



Compétences en santé déficientes : obstacle à une prise en charge optimale

Rev Med Suisse 2012; 8: 1016-21

S. Zenklusen
T. Bischoff
F. Panese
P. Bodenmann

Low health literacy: barrier to optimal care

Health literacy is defined as «the degree to which individuals have the capacity to obtain, process, and understand basic health information and services needed to make appropriate health decisions.» Low health literacy mainly affects certain populations at risk limiting access to care, interaction with caregivers and self-management. If there are screening tests, their routine use is not advisable and recommended interventions in practice consist rather to reduce barriers to patient-caregiver communication. It is thus important to include not only population's health literacy but also communication skills of a health system which tend to become more complex.

Coordination rédactionnelle:

Drs P. Bodenmann, C. Madrid
et H. Wolff

Les carences en compétences en santé touchent principalement certaines populations à risques en limitant l'accès aux soins, l'interaction avec les soignants et l'autoprise en charge. L'utilisation systématique d'instruments de dépistage n'est pas recommandée et les interventions préconisées en pratique consistent plutôt à diminuer les obstacles entravant la communication patient-soignant. Il s'agit d'intégrer non seulement les compétences de la population en matière de santé mais aussi les compétences communicationnelles d'un système de santé qui se complexifie.

INTRODUCTION

On définit les compétences en santé comme étant «la mesure dans laquelle l'individu a la capacité d'obtenir, traiter et comprendre les informations de base en matière de santé et le fonctionnement des services nécessaires lui permettant de prendre une décision appropriée pour sa santé.»¹

Ce concept apparu dans la littérature dans les années 90 s'est développé dans un contexte caractérisé par la médicalisation croissante du quotidien et la tendance à l'autonomisation des patients. Les chercheurs travaillant dans ce domaine sont encore en quête de consensus et nous présentons dans cet article l'état des connaissances actuelles sur cette notion ainsi que certaines implications pratiques possibles. Cette vignette clinique servira de guide.

Monsieur A. C., 62 ans, vous consulte pour la poursuite d'une anticoagulation orale initiée il y a trois jours à l'hôpital après la découverte d'une fibrillation auriculaire. Son INR est actuellement à 1,7 avec une cible entre 2 et 3. Vous voulez lui donner des instructions pour qu'il s'autonomise dans la prise en charge de son anticoagulation et comprenne le principe de cette thérapie nécessitant des contrôles fréquents. A l'anamnèse, vous apprenez que Monsieur A. C. a stoppé sa scolarité après l'école primaire pour travailler comme ouvrier dans une usine de textile. Il est actuellement chômeur en fin de droit et bénéficie de l'aide sociale.

CONCEPTS ET DÉFINITIONS

La notion de «compétences en santé» renvoie à des aptitudes en matière de lecture, d'écriture, de calcul, d'expression et de compréhension orale ainsi qu'à des connaissances conceptuelles et culturelles. On distingue trois types de compétences: la compréhension de textes suivis, de textes schématiques (graphiques, tableaux) et de textes au contenu quantitatif.² On peut classer ces compétences selon trois niveaux: fonctionnel, interactif et critique (tableau 1).³ Ainsi définie, la notion de «compétences en santé» doit moins être comprise dans le sens de la seule maîtrise de contenus médico-sanitaires que dans celui de dispositions génériques nécessaires à la circulation et aux activités des personnes. Celles-ci sont requises



Tableau 1. Types et niveaux de compétences en santé

Trois types de compétences en santé			
Types	«Prose literacy»: Compréhension de textes suivis	«Document literacy»: Compréhension de textes schématiques	«Numeracy»: Compréhension de textes au contenu quantitatif
Exemples	Lire un texte informatif sur la fibrillation auriculaire	Comprendre un schéma expliquant les risques d'embolies liés à la fibrillation auriculaire	Lire un carnet d'anticoagulation
Trois niveaux de compétences en santé			
Niveaux	Fonctionnel: Aptitudes en lecture et en écriture nécessaires pour faire face aux situations quotidiennes	Interactif: Aptitudes plus avancées permettant d'être pro-actif dans la recherche d'information et dans la communication	Critique: Aptitudes encore plus avancées permettant une analyse critique de l'information et un contrôle plus étendu sur sa santé
Exemples	Lire un carnet d'anticoagulation	S'informer sur le web à propos des complications de la fibrillation auriculaire	Discuter de l'indication et des risques liés à une anticoagulation

tant dans les systèmes de santé que dans les dispositifs administratifs, pratiques et techniques de la vie quotidienne des sociétés industrielles et urbaines contemporaines.

Les aptitudes en calcul ont une importance particulière car bon nombre d'informations fournies aux patients sont de nature quantitative ou nécessitent d'effectuer des calculs basiques: dosages de médicaments, valeurs de laboratoires ou évaluation de la valeur nutritive de son alimentation.

Selon leur champ d'application, ces compétences peuvent être définies comme: des *compétences médicales* qui permettent de s'orienter spécifiquement dans le milieu médical,⁴ des *compétences en santé* qui, de manière plus large, permettent de prendre en charge sa santé dans la vie quotidienne (concept intimement lié à celui d'*empowerment*) et des *compétences en santé publique* permettant de prendre des décisions sanitaires profitant à la communauté.⁵ Un lexique précise différents concepts dans ce domaine (tableau 2).

QUELQUES CONSÉQUENCES DES COMPÉTENCES EN SANTÉ DÉFICIENTES

Dans un système de santé prônant l'autonomisation progressive des patients, les personnes ayant des compétences en santé déficientes sont pénalisées. Elles se retrouvent plus fréquemment dans certains groupes à risques: personnes âgées, malades chroniques, minorités ethniques, personnes à bas revenus ou à bas niveau d'instruction, etc.⁶ Cependant, ce genre de difficultés est susceptible d'atteindre toutes les franges de la population. Le phénomène n'est pas toujours aisé à identifier dans la mesure où l'aveu de ces déficiences est souvent considéré par les personnes comme un risque de dégradation de leur image sociale et relationnelle. Ainsi, la gêne ressentie par les patients confrontés à leurs difficultés peut constituer une barrière entravant la communication avec les prestataires de soins.

Les obstacles engendrés par les déficiences en compétences en santé se situent à trois niveaux: l'accès aux soins, l'interaction entre les patients et les professionnels de la santé et l'autoprise en charge.⁷ En conséquence, l'état de santé général des populations concernées est moins bon et on retrouve notamment un plus mauvais contrôle des maladies chroniques.⁸

Sur le plan économique, on a estimé en 1998 le coût des déficiences en compétences en santé entre 30 et 73 milliards de dollars aux Etats-Unis.⁹ Ceci s'explique aisément pour une population ayant des comportements à risques plus fréquents, des taux plus élevés d'hospitalisation, des diagnostics plus tardifs, une moindre compliance ou encore un accès restreint aux programmes de dépistage et de prévention.⁸

Concernant l'épidémiologie, on estime qu'aux Etats-Unis environ 98 millions de personnes,⁶ soit plus du tiers de la population, risquent d'être handicapées par des carences en compétences en santé. En Suisse, aucune étude compa-

Tableau 2. Lexique

Littératie*
Aptitude à comprendre et à utiliser l'information écrite dans la vie courante, à la maison, au travail et dans la collectivité en vue d'atteindre des buts personnels et d'étendre ses connaissances et ses capacités. Cet anglicisme qui nous vient du Québec est utilisé en raison de l'absence de réel équivalent francophone. Le «lettrisme» étant un courant artistique, ce terme amènerait la confusion. L'«alphabétisme» resterait une traduction inexacte. Enfin le terme «littérisme» est parfois utilisé.
Compétences en santé
Terme choisi pour traduire «health literacy» dont la traduction littérale est «littératie en santé». Il est aussi utilisé en allemand: «Gesundheitskompetenz».
Illettrisme**
Situation des personnes scolarisées, qui ne maîtrisent pas ou insuffisamment la lecture, l'écriture et le calcul. De ce fait, ces personnes ne peuvent pas participer activement à la vie sociale, familiale et professionnelle.
Analphabétisme**
Situation des personnes qui n'ont pas ou presque pas été scolarisées et qui n'ont jamais appris à lire ni à écrire.
* Définition de L'OCDE tirée de <i>La littératie à l'ère de l'information, Rapport final de l'Enquête internationale sur la littératie des adultes</i> , 2000. Disponible sur www.oecd.org/dataoecd/24/62/39438013.pdf , page consultée le 25.03.2011.
** Définitions de l'Association romande Lire et Ecrire: www.lire-et-ecrire.ch , consulté le 22.04.2011.



nable n'existe, mais le problème est bien présent : 57% des Romands estiment que la communication avec leur médecin est insuffisante, notamment dans l'exposition des différentes alternatives thérapeutiques.¹⁰ La proportion d'illettrés a été évaluée à 16% pour la lecture et à 9% pour le calcul en 2006.¹¹

OUTILS D'ÉVALUATION

Il faut insister sur le caractère multidimensionnel des compétences en santé rendant leur mesure difficile. Il ne suffit pas de demander aux patients s'ils savent lire ou s'ils nous ont bien compris, de même qu'on ne peut se fier aux seuls critères socio-démographiques. Ainsi, les médecins surestiment souvent les compétences en santé de leurs patients, alors que beaucoup d'entre eux n'ont pas les capacités pour interagir correctement avec le système de santé.¹²

Certaines méthodes informelles sont très utiles pour évaluer de manière indirecte les compétences en santé. On peut poser une question ouverte concernant la compréhension du patient, du type : « Vous savez, je donne ces instructions tant de fois par jour, que parfois j'oublie quelque chose. Pourriez-vous me dire ce que vous avez appris afin que je puisse être sûr que vous ayez tout compris ? ». Cette technique appelée *teach back* consiste donc à demander au patient de reformuler l'information qu'on lui a transmise afin de s'assurer de sa bonne compréhension.¹³ On peut aussi demander de lire un formulaire, poser des questions spécifiques sur les instructions transmises ou encore être attentif à certains comportements symptomatiques de mécanismes de défense liés au risque de dégradation de leur image sociale et relationnelle que nous avons relevé. On peut donner l'exemple du patient qui prétend avoir oublié ses lunettes afin d'éviter de devoir lire.¹⁴

Les tests d'évaluation « formels » élaborés quasi exclusivement aux États-Unis et dont les plus importants sont résumés dans le **tableau 3** se divisent en deux groupes :

- les tests de reconnaissance de mots, dont le REALM¹⁵

est le plus utilisé en médecine, consistent en une liste de mots médicaux à lire à haute voix avec une prononciation correcte. Ils n'existent qu'en anglais puisqu'ils jouent sur les subtilités de prononciation propres à cette langue. Récemment, un test d'un type un peu différent a été développé : le METER.¹⁶ Il s'agit d'une liste de 80 mots incluant 40 mots d'origine médicale et 40 termes n'existant pas dans le vocabulaire, le patient devant indiquer les mots qu'il reconnaît.

- Les tests de compréhension utilisent des situations concrètes : lire un formulaire par exemple. Les plus utilisés d'entre eux sont le TOFHLA,¹⁷ sa version courte le S-TOFHLA¹⁸ et le NVS¹⁹ (**figure 1**). Ce type de test prend plus de temps mais peut être adapté aux besoins spécifiques des patients et se prête à la traduction (la plupart de ces tests existent dans une version espagnole).

Le « SILS » a été développé pour une utilisation dans la pratique et se présente sous la forme d'une question courte.²⁰ Il a été validé récemment en espagnol.²¹

Malgré le nombre d'outils existants, il semble y avoir un consensus pour affirmer que l'on ne dispose actuellement pas des moyens nécessaires à la mesure exhaustive des compétences en santé,²² notamment concernant les échanges oraux.²³ Il n'existe d'ailleurs pas encore de test d'évaluation en langue française même si des efforts sont faits pour développer un test européen standardisé²⁴ dans le cadre d'une grande étude européenne sur les compétences en santé. De nombreuses critiques peuvent être émises quant aux tests existants : ils n'évaluent pas les compétences en communication orale, ils manquent de sensibilité culturelle et ne sont pas adaptés à certains groupes de population, etc.²⁵

REGARD CRITIQUE

Par « compétences en santé » on considère implicitement qu'il s'agit des compétences des patients. Cependant, les prestataires de soins portent aussi la responsabilité d'une

Tableau 3. Principaux tests d'évaluation des compétences en santé

		Description	Durée	Langues
REALM (Davis et coll., 1991 et 1993)	«Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine»	Reconnaissance et prononciation de mots médicaux (66 mots)	3 min	Anglais
METER (Rawson et coll., 2009)	«Medical Term Recognition Test»	Reconnaissance des mots d'origine médicale (80 mots : 40 d'origine médicale et 40 non existants)	2 min	Anglais
TOFHLA (Parker et coll., 1995)	«Test of Functional Health Literacy in Adults»	67 questions à partir de scénarios émanant du système de santé : 50 textes (cloze procedure) ¹ et 17 numératies	18-22 min	Anglais et espagnol
S-TOFHLA (Baker et coll., 1999)	«Short-TOFHLA »	40 questions : 36 textes (cloze procedure) et 4 numératies	7-10 min	Anglais et espagnol
NVS (Weiss et coll., 2005)	«Newest Vital Sign»	6 questions à partir d'un «scénario» (étiquette de glace)	3 min	Anglais et espagnol
SILS (Chew et coll., 2004 et Sarkar et coll., 2011 pour la version espagnole)	«Single Item Literacy Screener»	Question simple du type : «Avec quelle facilité remplissez-vous les formulaires médicaux par vous-même ?» avec réponse sur échelle de Likert ² («extrêmement», «assez», «un peu», «un petit peu» ou «pas du tout»)	Quelques secondes	Anglais et espagnol

¹ Il s'agit d'une forme de test évaluant la capacité de lecture où des mots sont ôtés d'un texte et le lecteur doit remplir les blancs.

² Echelle répandue dans les questionnaires psychométriques, elle contient en général cinq ou sept niveaux qui permettent de nuancer le degré d'accord.



Indications données aux patients sur un bac de crème glacée

Données nutritionnelles	
Taille de la portion	1/2 coupe
Portions par bac	4
Quantité par portion	
Calories 250	Mat. grasses 120 calories
	%AJ*
Graisse totale 13 g	20%
Acides gras saturés 9 g	40%
Cholestérol 28 mg	12%
Sodium 52 mg	2%
Hydrates de carbone total 30 g	12%
Fibre diététique 2 g	
Sucre 23 g	
Protéines 4 g	8%

* L'apport journalier (AJ) en pour cent est basé sur une alimentation de 2000 calories par jour. Votre apport quotidien sera supérieur ou inférieur selon vos besoins énergétiques.

Ingrédients : crème, lait écrémé, sucre liquide, eau, jaunes d'œufs, sucre brun, graisse de lait, huile d'arachide, sucre, beurre, sel, épaississant naturel, extrait de vanille.

Instructions pour l'investigateur

		Réponse correcte?	
		Oui	Non
Lire au patient: cette information se trouve sur le dos d'un bac de glace.			
Questions:			
1	Si vous mangez un bac de glace entier, combien de calories consommez-vous?		
Réponse:	1000 est la seule réponse correcte.		
2	Si vous avez la permission de manger 60 g d'hydrates de carbone comme en-cas, combien de glaces pourriez-vous manger?		
Réponse:	Chacune des réponses est correcte: – une coupe (ou n'importe quelle quantité jusqu'à une coupe) – La moitié d'un bac		
3	Votre médecin vous conseille de réduire la quantité d'acides gras saturés dans votre alimentation. Vous mangez d'habitude 42 g d'acides gras saturés par jour, ce qui comprend une portion de glace. Si vous arrêtez de manger de la glace, combien de grammes d'acides gras saturés consommez-vous chaque jour?		
Réponse:	33 est la seule réponse correcte.		
4	Si vous mangez 2500 calories en un jour, quel pourcentage de votre apport journalier consommez-vous avec une portion de glace?		
Réponse:	10% est la réponse correcte.		
5	Imaginons que vous soyez allergique aux substances suivantes : pénicilline, arachides, gants en latex et piqûres d'abeilles. Est-il dangereux pour vous de manger cette glace?		
Réponse:	oui		
6	Demander seulement si le patient répond oui à la question 5. Pourquoi oui?		
Réponse:	Parce qu'elle contient de l'huile d'arachide.		
Total correct			

Figure 1. NVS (Newest Vital Sign) traduit de l'anglais¹⁹

Prière de noter que cette traduction française du NVS n'est pas validée. Le NVS fait l'objet d'un copyright appartenant à Pfizer Inc. et est reproduit avec la permission de Pfizer.

communication sous-optimale, puisqu'ils définissent habituellement les conditions de l'interaction médicale.

L'utilité des instruments de dépistage des compétences en santé est aujourd'hui débattue, sachant que tous les patients profiteraient de progrès en matière de communication, indépendamment de leurs compétences en santé. On sait aussi que les malades chroniques qui doivent se prendre en charge quotidiennement⁸ pâtissent davantage des déficits en communication et mériteraient une attention particulière. Certains auteurs estiment que les questions courtes²⁰ ont le format idéal pour la pratique puisqu'elles permettent une évaluation rapide, sans provoquer de gêne chez les patients.^{26,27}

Le dépistage de compétences en santé limitées peut avoir l'effet néfaste de stigmatiser les patients concernés.²⁸ La plupart de ces tests catégorise effectivement les individus en trois groupes suivant que leurs compétences en santé sont «adéquates», «marginales» ou «inadéquates» et risque de mettre à l'écart du système de santé des individus qui le sont déjà trop.

Dans la pratique quotidienne, il n'est pas envisageable d'évaluer chaque patient et certains experts recommandent de dresser des profils de compétences en santé pour un groupe de patients.²⁹ Le médecin devrait donc évaluer un échantillon de ses patients (par exemple : 50 patients) afin de connaître l'ampleur du phénomène dans sa patientèle. Sensibilisé au problème, il pourra ainsi ajuster ses techniques de communication en utilisant par exemple le *teach back*.¹³

Finalement, les interventions préconisées en cas de compétences en santé inadéquates consistent à favoriser les interactions productives, par exemple en simplifiant le niveau de lecture du matériel d'information, en utilisant le langage courant, des diagrammes et des images pour illustrer les explications.¹³ La mise en pratique de ces interventions suppose que les praticiens soient formés en conséquence et évitent tout jugement vis-à-vis des patients.

MONSIEUR A. C.: QUELLE SUITE?

En sachant que potentiellement un tiers de la population⁶ est à risque d'avoir des compétences en santé inadéquates et que ce problème a tendance à augmenter avec l'âge, vous voulez vous assurer que votre patient ait bien compris les enjeux de son nouveau traitement. Une façon d'évaluer de potentielles difficultés de compréhension serait d'utiliser le SILS en lui demandant avec quelle fréquence il a recours à de l'aide pour remplir des formulaires. Vous lui remettez ensuite un carnet d'anticoagulation et, en utilisant un vocabulaire adapté, discutez de l'indication ainsi que des risques liés à ce traitement notamment en cas de surdosage. Pour gagner en efficacité vous parcourez ce carnet avec le patient, quitte à lui demander de lire à haute voix, et utilisez d'autres supports comme des illustrations afin de combiner les moyens d'information. Enfin, vous utilisez la technique du *teach back* et demandez au patient de vous retransmettre ce qu'il a compris de la discussion. Vous revenez sur les aspects qui semblent les moins clairs et répétez



les informations importantes. Tous ces efforts ne sont pas une perte de temps puisqu'il est reconnu que le manque de compliance et les effets indésirables sont souvent liés à une mauvaise connaissance du traitement.³⁰

CONCLUSION

Il existe ainsi plusieurs moyens d'appréhender et d'atténuer les difficultés dans la communication soignant-patient lors de compétences en santé déficientes:³¹

- l'outil du *teach back*, c'est-à-dire demander au patient de retransmettre les informations qu'il a reçues;
- la question «Avec quelle facilité remplissez-vous les formulaires médicaux par vous-même?» (sachant qu'elle n'a pas encore été validée en français);
- l'attention portée à d'éventuels «mécanismes de défense» du patient (comme prétexter d'avoir oublié ses lunettes afin d'éviter de devoir lire);
- l'utilisation de supports visuels variés (graphiques, schémas);
- l'utilisation d'un langage adapté au niveau éducationnel du patient.

De plus, simplifier le fonctionnement du système de santé et en faciliter l'usage sont des mesures universelles permettant de minimiser les effets néfastes de compétences en santé limitées. Il est également crucial d'adopter une perspective communautaire (les compétences en santé limitées sont liées à plusieurs types de disparités raciales, sociales, etc.) et des communications de santé publique inspirant confiance (fiables, objectives et efficaces).³² ■

Remerciements

Nous remercions M. Paul Vaucher pour ses apports méthodologiques.

Implications pratiques

- Les déficits en compétences en santé des patients sont rencontrés fréquemment en pratique et l'usage de techniques de communication comme le *teach back* permet de s'assurer de la bonne compréhension d'une consigne et de mettre en évidence de potentielles carences communicationnelles
- L'évaluation des compétences en santé n'est pas aisée, mais des questions courtes ont été validées à cet effet. Celles-ci s'avèrent utiles en pratique même si leur performance après traduction de l'anglais n'est pas connue
- Mieux qu'une évaluation systématique, mesurer les compétences en santé sur un échantillon de patients permet de prendre conscience de l'ampleur du problème dans sa patientèle et d'être sensibilisé aux conséquences potentielles des déficits en compétences en santé
- En abordant ce thème, il faut être attentif à éviter toute stigmatisation. Le but n'étant pas de classer les patients en «compétents» ou «incompétents» mais bien d'optimiser la communication avec ces derniers

Adresses

Simon Zenklusen
Ch. des Villarets 6
2036 Cormondrèche
simon.zenklusen@unil.ch

Pr Thomas Bischoff
Dr Patrick Bodenmann
PMU, CHUV
1011 Lausanne
thomas.bischoff@hospvd.ch
patrick.bodenmann@hospvd.ch

Pr Francesco Panese
Fondation Claude Verdan-Musée de la main
Rue du Bugnon 21
1011 Lausanne
francesco.panese@unil.ch

Bibliographie

- 1 Ratzan SC, Parker RM. Introduction. In: National library of medicine current bibliographies in medicine: Health Literacy. Selden CR, Zorn M, Ratzan SC, Parker RM, Editors. NLM Pub. No. CBM 2000-1. Bethesda, MD: National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services; 2000.
- 2 Kickbusch IS. Health literacy: Addressing the health and education divide. *Health Promot Int* 2001;16:289-97.
- 3 * Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int* 2000;15:259-67.
- 4 Peerson A, Saunders M. Health literacy revisited: What do we mean and why does it matter? *Health Promot Int* 2009;24:285-96.
- 5 Freedman DA, Bess KD, Tucker HA, et al. Public health literacy defined. *Am J Prev Med* 2009;36:446-51.
- 6 Kutner M, Greenberg E, Jin Y, et al. The health literacy of America's adults: Results from the 2003 National assessment of adult literacy (NCES-483). U.S. Department of Education. Washington, DC: National Center for Education Statistics; 2006.
- 7 Paasche-Orlow MK, Wolf MS. The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *Am J Health Behav* 2007;31(Suppl. 1):S19-26.
- 8 Dewalt DA, Berkman ND, Sheridan S, et al. Literacy and health outcomes: A systematic review of the literature. *J Gen Intern Med* 2004;19:1228-39.
- 9 Friedland RB. Understanding health literacy: New estimates of the costs of inadequate health literacy. National Academy on an Aging Society (US), 1998.
- 10 Wang J, Schmid M. Les différences régionales dans la compétence en matière de santé en Suisse. Institut de médecine sociale et préventive, Université de Zurich, juin 2007.
- 11 Notter P, Arnold C, von Erlach E, et al. Lire et calculer au quotidien: compétences des adultes en Suisse. OFS, Neuchâtel, 2006.
- 12 Bass PF, Wilson JF, Griffith CH, et al. Residents' ability to identify patients with poor literacy skills. *Acad Med* 2002;77:1039-41.
- 13 Weiss BD. Health literacy and patient safety: Help patients understand: A manual for clinicians. 2nd ed. Chicago, Ill: American Medical Association Foundation and American Medical Association; 2007.
- 14 * Baker DW, Parker RM, Williams MV, et al. The health care experience of patients with low literacy. *Arch Fam Med* 1996;5:329-34.
- 15 Davis TC, Long SW, Jackson RH, et al. Rapid estimate of adult literacy in medicine: A shortened screening instrument. *Fam Med* 1993;25:391-5.
- 16 Rawson KA, Gunstad J, Hughes J, et al. The METER: A brief, self-administered measure of health literacy. *J Gen Intern Med* 2010;25:67-71.
- 17 Parker RM, Baker DW, Williams MV, et al. The test of functional health literacy in adults: A new instrument for measuring patients' literacy skills. *J Gen Intern Med* 1995;10:537-41.
- 18 Baker DW, Williams MV, Parker RM, et al. Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Educ Couns* 1999;38:33-42.
- 19 Weiss BD, Mays MZ, Martz W, et al. Quick assessment of literacy in primary care: The newest vital sign. *Ann Fam Med* 2005;3:514-22.
- 20 Chew LD, Bradley KA, Boyko EJ. Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. *Fam Med* 2004;36:588-94.
- 21 Sarkar U, Schillinger D, López A, et al. Validation of self-reported health literacy questions among diverse English and Spanish-speaking populations. *J Gen Intern Med* 2011;26:265-71.



- 22** Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. *J Gen Intern Med* 2006;21:878-83.
- 23** Martin LT, Schonlau M, Haas A, et al. Literacy skills and calculated 10-year risk of coronary heart disease. *J Gen Intern Med* 2011;26:45-50.
- 24** www.health-literacy.eu
- 25** Pleasant A. Measuring health literacy: A challenge to curriculum design and evaluation. The Center for Literacy of Quebec. 2008. Disponible sur: www.centreforliteracy.qc.ca/publications/briefs/measuring/measuring.pdf (page consultée le 9.10.2010).
- 26** Davis TC, Wolf MS. Health literacy: Implications for family medicine. *Fam Med* 2004;36:595-8.
- 27** Powers BJ, Trinh JV, Bosworth HB. Can this patient read and understand written health information? *JAMA* 2010;304:76-84.
- 28** Parikh NS, Parker RM, Nurss JR, et al. Shame and health literacy: The unspoken connection. *Patient Educ Couns* 1996;27:33-9.
- 29** * Davis TC, Michielutte R, Askov EN, et al. Practical assessment of adult literacy in health care. *Health Educ Behav* 1998;25:613-24.
- 30** De Moerloose P, Bounameaux H, Mazzolai L. Education thérapeutique du patient et illettrisme en Suisse. *Rev Med Suisse* 2008;4:323-4.
- 31** Rudd R. Improving Americans' Health Literacy. *N Engl J Med* 2010;363:2283-5.
- 32** Pignone M, DeWalt DA, Sheridan S, et al. Interventions to improve health outcomes for patients with low literacy. A systematic review. *J Gen Intern Med* 2005;20:185-92.
- * à lire
** à lire absolument