaluations d'une même variable par deux outils différents. Ce résultat nous permet d'être encore plus confiants dans la validité de notre questionnaire.

L'étude montre également l'existence d'une différence moyenne significative statistiquement ($p < 0,0001$) de -2,4 points sur 30 entre l'évaluation réalisée par le médecin de façon subjective et l'évaluation faite par l'investigateur à l'aide du questionnaire (Figure 7). Toutefois, cette différence n'a pas de pertinence clinique.

Nous pouvons ainsi conclure que, au vu des résultats de notre étude, les médecins participants sont raisonnablement en mesure d'identifier les patients ayant un faible niveau de littératie en santé .

Étude pilote en France

Pour plusieurs raisons la littératie en santé n'est pas une notion très connue ou utilisée en France (Annexe E). A notre connaissance, cette étude est un premier travail dans ce domaine en France, ce qui a rendu difficile la conception de l'étude et du questionnaire et l'interprétation des résultats. Il n'existe pas de résultats similaires ni dans la littérature française ni étrangère, les auteurs anglophones et canadiens étant plutôt intéressés par la mesure de l'impact sur la santé d'un faible niveau de littératie en santé, par l'amélioration des outils de mesure existants (Annexe F) pour évaluer le niveau de littératie en santé ou par l'amélioration de la communication médecin-patient. Cependant, le faible niveau de littératie

en santé constitue un vrai problème de santé publique puisqu'il est fréquent, du moins dans certains pays développés (55% de la population canadienne n'atteignent pas le niveau minimal requis pour composer avec les exigences de la vie quotidienne concernant la santé (Richard et Lussier 2009, p.125) et 90 millions d'américains ont des difficultés de compréhension des informations médicales (Davis, Wolf 2004, p595)) et a des conséquences graves bien établies : meilleur facteur prédictif de l'état de santé et de mortalité d'une personne.

Choix de la méthode et de la population étudiée

Notre étude est prospective et monocentrique. Elle a été réalisée dans un centre confronté aux problèmes des populations ayant un niveau socio-économique défavorable, niveau très probablement corrélé à une littératie en santé inadéquate (résultats obtenus aux États-Unis, Institute of Medicine 2004). Le travail quotidien avec ces populations nous a naturellement orientés vers cette problématique qui fait partie de notre quotidien. C'est aussi probablement pourquoi les médecins qui y travaillent sont sensibilisés à prendre en charge ces populations, ce qui constitue une hypothèse pour expliquer les principaux résultats de cette étude. Le fait que l'étude est monocentrique peut être considéré comme un point faible de l'étude, parce qu'elle ne reflète pas la réalité du problème du faible niveau de littératie en santé dans la population générale des patients et ne prend pas en compte toutes les catégories des médecins.

La littératie en santé, un concept multidimensionnel et dynamique, difficile à évaluer ?

La notion de littératie en santé est nouvelle. Elle exprime des capacités plus complexes que la simple lecture et écriture d'une langue, des capacités de traitement de l'information faisant ressortir une multitude de compétences. Ces capacités sont nécessaires dans le monde actuel en perpétuel mouvement et dépendant de l'information ; en conséquence, la littératie n'est pas

une notion statique mais dynamique. Cette complexité et ce caractère dynamique rendent la littératie très difficile à évaluer, et davantage encore la littératie en santé qui demande des capacités plus spécifiques pour obtenir, traiter et comprendre des informations médicales.

Cependant, son importance a déjà été largement prouvée, comme nous l'avons mentionné dans l'introduction. Malgré son impact sur la santé des personnes, le dépistage de routine des patients ayant un faible niveau de littératie en santé reste controversé (Chew, Griffin, Partin 2008).

Les outils utilisés et validés dans la littérature médicale (Annexe E) sont peu pratiques et demandent plus de temps qu'il n'est possible d'y consacrer en consultation (Chew, Griffin, Partin, 2008). Pour ces mêmes auteurs, une simple question semble être utile pour identifier les patients ayant un niveau de littératie en santé insuffisant : « est-ce que vous êtes assez confiant pour remplir un formulaire médical? ». Toutefois, cette question n'est pas adaptée pour la population française qui n'a pratiquement pas de formulaire médical à remplir.

Nous avons ainsi créé notre propre questionnaire en traduisant et en faisant une synthèse des 3 outils existants. A notre connaissance, ce questionnaire est une première en France. En conséquence, nous ne pouvons pas le comparer à un autre.

Initialement le questionnaire contenait une partie d'écriture, toujours inspirée des outils standards (Annexe F). Cependant, elle a été retirée pour deux raisons :

- une bonne maîtrise de l'orthographe de la langue française n'est pas nécessaire pour la maîtrise de la lecture et de la compréhension (en d'autres termes, un patient qui sait bien lire ne sait pas nécessairement bien écrire);
- le patient français n'a pratiquement pas de formulaire médical à remplir.

Limites de l'étude

Nous considérons qu'il existe deux limites potentielles dans cette étude ; nous les aborderons ci-dessous.

Premièrement, un biais de sélection peut être le fait que les patients inclus dans l'étude sont des patients consultant régulièrement en consultation de médecine interne et assez régulièrement à la polyclinique et, de ce fait, ils sont probablement plus versés et plus à l'aise dans le système de santé que, par exemple, les patients consultant aux urgences. Nous considérons que ce n'est pas un biais parce que l'objectif de l'étude n'était pas de mesurer la prévalence du faible niveau de littératie en santé dans la population étudiée mais d'évaluer si les médecins sont en mesure d'identifier les patients ayant un faible niveau de littératie en santé. Ce fait (les patients consultant régulièrement) pourrait expliquer le niveau moyen de littératie en santé à 7,9/10 pour la lecture, à 7,7/10 pour le français et à 7,7/10 pour la compréhension médicale qui est bon (voir conception du questionnaire). Ce résultat est assez surprenant étant donné qu'aux États-Unis il a été observé une corrélation entre un faible niveau de littératie en santé et un niveau socio-économique défavorable (Institute of Medicine 2004) et qu'on pourrait s'attendre à trouver une relation similaire en France.

Deuxièmement, nous considérons que les patients refusant la participation à l'étude en invoquant un manque de temps (10 sur 125 soit 8%) ne constituent pas un biais d'inclusion pour deux raisons. La première est que l'objectif de l'étude n'était pas de mesurer la prévalence du faible niveau de littératie en santé dans la population étudiée mais d'évaluer si les médecins sont en mesure d'identifier les patients ayant un faible niveau de littératie en santé. La deuxième est que, même en supposant que le niveau de littératie en santé de ces patients non inclus est faible ou très faible, nous avons inclus suffisamment de patients comparables (13% selon notre évaluation) pour pouvoir tirer de conclusions concernant les évaluations effectuées par les médecins de ce type de population.

Analyse détaillée

Notre étude met en évidence une corrélation significative statistiquement, positive et modérée pour le score global et les scores des compétences de lecture et de français entre les évaluations effectuées par l'investigateur et par le médecin. Cependant, nous ne trouvons pas la même relation de corrélation pour le score de compréhension médicale. Au vu de ce dernier résultat nous avons analysé à nouveau notre questionnaire et la méthodologie et nous n'avons pas identifié de problème sur la partie de compréhension médicale. Par conséquent, l'hypothèse la plus probable nous semble être le fait que l'évaluation des médecins de cette compétence en particulier est mauvaise.

Selon nos résultats de distribution des différences entre le score global du médecin et celui de l'investigateur en fonction de la différence moyenne \pm 2DS (Figure 8), un seul patient (inclus à la polyclinique de l'hôpital Lariboisière) a été sans doute très mal évalué par le médecin consultant qui le note avec 18 (6 pour chaque compétence) contre 0, le score obtenu avec notre questionnaire. Ce patient est d'origine égyptienne, mais parle le français. Il a 5 ans d'études et travaille dans la menuiserie. Il considère qu'il n'est pas à l'aise avec le français, surtout pour le parler, ce qu'il trouve difficile. Pourtant il ne demande 'jamais' de l'aide pour comprendre l'ordonnance, alors que les questions de compréhension médicale montrent qu'il n'a pas bien compris ni son diagnostic, ni sa prise en charge, ni la surveillance nécessaire.

Pour analyser plus en détail cette distribution des différences nous avons cherché à identifier la proportion des patients qui ne serait probablement pas prise en charge convenablement parce que leur niveau de littératie en santé est surévalué par les médecins. Nous proposons comme critère d'identification une différence entre l'évaluation de l'investigateur et celle du médecin inférieure ou égale à -6 points pour le score global et à -2 points pour le score d'une compétence en particulier. Avec ce critère nous trouvons 7 patients (soit 6%) pour le score global (Figure 9) et 26 patients (soit 22,6%) pour le score de compréhension médicale (Figure

10), des proportions non négligeables. De manière similaire, il serait possible d'identifier les patients dont le niveau de littératie en santé est sous-évalué par les médecins ce qui, s'il y a adaptation de la prise en charge, induirait un surcoût qui pourrait être évité.

Au vu de ces deux derniers points, nous pouvons affiner notre conclusion principale en affirmant que les médecins participant à notre étude ne sont pas entièrement en mesure d'identifier les patients avec un faible niveau de littératie.

Nous avons également effectué une comparaison entre les 2 sites, celui de la polyclinique et celui de la consultation de médecine interne, afin de vérifier l'existence d'une différence significative entre les évaluations effectuées par les médecins travaillant respectivement sur ces 2 sites.

En effet, les médecins de la polyclinique sont confrontés à des patients nouveaux pour la plupart, et en consultation de médecine interne, les patients sont mieux connus. L'évaluation du niveau de littératie devrait être meilleure pour un patient déjà connu que pour un nouveau.

L'étude met en évidence une différence moyenne significative entre les deux évaluations sur chacun des deux sites. Ces deux différences moyennes significatives sont très proches. Ce résultat nous permet de conclure que les médecins des 2 sites sont probablement sensibilisés en égale mesure au problème du faible niveau de littératie en santé.

Même si cette étude n'a pas démontré son hypothèse principale, nous avons trouvé des lacunes dans la capacité des médecins participants d'identifier les patients ayant un faible niveau de littératie en santé (en particulier pour la compréhension médicale). De plus, cette étude apporte des nouveautés dans un domaine très peu exploré jusqu'à présent. Elle propose un outil d'évaluation de la littératie en santé que nous considérons comme valide mais qui peut être amélioré. Elle met en évidence un niveau de littératie en santé assez bon, dans une

population plutôt défavorisée. Elle démontre que les médecins participants connaissent assez bien leurs patients et sont raisonnablement en mesure d'évaluer leurs besoins d'information médicale adaptée, même si la littératie en santé reste un concept encore méconnu.

Le champ d'étude qui reste à explorer est très large. Des études pour évaluer la prévalence de la population ayant un faible niveau de littératie en santé afin de voir si cette prévalence pose un problème de santé publique en France. Des études pour définir les différents niveaux de littératie en santé afin d'identifier les besoins spécifiques pour chaque niveau. En outre, des études similaires à la nôtre dans des populations différentes (par exemple aux urgences où, aux États-Unis, la population ayant un faible niveau de littératie en santé consulte davantage que les autres (Institute of Medicine 2004)), ou avec d'autres outils d'évaluation pour pouvoir les comparer, ou avec d'autres catégories de médecins, devraient être conduites pour mieux comprendre la dynamique de la littératie en santé.

Ce qui nous semble certain est que la relation médecin-malade ne peut être qu'enrichie par une meilleure évaluation par le médecin des besoins de compréhension du malade, lui permettant d'adapter sa pratique, d'impliquer le patient dans la prise en charge de sa maladie et d'améliorer l'observance. Quelques pistes sont proposées dans l'Annexe C.

5 Conclusion

Notre étude démontre que les médecins qui y ont participé (médecins généralistes en consultation libre à la polyclinique et médecins internistes en consultation de médecine interne) sont raisonnablement en mesure d'identifier les patients ayant un faible niveau de littératie en santé, ce qui leur permet de s'adapter aux problèmes de communication que ce faible niveau de littératie en santé engendre. Cependant, elle montre qu'il y a une proportion de patients (de l'ordre de 6%) qui échappe à leur vigilance. Évidemment nous ne pouvons pas extrapoler nos résultats à l'ensemble des médecins de toutes les spécialités, à l'ensemble des patients et à toutes les situations. L'impact sur la santé d'un faible niveau de littératie est tel qu'il nous semble important d'approfondir le sujet et de diffuser les connaissances sur la littératie en santé et les moyens de l'évaluer.

Bibliographie

- Agness C, Murrel E, Nkansah N. Poor health literacy as a barrier to patient care. *Consult Pharm.* 2008, 23(5):378-82.
- Baker DW, Parker RM, Williams MV, Clark WS. Health literacy and the risk of hospital admission. *J Gen Intern Med.* 1998; 13:791-8.
- Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, et al. Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. *AM J Public health.* 2002; 92:1278-83.
- Baker DW, Wolf MS, Feinglass J. Health literacy and mortality among elderly persons. *Arch Intern Med.* 2007; 167(14):1503-9.
- Chew LD, Griffin JM, Partin MR. Validation of Screening Questions for Limited Health in Large VA Outpatient Population. *J Gen Intern Med.* 2008; 23(5):561-6.
- 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. ISBN 978-0-9782220-3-1.
- Corbeil JP. Le volet canadien de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes de 2003 (EIACA) : état de la situation chez les minorités de langue officielle. Ottawa. Statistique Canada 2006. No 89-552-MIF au catalogue, no 15. ISBN 0-662-72971-4.
- Davis CD, Wolf MS. Health Literacy : Implications for Family Medecine. *Fam Med* 2004; 36(8):595-8.
- Gauthier J. Les patients aux prises avec des problèmes d'alphabétisme fonctionnel. In : Richard C., Lussier MT (Eds). *La communication professionnelle en santé.* Montréal : ERPI, 2005:401-426.

Institute of Medicine. Health literacy : A Prescription to End Confusion. Washington, DC 2001 : *National Academies Press* 2004.

Merriman B, Ades T, Seffrin JR. Health Literacy in the Information Age: Communicating Cancer Information to Patients and Families. *CA Cancer J Clin* 2002; 52 :130-3.

Richard C, Lussier MT. La littératie en santé, une compétence en mal de traitement. *Pédagogie Médicale* 2009; 10(2):123-30.

Rootman I, Gordon-El-Bihbety D. Vision d'une culture de la santé au Canada : *Rapport du groupe d'experts sur la littératie en matière de santé*. Ottawa : Association canadienne de santé publique 2008. 54p. ISBN : 978-1-897485-00-2.

Schillinger D, Grumbach K, Piette J, et al. Association of health literacy with diabetes outcomes. *JAMA* 2002; 288:475-82.

Scott TL, Gazmararian JA, Williams MV, Baker DW. Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization . *Med Care* 2002; 40:395-404.

Secrétariat national de l'alphabétisation (NLS). *Document de base sur l'Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes*. Maison Sterling: Base de données en alphabétisation des adultes inc. 2008 [en ligne]. Disponible sur Internet < <http://www.bdaa.ca/biblio/recherche/sna/ialsf/ialsprepf/ialfrp2/cover.htm> >

Tuijnman A. Évaluation de la littératie des adultes en Amérique du Nord : étude comparative internationale [en ligne]. Canada : Publications du Gouvernement de Canada, 2001 [consulté le 24 avril 2013]. Disponible sur Internet < <http://publications.gc.ca/site/fra/289489/publication.html> >

Williams MV, Baker DW, Honig EG, Lee TM, Nowlan A. Inadequate literacy is a barrier to asthma knowledge and self care. *Chest* 1998; 114:1008-15.

Site Web de ANLCI : *Agence Nationale de Lutte Contre l'Illettrisme* [en ligne]. Lyon: Agence Nationale de Lutte Contre l'Illettrisme [consulté le 23 avril 2013]. Disponible sur internet < <http://www.anlci.gouv.fr/> >

Site Web de TLFi : *Le Trésor de la Langue Française informatisé* [en ligne]. Nancy : Analyse et Traitement Informatique de la Langue Française [consulté le 23 mai 2013]. Disponible sur Internet < <http://www.atilf.fr> >

Williams MV, Baker DW, Parker RM, Nurss JR. Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease. A study of patients with hypertension and diabetes. *Arch Int Med.* 1998; 158:166-72.

ANNEXE A - Les fiches d'évaluation

Volet 1

Évaluation par le médecin lors de la consultation dans le cadre d'une étude de MG

Littératie en santé : les patients avec faible niveau de littératie en santé sont-ils détectés lors d'une simple consultation ?

Nom (*Étiquette*) :
Prénom :
Date de naissance :

Date de l'évaluation :
Diagnostic/Pathologie suivie :

Population étudiée : tout patient consultant à la polyclinique/en consultation de médecine interne âgé de plus de 18 ans.

A la fin de votre consultation, faites une estimation du niveau de lecture, français et compréhension médicale de votre patient (encercler la note donnée) :

Niveau de	Très mauvais		Mauvais		Moyen		Bon		Très bon	
Lecture	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Français	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Compréhension médicale	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Total : /30

Évaluation par l'investigateur dans le cadre d'une étude de MG

Littératie en santé : les patients avec faible niveau de littératie en santé sont-ils détectés lors d'une simple consultation ?

Nom (*Étiquette*):

Date de l'évaluation :

Prénom :

Date de naissance :

Questionnaire standard :

- âge :
- sexe :
- situation familiale (+enfant en charge) :
- langue maternelle/langues usuelles :
- nombre d'année d'étude :
- profession/occupation :
- antécédents médicaux/chirurgicaux (temps de suivi pour la pathologie chronique):
 -
 -
 -
- le sujet est-il à l'aise avec le français :

parfaitement/très bien/bien/moyen/quelques difficultés/difficile/très difficile/pas du tout

- combien de fois et à qui demande-t-il de l'aide (famille, pharmacien, médecin, autre) pour comprendre l'ordonnance :

systematiquement/le plus souvent/moyen/parfois/exceptionnellement/jamais

Évaluation de l'investigateur dans le cadre d'une étude de MG

Littératie en santé : les patients avec faible niveau de littératie en santé sont-ils détectés lors d'une simple consultation ?

Évaluation :

a) lecture : 10 mots (0= non lu, 0,5=mal lu et 1=bien lu)

rhume	gélule
césarienne	foie
asthénie	nausée
dépression	microbe
calorie	hormone

Total : /10

b) le français : 5 phrases (0= non réponse, 1= réponse partielle et 2= bonne réponse)

- Quel jour de la semaine était-on hier ?
- Quel est le pays d'origine de votre père ?
- Combien d'enfants a eu votre mère?
- Quelle est la couleur de ce stylo?
- Quel est le but de cet entretien ?

Total : /10

c) compréhension médicale : 5 phrases (0= non réponse, 1= réponse partielle et 2= bonne réponse) total sur 10

Quel est votre diagnostic ?

.....

Est-ce que vous avez des examens complémentaires à faire, ou bien en avez vous faits ?

.....

Lisez la prescription, pouvez-vous me l'expliquer ?

.....

.....

Combien de médicaments au total allez-vous prendre par jour ?

.....

Quand avez-vous votre prochain RDV ?

.....

Total : /10

Étude de médecine générale

Littératie en santé : les patients avec faible niveau de littératie en santé sont-ils détectés lors d'une simple consultation ?

L'anonymat de vos réponses est garanti.

Nom (*Étiquette*):

Date de l'évaluation :

Prénom :

Date de naissance :

a) Lisez les 10 mots suivants:

rhume	gélule
césarienne	foie
asthénie	nausée
dépression	microbe
calorie	hormone

b) Répondez aux 5 questions suivantes :

Quel jour de la semaine était-on hier ?
Quel est le pays d'origine de votre père ?
Combien d'enfants a eu votre mère ?
Quelle est la couleur de ce stylo ?
Quel est le but de cet entretien ?

c) Répondez aux 5 questions suivantes concernant votre santé :

Quel est votre diagnostic ?

Est-ce que vous avez des examens complémentaires à faire, ou bien en avez vous faits ?

Lisez la prescription, pouvez-vous me l'expliquer ?

Combien de médicaments au total allez-vous prendre par jour ?

Quand avez-vous votre prochain RDV ?

ANNEXE B - Consentement écrit du patient

CONSENTEMENT DE PARTICIPATION A UNE ETUDE DE MEDECINE GENERALE

Titre de l'étude :

Littératie en santé : les patients avec faible niveau de littératie en santé sont-ils détectés lors d'une simple consultation ?

Je soussigné(e), accepte de participer à l'étude sus-nommée.

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués par le Dr.....

J'accepte que les documents de mon dossier médical qui se rapportent à l'étude puissent être accessibles aux responsables de l'étude et éventuellement aux autorités de santé. A l'exception de ces personnes, qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical, mon anonymat sera préservé.

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude. Cela n'influencera pas la qualité des soins qui me seront prodigués.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à,

le

Nom et signature de l'investigateur

Signature du sujet

ANNEXE C - Stratégies communicationnelles adaptées au faible niveau de littératie en santé

Richard C, Lussier MT. La littératie en santé, une compétence en mal de traitement. *Pédagogie Médicale*, 2009, 10(2):123-130.

« Le fait de développer des stratégies communicationnelles adaptées aux différents niveaux de littératie des patients dans la formation des médecins serait susceptible d'améliorer l'état de santé des patients et promouvoir une approche plus collaborative de la médecine. »

Tableau 2. Recommandations pédagogiques pour atténuer les obstacles communicationnels liés au faible taux de littératie du patient.

Créer un environnement convivial et chaleureux	<ul style="list-style-type: none"> - Adapter l'établissement au faible taux de littératie du patient (flèches au sol pour guider le patient). - Faire preuve de patience.
Être à l'affût des signes de faible littératie	<ul style="list-style-type: none"> - Certains signes ne trompent pas : difficulté du patient à remplir des formulaires, amène une tierce personne pour se faire expliquer les consignes, évite de lire ou semble anxieux en lisant, etc
Fournir des informations écrites ou orales adaptées au faible taux de littératie du patient	<ul style="list-style-type: none"> - Vulgariser l'information en utilisant des mots courants exempts de jargon, en faisant des phrases simples. - S'adresser directement à l'interlocuteur en privilégiant la forme affirmative. - Organiser l'information, isoler les éléments clefs du message.
Recourir au non-verbal	<ul style="list-style-type: none"> - Joindre le geste à la parole. - Regarder le patient dans les yeux. - faire une démonstration lorsque nécessaire (ex. montrer comment utiliser un inhalateur).
Vérifier la compréhension et l'application de l'information	<ul style="list-style-type: none"> - Faire répéter la personne pour vérifier sa compréhension. - Répéter le même message au besoin. - Laisser du temps pour les questions.

ANNEXE D - Cinq niveaux de littératie

- Le **niveau 1** dénote un niveau de compétences très faible ; par exemple, la personne peut être incapable de déterminer correctement la dose d'un médicament à administrer à un enfant d'après le mode d'emploi indiqué sur l'emballage.
- Les répondants de **niveau 2** peuvent lire uniquement des textes simples, explicites, correspondant à des tâches peu complexes. Bien que faible, ce niveau de compétences est supérieur au niveau 1. Le niveau 2 correspond à des personnes qui savent lire, mais qui obtiennent de faibles résultats aux tests. Elles peuvent avoir acquis des compétences suffisantes pour répondre aux exigences quotidiennes de la littératie mais, à cause de leur faible niveau de compétences, il leur est difficile de faire face à de nouvelles exigences, comme l'assimilation de nouvelles compétences professionnelles.
- Le **niveau 3** est considéré comme un 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 terminer des études secondaires et entrer dans le supérieur. Comme les niveaux plus élevés, il exige la capacité d'intégrer plusieurs sources d'information et de résoudre des problèmes plus complexes.
- Sont classés dans les **niveaux 4 et 5** les répondants qui font preuve d'une maîtrise des compétences supérieures de traitement de l'information.

ANNEXE E - Le retrait de la France de l'enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes

« La littératie à l'ère de l'information: Rapport final de l'Enquête internationale sur la littératie des adultes »

Publication sous la responsabilité du Secrétaire général de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques et du Ministre responsable de Statistique Canada.

« En 1994, neuf pays – l'Allemagne, le Canada (populations anglophone et francophone), les États-Unis, la France, l'Irlande, les Pays-Bas, la Pologne, la Suède et la Suisse (régions germanophone et francophone) – ont mené la première évaluation comparative, à grande échelle, des capacités de lecture et d'écriture des adultes. Les données de sept de ces pays ont été publiées en décembre 1995 dans *Littératie, économie et société* : Résultats de la première Enquête internationale sur *l'alphabétisation des adultes*.

Encouragés par ce succès initial, cinq autres pays ou territoires – l'Australie, la Communauté flamande de Belgique, la Grande-Bretagne, l'Irlande du Nord et la Nouvelle-Zélande – ont décidé, en 1996, de mener la même enquête auprès d'échantillons de leur population adulte. Les données comparatives tirées de ce cycle de collecte ont été publiées en novembre 1997 dans *Littératie et société du savoir* : nouveaux résultats de l'Enquête internationale sur les capacités de lecture et d'écriture des adultes.

En 1998, neuf autres pays ou régions – le Chili, le Danemark, la Finlande, la Hongrie, l'Italie, la Norvège, la République tchèque, la Slovénie et la région italophone de la Suisse – ont participé à un troisième cycle de collecte de données à grande échelle. Les résultats de la plupart de ces pays figurent dans ce rapport.

En 1998, on a obtenu des données limitées sur la littératie au Portugal ; elles sont mentionnées lorsque la taille de l'échantillon est suffisante aux fins de l'analyse. Enfin, la région des îles Canaries (Espagne), le Japon, la Malaisie et le Mexique ont aussi mis à l'essai, avec succès, des questionnaires inspirés du matériel de l'Enquête. »

« Une fois terminées la collecte et l'analyse des données du premier groupe de pays ayant participé à l'Enquête internationale sur les capacités de lecture et d'écriture des adultes, et avant la publication des résultats, la France a retiré ses résultats de l'étude.

Le retrait de la France, survenu malgré la participation de ce pays à la conception, à l'élaboration et à la mise à l'essai de l'étude, a été motivé par des préoccupations concernant la comparabilité des résultats de l'Enquête, qu'on s'apprêtait à publier, selon lesquelles ils sous-estimaient les compétences réelles de littératie de la population adulte française par rapport aux populations des autres pays participants. Trois aspects auraient entraîné une sous-estimation des niveaux de littératie en France. Premièrement, les items du test auraient été biaisés en faveur des cultures « anglosaxonnes » aux dépens des cultures latines, l'enquête ayant été conçue en Amérique du Nord.

Deuxièmement, la traduction et l'adaptation en français auraient accru le niveau de difficulté de certains items. Troisièmement, les répondants français auraient été moins motivés que ceux des autres pays. »

« Alain Blum et France Guérin-Pace, de l'Institut national d'études démographiques de Paris (INED), affirment avoir repéré dans la version française du matériel de l'Enquête des items

présentant des problèmes de traduction et d'adaptation, mais sans prouver que ces erreurs ont eu une incidence significative sur les résultats des répondants français de l'Enquête. Sur les 27 items problématiques repérés par Blum et Guérin-Pace dans l'analyse effectuée par l'INED, on avait attribué à quatre items des paramètres de difficulté spécifiques à la France plutôt que les paramètres de difficulté internationaux utilisés pour l'analyse de l'Enquête. En outre, les répondants n'ont répondu qu'à une partie de l'ensemble des items utilisés lors de l'Enquête. Pour déterminer si les problèmes de traduction et d'adaptation du matériel de l'Enquête en France ont eu une incidence sur les résultats des répondants français, il ne suffit pas de savoir combien d'items ont été touchés. On doit également savoir quelle a été l'incidence sur les résultats réels des sous-groupes de population ayant répondu à certains blocs d'items. Menée par le Educational Testing Service, une analyse dont la valeur informationnelle provient de la totalité du schéma de réponse de tous les sous-groupes de population et qui explique la répartition sous-jacente des compétences à partir des principales covariables des niveaux de littératie (dont le niveau de scolarité) conclut que les anomalies repérées par Blum et Guérin-Pace sont fallacieuses et n'ont aucune incidence sur la capacité du test de l'Enquête de distinguer et de refléter la difficulté relative des items et les compétences.

Si Blum et Guérin-Pace ne présentent aucune preuve concluante à l'égard de cette question essentielle, on en trouve ailleurs dans le rapport de l'ONS (Office of National Statistics) du Royaume-Uni, c'est-à-dire dans les résultats d'un sous-échantillon des premiers répondants à l'Enquête en France qui ont fait l'objet d'un nouveau test mené avec un matériel d'évaluation « corrigé » et les méthodes « optimales » de collecte de données. Les estimations du niveau de littératie moyen obtenues à la suite de cet exercice se situent à l'intérieur de l'erreur-type des estimations initiales, ce qui porte à croire que l'incidence nette des erreurs de traduction et d'adaptation sur la comparabilité des résultats français avec ceux des autres pays était négligeable.

A un niveau plus général, des données semblables tirées d'un deuxième test mené au Portugal ne soutiennent pas les allégations de biais culturel en faveur des répondants d'origine « anglo-saxonne ». En 1996, on a obtenu des estimations de la littératie au Portugal en menant des tests fondés sur le cadre théorique de l'Enquête et en appliquant les méthodes de collecte de données de l'Enquête, mais en employant uniquement des textes et des tâches authentiquement portugais, ainsi qu'une méthode d'échelonnement beaucoup plus simple pour calculer les estimations des niveaux de littératie de la population adulte. Dans le cadre de la revue de l'ONS, un deuxième test, mené auprès d'un sous-échantillon représentatif de ces répondants, avec le matériel de l'Enquête dûment adapté en portugais et les résultats échelonnés selon la méthode de réponse d'item de l'Enquête, a produit des estimations du niveau de littératie moyen qui ne sont pas statistiquement différentes des estimations initiales. S'il existait un grave biais culturel, l'écart serait significatif.

En donnant à entendre que le risque de biais culturel dans les premiers questionnaires du test, ainsi que les problèmes de traduction et d'adaptation, n'ont pas eu d'incidence appréciable sur les résultats des répondants français à l'Enquête, on n'affirme pas pour autant que ces aspects sont dénués d'importance. Afin d'éliminer tout risque de biais linguistique, culturel ou géographique dans la future enquête sur les capacités de lecture et d'écriture et les connaissances pratiques des adultes, on a confié l'élaboration des items à un vaste réseau international. Ainsi, le matériel-pilote proposé pour la nouvelle enquête a été tiré de 15 langues et d'un nombre de pays beaucoup plus grand, comparativement au matériel de l'Enquête.

Enfin, plusieurs expériences à petite échelle, axées sur le paiement d'incitations financières,

un certain nombre d'interviews en profondeur menées dans plusieurs pays européens ainsi qu'une analyse de la durée de l'interview du test, de l'omission de certains items et des taux d'items non concluants, publiée dans le rapport technique de l'Enquête, portent à croire que la motivation différentielle ne constitue pas un facteur dans l'explication des écarts entre les niveaux de littératie nationaux.»

ANNEXE F - Les gold-standards dans l'évaluation de la littératie en santé

➤ Short Test of Functional Health Literacy in Adults (S-TOFHLA)

Short Test of Functional Literacy in Adults STOFHLA READING COMPREHENSION
--

HAND PATIENT THE READING COMPREHENSION PASSAGES TO BE COMPLETED. FOLD BACK THE PAGE OPPOSITE THE TEXT SO THAT THE PATIENT SEES ONLY THE TEXT.

PREFACE THE READING COMPREHENSION EXERCISE WITH:

“Here are some other medical instructions that you or anybody might see around the hospital. These instructions are in sentences that have some of the words missing. Where a word is missing, a blank line is drawn, and 4 possible words that could go in the blank appear just below it. I want you to figure out which of those 4 words should go in the blank, which word makes the sentence make sense. When you think you know which one it is, circle the letter in front of that word, and go on to the next one. When you finish the page, turn the page and keep going until you finish all the pages.”

STOP AT THE END OF 7 MINUTES

PASSAGE A: X-RAY PREPARATION

PASSAGE B: MEDICAID RIGHTS AND RESPONSIBILITIES

PASSAGE A

A1 (1) (0) a. b. c. d.	
A2 (1) (0) a. b. c. d.	A3 (1) (0) a. b. c. d.
A4 (1) (0) a. b. c. d.	A5 (1) (0) a. b. c. d.
Sub-Total	

PASSAGE A

Your doctor has sent you to have a _____ X-ray.

- a. stomach
- b. diabetes
- c. stitches
- d. germs

You must have an _____ stomach when you come for _____

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> a. asthma b. empty c. incest d. anemia | <ul style="list-style-type: none"> a. is. b. am. c. if. d. it. |
|---|--|

The X-ray will _____ from 1 to 3 _____ to do.

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> a. take b. view c. talk d. look | <ul style="list-style-type: none"> a. beds b. brains c. hours d. diets |
|--|--|

A6 (1) (0)	A7 (1) (0)
a.	a.
b.	b.
c.	c.
d.	d.

THE DAY BEFORE THE X-RAY.

A8 (1) (0)	A9 (1) (0)
a.	a.
b.	b.
c.	c.
d.	d.

For supper have only a _____ snack of fruit, _____ and jelly,

- | | |
|-----------|-----------|
| a. little | a. toes |
| b. broth | b. throat |
| c. attack | c. toast |
| d. nausea | d. thigh |

A10 (1) (0)	A11 (1) (0)
a.	a.
b.	b.
c.	c.
d.	d.

with coffee or tea.

After _____, you must not _____ or drink

- | | |
|--------------|----------|
| a. minute, | a. easy |
| b. midnight, | b. ate |
| c. during, | c. drank |
| d. before, | d. eat |

Sub-Total

anything at _____ until after you have _____ the X-ray.

- | | |
|---------|--------|
| a. ill | a. are |
| b. all | b. has |
| c. each | c. had |
| d. any | d. was |

THE DAY OF THE X-RAY.

A12 (1) (0)
a.
b.
c.
d.

Do not eat _____.

- | |
|-----------------|
| a. appointment. |
| b. walk-in. |
| c. breakfast. |
| d. clinic. |

A13 (1) (0)	A14 (1) (0)
a.	a.
b.	b.
c.	c.
d.	d.

Do not _____, even _____.

- | | |
|-----------|------------|
| a. drive, | a. heart. |
| b. drink, | b. breath. |
| c. dress, | c. water. |
| d. dose, | d. cancer. |

A15 (1) (0)	A16 (1) (0)
a.	a.
b.	b.
c.	c.
d.	d.

Sub-Total

If you have any _____, call the X-ray _____ at 616-4500.

- | | |
|---------------|---------------|
| a. answers, | a. Department |
| b. exercises, | b. Sprain |
| c. tracts, | c. Pharmacy |
| d. questions, | d. Toothache |

B17 (1) (0)
 a.
 b.
 c.
 d.

B18 (1) (0) a. b. c. d.	B19 (1) (0) a. b. c. d.
-------------------------------------	-------------------------------------

B20 (1) (0)
 a.
 b.
 c.
 d.

B21 (1) (0) a. b. c. d.	B22 (1) (0) a. b. c. d.
-------------------------------------	-------------------------------------

B23 (1) (0)
 a.
 b.
 c.
 d.

Sub-Total

B24 (1) (0) a. b. c. d.	B25 (1) (0) a. b. c. d.
-------------------------------------	-------------------------------------

B26 (1) (0) a. b. c. d.	B27 (1) (0) a. b. c. d.
-------------------------------------	-------------------------------------

B28 (1) (0) a. b. c. d.	B29 (1) (0) a. b. c. d.
-------------------------------------	-------------------------------------

B30 (1) (0)
 a.
 b.
 c.
 d.

B31 (1) (0) a. b. c. d.	B32 (1) (0) a. b. c. d.
-------------------------------------	-------------------------------------

Sub-Total

PASSAGE B

I agree to give correct information to _____ if I can receive Medicaid.
 a. hair
 b. salt
 c. see
 d. ache

I _____ to provide the county information to _____ any
 a. agree
 b. probe
 c. send
 d. gain
 a. hide
 b. risk
 c. discharge
 d. prove

statements given in this _____ and hereby give permission to
 a. emphysema
 b. application
 c. gallbladder
 d. relationship

the _____ to get such proof. I _____ that for
 a. inflammation
 b. religion
 c. iron
 d. county
 a. investigate
 b. entertain
 c. understand
 d. establish

Medicaid I must report any _____ in my circumstances
 a. changes
 b. hormones
 c. antacids
 d. charges

within _____ (10) days of becoming _____ of the change.
 a. three
 b. one
 c. five
 d. ten
 a. award
 b. aware
 c. away
 d. await

I understand _____ if I DO NOT like the _____ made on my
 a. thus
 b. this
 c. that
 d. than
 a. marital
 b. occupation
 c. adult
 d. decision

case, I have the _____ to a fair hearing. I can _____ a
 a. bright
 b. left
 c. wrong
 d. right
 a. request
 b. refuse
 c. fail
 d. mend

hearing by writing or _____ the county where I applied.
 a. counting
 b. reading
 c. calling
 d. smelling

If you _____ TANF for any family _____, you will have to
 a. wash
 b. want
 c. cover
 d. tape
 a. member,
 b. history,
 c. weight,
 d. seatbelt,

B33 (1) (0)	B34 (1) (0)
a.	a.
b.	b.
c.	c.
d.	d.

_____ a different application form. _____, we will use

a. relax	a. Since,
b. break	b. Whether,
c. inhale	c. However,
d. sign	d. Because,

B35 (1) (0)	B36 (1) (0)
a.	a.
b.	b.
c.	c.
d.	d.

the _____ on this form to determine your _____

a. lung	a. hypoglycemia.
b. date	b. eligibility.
c. meal	c. osteoporosis.
d. pelvic	d. schizophrenia.

READING COMPREHENSION
RAW SCORE

Sub-Total

Short Test of Functional Health Literacy in Adults (STOFHLA)

Joanne R. Nurss, Ph.D., Ruth M. Parker, M.D., Mark V. Williams, M.D., & David W. Baker, M.D., M.P.H.

TOFHLA is a measure of the patient's ability to read and understand health care information, their functional health literacy. TOFHLA Numeracy assesses their understanding of prescription labels, appointment slips, and glucose monitoring. TOFHLA Reading Comprehension assesses their understanding of health care texts such as preparation for a diagnostic procedure and Medicare Rights & Responsibilities.

Date ____/____/____

Name _____ M ____ F

Birthdate ____/____/____ Age ____ SSN or ID# _____

Hospital or Health-care Setting _____

City, State _____

Short Form Administered: ____English ____Spanish

STOFHLA - Score

TOFHLA Total Score:
Reading Comprehension Raw Score (0-36)

--

Functional Health Literacy Level:

0 - 16 -- Inadequate Functional Health Literacy

17 - 22 -- Marginal Functional Health Literacy

23 - 36 -- Adequate Functional Health Literacy

➤ Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)

RAPID ESTIMATE OF ADULT LITERACY IN MEDICINE (REALM) Examiner's Instruction Sheet

Terry Davis, PhD, Michael Crouch, MN, Sandy Long, PhD

The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) is a screening instrument to assess an adult patient's ability to read common medical words and lay terms for body parts and illnesses. It is designed to assess medical professionals in estimating a patient's literacy level so that the appropriate level of patient education materials or oral instructions may be used. The test takes two to three minutes to administer and score. The REALM has been correlated with other standardized tests (Family Medicine, 1993: 25:391-5).

Directions to the Examiner:

1. Examiner should say to the patient:
"This survey is to help us figure out the best type of patient education materials to give you. The survey only takes 2 to 3 minutes to do"
2. Give the patient a laminated copy of the "REALM" Patient Word List.
3. Examiner should hold an unlaminated "REALM" Score Sheet on a clipboard at an angle so that the patient is not distracted by your scoring procedure.
4. Examiner should say:
"I want to hear you read as many words as you can from this list. Begin with the first word on List 1 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."
5. If the patient takes more than five 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/her pronounce only known words.
6. Count as an error any word not attempted or mispronounced. Score by:
 - ◆ (/) after each mispronounced word.
 - ◆ (-) after each word not attempted.
 - ◆ (+) after each word pronounced correctly.
7. Count the number of correct words for each list and record the numbers in the "SCORE box. Total the numbers and match the total score with its grade equivalent in the table below.
8. Record the "REALM" generated reading level on the Examiner's Score Sheet and in the Education/Learning History section of the Social and Patient Education History assessment form in the Medical Record.

GRADE EQUIVALENT

Raw Score	Grade Range	
0-18	3rd 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.
19-44	4th to 6th Grade	Will need low literacy materials; may not be able to read prescription labels.
45-60	7th to 8th Grade	Will struggle with most patient education materials.
61-66	High School	Will be able to read most patient education materials.

RAPID ESTIMATE OF ADULT LITERACY IN MEDICINE (REALM)

Terry Davis, PhD, Michael Crouch, MD, Sandy Long, PhD

Chart # _____

Examine date: _____

Name: _____

Birth date: _____

REALM generated reading level: _____

Grade completed: _____

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

LEGEND: (+)=Correct (-)=Word not attempted (/)=Mispronounced word

Raw Score: _____

➤ Wide Range Achievement Test (WRAT)

Source : Center for Psychological Studies de Nova Southeastern University aux États-Unis.

Traduction effectuée par l'auteur.

Objectif: conçu pour mesurer les compétences basiques de lecture, écriture et calcul.

Population: âgée de 5 à 11 ans, 12 ans à 64 ans.

Score: 3 scores: lecture, écriture et arithmétique.

Temps: 20-30 minutes.

Auteurs: Sarah Jastak and Joseph Jastak.

Publication par: Jastak Associates, Inc.

Description: la première version du The Wide Range Achievement Test (WRAT) a été publiée la première fois en 1936 aux États-Unis. Il contient 3 sous-tests : Lecture (reconnaissance et nomination des lettres et des mots), Écriture (écrire des symboles, des noms et des mots) et Arithmétique (résoudre des problèmes oralement et des calculs écrits). Il existe 2 niveaux : le niveau I pour les enfants de 5 à 11 ans et le niveau II de 12 à 64 ans.

Le score: les normes prévues dans l'édition de 1978 incluent des scores standards ayant une moyenne de 100, une déviation standard de 15% et des niveaux gradués. Les scores standards sont basés sur les normes du groupe. Les niveaux sont assignés arbitrairement et peuvent être interprétés seulement comme des références préliminaires du niveau d'évaluation. Seulement les scores standards devraient être utilisés pour les comparaisons.

Fiabilité: le manuel rapporte un coefficient de fiabilité pair-impair de 0,98 (intervalle : 0,88-0,94) pour la Lecture aux 2 niveaux, de 0,94 (intervalle 0,79-0,89) pour l'Arithmétique aux 2 niveaux, 0,96 pour l'Écriture niveau I et 0,97 pour l'Écriture niveau II (intervalle pour les deux niveaux: 0,88-0,94). Pendant l'étude des normes, les 2 niveaux de WRAT ont été administrés aux enfants de 9 à 14 ans. Étant donné le chevauchement entre la limite supérieure du premier niveau et la limite inférieure du deuxième niveau, ceci apporte une nouvelle estimation de la fiabilité des deux niveaux. Ces résultats indiquent une fiabilité globale du WRAT excellente.

Validité: le WRAT est corrélé moyennement avec des tests de QI variés, dans les limites de 0,40 et 0,70 pour la plupart des groupes et des tests.

Normes: les normes du WRAT de 1978 sont basées sur 15200 sujets provenant de 7 états des États-Unis. Conformément au manuel, aucune tentative n'a été effectuée pour réaliser un échantillon représentatif des caractéristiques nationales. Le manuel stipule que les minorités sont représentées, mais ne donne aucune donnée sur leur représentation. L'échantillon a été stratifié selon l'âge, le sexe et de façon approximative selon les aptitudes.

Utilisations suggérées: les utilisations du test décrites dans le manuel incluent des comparaisons entre la réussite d'une personne et celle d'une autre, estimation des capacités de lecture ou incapacités de lecture, difficultés de compréhension afin de prescrire des programmes d'amélioration et des modèles d'estimation d'erreurs dans les programmes éducatifs.

PERMIS D'IMPRIMER

VU :

Le Président de thèse
Université ...Paris...Diderot
Le Professeur
JF Bergmann
S. Mouly
Date 19/8/2013



8/9/2013

VU :

Le Doyen de la Faculté de Médecine
Université Paris Diderot - Paris 7
Professeur Benoît Schlemmer



VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7
et par délégation

Le Doyen



Benoît SCHLEMMER

Littératie en santé : les patients ayant un faible niveau de littératie en santé sont-ils détectés lors d'une simple consultation.

Résumé

Objective. La littératie en santé est le meilleur facteur prédictif de l'état de santé d'une personne. Notre hypothèse de départ était que les médecins ne sont pas suffisamment sensibilisés au problème des patients ayant un faible niveau de littératie en santé pour pouvoir les identifier. *Méthode.* Nous avons réalisé une étude prospective monocentrique comparative semi-quantitative à l'hôpital Lariboisière, sur 2 sites, à la polyclinique et en consultation de médecine générale. Nous avons inclus au mois de février 2013, de façon successive, 115 patients dont le niveau de littératie en santé a été évalué d'une part par le médecin consultant d'une manière subjective, à l'aide d'une échelle Likert, et d'autre part par l'investigateur avec un questionnaire adapté de la littérature médicale. *Résultats.* Nous avons mis en évidence une corrélation positive, significative statistiquement ($p < 0,0001$) et modérée entre les deux évaluations et une différence significative statistiquement ($p < 0,0001$) de 2,4 points sur 30 entre les deux évaluations, cependant cette différence n'a pas de pertinence clinique. *Conclusion.* Les médecins participants à l'étude sont en mesure d'identifier les patients ayant un faible niveau de littératie en santé et d'adapter leur pratique pour une meilleure prise en charge. Cependant, nous avons également trouvé une proportion non négligeable de patients qui échappe à leur vigilance.

Mots clés : littératie ; santé ; médecins ; identifier

Health Literacy: are the patients with low health literacy recognized in a simple consultation ?

Abstract

Objective. The health literacy is the best predictive factor for the health of a person. Our hypothesis was that the physicians aren't sufficiently aware of the problem posed by the patients with limited health literacy and aren't able to recognize them. *Method.* We conducted a prospective single-center semiquantitative study at the Lariboisière Hospital, in two sites, polyclinical center and internal medicine consulting center. We included in February 2013, sequentially, 115 patients. Their level of health literacy was first evaluated subjectively by a physician with a Likert scale and then by the investigator with a tool adapted from the specialized literature. *Results.* We found a positive, statistically significant ($p < 0,0001$) and moderate correlation between the two evaluations, and a statistically significant difference ($p < 0,0001$) of 2,4 points out of 30 between the two evaluations but this difference don't have clinical relevance. *Conclusion.* The physicians who participated to the study were able to recognize their patients with low health literacy and to adapt their practice to provide better care. But we also found a substantial proportion of the patients who escape their vigilance.

Keywords: literacy; health; physicians; recognize