

# LA LITTÉRATIE EN SANTÉ, UN LEVIER POUR DES SYSTÈMES DE SOINS PLUS ÉQUITABLES ? DES OUTILS POUR ARMER LES PROFESSIONNELS ET IMPLIQUER LES INSTITUTIONS

Gilles Henrard, Frédéric Ketterer, Didier Giet, Marc Vanmeirbeek, Jean-Luc Belche, Laetitia Buret

S.F.S.P. | « Santé Publique »

2018/HS1 S1 | pages 139 à 143

ISSN 0995-3914

Article disponible en ligne à l'adresse :

---

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-HS1-page-139.htm>

---

Pour citer cet article :

---

Gilles Henrard *et al.*, « La littératie en santé, un levier pour des systèmes de soins plus équitables ? Des outils pour armer les professionnels et impliquer les institutions », *Santé Publique* 2018/HS1 (S1), p. 139-143.

DOI 10.3917/spub.184.0139

---

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

© S.F.S.P.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## La littératie en santé, un levier pour des systèmes de soins plus équitables ? Des outils pour armer les professionnels et impliquer les institutions

*Health literacy, a lever to make health care systems more equitable?  
Tools to support professionals and involve institutions*

Gilles Henrard<sup>1</sup>, Frédéric Ketterer<sup>1</sup>, Didier Giet<sup>1</sup>, Marc Vanmeirbeek<sup>1</sup>, Jean-Luc Belche<sup>1</sup>, Laetitia Buret<sup>1</sup>

### ⇒ Résumé

Cet article rappelle brièvement en quoi de trop faibles niveaux de littératie en santé peuvent être considérés comme un problème de santé publique. Il positionne ensuite le concept de littératie en santé comme possible levier pour amener les systèmes de soins à une meilleure prise en compte des inégalités sociales de santé. Il tente enfin de donner des pistes d'actions concrètes aux travailleurs de terrain, qu'ils soient cliniciens ou responsables de la qualité des soins, en insistant sur l'intérêt d'une approche organisationnelle de la littératie en santé.

**Mots-clés :** Littératie en santé ; Littératie organisationnelle en santé ; Santé publique ; Inégalités sociales de santé.

### ⇒ Abstract

*This article briefly recalls why low levels of health literacy should be considered to constitute a public health issue. It then proposes the concept of health literacy as a possible lever to help health care systems to more effectively take social health inequalities into account. Finally, it provides concrete tools for field workers, both clinicians and quality of care managers, and emphasises the importance of an organizational approach to health literacy.*

**Keywords:** Health literacy; Organizational health literacy; Public health; Social health inequalities; Social health inequities.

<sup>1</sup> Département de médecine générale – Université de Liège – Bâtiment B23 – CHU Sart-Tilman – 4000 Liège – Belgique.

Correspondance : G. Henrard  
gilles.henrard@uliege.be

Réception : 21/10/2015 – Acceptation : 15/11/2017

Notre époque brasse un volume gigantesque d'informations et, dans le même temps, sollicite de manière incessante la responsabilité des individus. Dans certaines situations, nos capacités à gérer ces informations peuvent être inadéquates ou dépassées, et ce déséquilibre entraîner des conséquences néfastes pour la santé. Si le système de soins n'est qu'un des contextes dans lesquels se joue la santé des individus, il peut être considéré comme l'archétype d'un milieu où des informations complexes doivent être échangées. Or, nous ne sommes pas égaux face à ces difficultés. Et si réduire la genèse des inégalités sociales de santé (ISS) à une série de « choix mal informés » serait aussi réducteur qu'injuste – nos comportements sont souvent dictés par des contraintes, parfois très lucidement reconnues –, que ces inégalités puissent être renforcées par une « complexité non nécessaire » du système de soins, invite les professionnels à une remise en question constructive et à l'action. Le concept de littératie en santé leur en offre l'opportunité.

## Une forte corrélation entre bas niveau de littératie et de multiples indicateurs de santé

Le terme « littératie » est un néologisme introduit au début des années 1990, dérivé de l'anglais *literacy*. Pendant positif du terme « illettrisme », il rend mieux compte du caractère continu et contextuel de la compétence à gérer les informations. Dans le domaine de la santé, ces « compétences nécessaires pour accéder à, évaluer et utiliser l'information afin de prendre des décisions en termes de soins de santé, de prévention ou de promotion de la santé » ont été appelées « littératie en santé » [1]. Cette définition, largement consensuelle à l'heure actuelle, ne peut se limiter au cadre strict de la maîtrise de la lecture et de l'écriture ; elle englobe des compétences telles que celle de s'expliquer oralement (*spoken literacy*) ou de calculer (*numeracy*). Elle jouit d'une grande popularité outre-Atlantique et tend, ces dernières années, à s'internationaliser.

Toutes les études s'accordent sur le fait qu'un faible niveau de littératie en santé est fréquent au sein de la population générale. Dans la première « European Health Literacy Survey », à laquelle ni la France ni la Belgique n'ont pris part, le niveau de littératie en santé était qualifié d'« inadéquat » chez 12 % des répondants et de « problématique » chez 35 % d'entre eux [2]. Selon le dernier rapport de l'OCDE sur les compétences des adultes, le niveau de littératie général des Français se situe parmi les

plus bas des 22 pays participants [3]. Les auteurs les plus investis dans le domaine n'hésitent pas à qualifier la littératie en santé de « déterminant-clé de la santé » [4] et une forte corrélation a été démontrée, même après correction pour diverses variables socio-économiques, entre un bas niveau de littératie en santé et une série d'indicateurs de santé, comme par exemple un faible recours à la vaccination contre la grippe, une moindre adhérence thérapeutique médicamenteuse ou une plus grande mortalité chez la personne âgée [5]. Les problèmes de littératie sont, par ailleurs, largement sous-estimés par les professionnels de la santé [6], alors que les usagers sont demandeurs d'interventions en la matière [7]. Le vieillissement de la population, la tendance à la surmédicalisation des problèmes, ainsi que la pression mise sur les patients et leur entourage pour une plus grande autogestion des maladies chroniques, pourraient, dans le futur, accentuer le problème.

## D'un concept à l'action

La recherche dans le domaine de la littératie en santé est en plein essor [8] et le nombre de publications se référant au concept croît de manière exponentielle ces dernières années. Malgré cet engouement, les interventions évaluées restent peu nombreuses, singulièrement en Europe [9]. La littératie en santé serait-elle à considérer comme le dernier avatar en santé publique de grands discours inopérants [10] ? Comment l'émulation qu'elle semble susciter peut-elle se traduire en actions concrètes sur le terrain ?

Deux approches principales peuvent être envisagées. Tout d'abord, une approche dite « clinique », encore largement majoritaire, dont les actions mettent l'accent sur la facilitation du colloque singulier usager-professionnel. Elle est le plus souvent de l'ordre de l'éducation thérapeutique du patient et/ou de la formation à la communication des professionnels tout en mettant l'accent sur l'utilisation d'un langage simple et clair [11]. Une initiative remarquable dans ce domaine est le portail internet canadien « Discutons santé »<sup>1</sup>, qui combine modules de formation à l'attention des professionnels et conseils de préparation à la consultation pour le patient. Ces conseils sont centrés autour des habiletés dites « PIVO » (pour « Préparez-vous, Informez-vous, Vérifiez, Osez parler »). Ce type d'action a l'avantage d'être immédiatement à la portée de tout

<sup>1</sup><https://portail.capsana.ca/site/cepps/home.html>

professionnel motivé. Mais, le travail de terrain nous le rappelle parfois amèrement, en situation, des contraintes fortes, notamment liées à l'organisation et à la culture de travail, ont trop vite fait de balayer les bonnes volontés individuelles. D'où le développement d'une approche, dite « de santé publique » (*public health literacy*) [12]. Plus récente, elle accorde une attention particulière aux facteurs sociaux à l'origine du niveau de littératie, s'intéresse à des actions de promotion de la santé et, surtout, vise les institutions de soins plutôt que les usagers ou les professionnels individuellement.

### Intervenir au niveau des systèmes de soins : nécessaire et stratégique

La nécessité de transformer les systèmes de soins en vue d'une meilleure prise en compte des problèmes de littératie en santé est d'autant plus primordiale qu'un manque d'attention dans ce domaine pourrait renforcer les ISS. Par exemple, le concept de « discrimination fortuite », développé par Mann, avance que tout programme de santé publique formulé dans un message unique et exprimé dans un langage « dominant », est *a priori* discriminatoire s'il postule que toutes les populations sont touchées de manière égale [13]. La complexité des systèmes de soins, à travers le prisme des différences de niveaux de littératie, transformerait des différences sociales en inégalités de santé.

Le concept de littératie en santé représente, selon nous, une opportunité stratégique de réhabiliter la question des inégalités auprès des professionnels de la santé. Si ces derniers se sentent souvent impuissants à modifier, depuis le terrain, les déterminants socio-économiques de la santé, ils pourraient se sentir légitimes et motivés, par professionnalisme, pour agir de manière concrète sur les obstacles à l'utilisation optimale d'un système de soins qu'ils connaissent bien. Aussi, une part conséquente des moyens publics continue, bon gré mal gré, à être investie dans les systèmes de soins, et les victimes des ISS, quelle que soit l'origine des problèmes, sont souvent amenées à s'adresser aux professionnels de santé en dernier recours. Ainsi, en distillant dans les systèmes de soins une culture de l'attention aux inégalités de niveaux de littératie, on peut espérer que l'action propre de ces systèmes pèse davantage en faveur d'une réduction des ISS, et qu'ils soient plus souvent propices à l'enclenchement de « cercles vertueux », débordant sur d'autres déterminants de la santé, notamment par

le biais de partenariats avec d'autres acteurs de la promotion de la santé, comme les assistants sociaux, les éducateurs ou les pouvoirs publics.

Une initiative concrète illustrant cette approche organisationnelle est le développement récent d'un questionnaire d'auto-évaluation des institutions de soins en matière de littératie en santé. L'outil est promu par un groupe de travail spécifique hébergé par le réseau international des hôpitaux et centres de santé promoteurs de santé<sup>2</sup>. Il s'est montré faisable et pertinent lors d'une étude pilote à Vienne [14] et est en cours de traduction vers le français. Le processus permis par cet outil aboutit à un « diagnostic organisationnel » de l'institution, mettant en exergue ses forces et ses faiblesses en matière de littératie en santé. Du point de vue des patients par exemple : les sollicitations administratives sont-elles raisonnables et suffisamment compréhensibles ? Le système de guidage permet-il une bonne orientation ? Les documents et les applications informatiques sont-ils conçus, achetés et/ou testés avec la participation des patients ? Est-il possible de dialoguer dans sa langue maternelle avec l'institution, par exemple à l'aide d'un interprète, en particulier dans les situations à risque ? Les patients sont-ils impliqués dans les formations du personnel pour faire part de leurs expériences ? Du point de vue des travailleurs : une importance suffisante est-elle accordée aux compétences en communication dans les curriculums ? Sont-ils formés à une communication avec les patients conforme aux exigences de la littératie en santé ? Disposent-ils de locaux propices, et du temps nécessaire, pour la mettre en pratique ? Autant d'aspects qui participent à définir la « littératie organisationnelle en santé » (*organizational health literacy*), c'est-à-dire la capacité d'une institution de soins à tenir compte du niveau de littératie en santé de ses usagers [15].

En plus de soutenir la sensibilisation sur la problématique dans l'institution, le processus peut être le point de départ à des actions de remédiation ciblées. Des outils pratiques sont à disposition des responsables de la qualité des soins, comme ce guide de réalisation de supports d'information en langage clair [16] ou encore cette boîte à outils pour favoriser le développement de « contextes de soins qui tiennent compte des différences de niveaux de littératie des usagers » (un équivalent limpide de *health literacy friendly* en français reste à trouver) [17]. Cette boîte à outils fait le choix d'une approche de type « précautions universelles », pour insister sur l'idée que le dépistage

<sup>2</sup> [http://www.hphnet.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2374:hph-and-health-literate-health-care-organizations](http://www.hphnet.org/index.php?option=com_content&view=article&id=2374:hph-and-health-literate-health-care-organizations)

systématique des usagers ayant un faible niveau de littératie en santé n'est pas adéquat en clinique [18]. Elle présente une vingtaine d'interventions ponctuelles et accompagne les institutions de soins pas à pas pour les implémenter en pratique. Ces interventions vont de la mobilisation préalable de l'équipe sur la thématique à la promotion de techniques de communication simples auprès de professionnels comme le « *Teach-back* »<sup>3</sup>, en passant par des manières structurées de recueillir l'expérience des usagers. À ce propos, des expériences en France existent pour finir de nous convaincre de ce que les usagers, notamment les plus précaires d'entre eux, ont à nous apprendre sur les systèmes de soins quand on leur donne les moyens de témoigner [19].

Il s'agit donc de créer les conditions qui, structurellement, diminueraient la complexité des tâches demandées aux usagers et, dans le même temps, donneraient l'envie et les moyens à chaque professionnel de mieux tenir compte des différences de niveau de littératie en santé. Les médecins, pour ne parler que d'eux, pourraient user du rôle historiquement prépondérant qu'ils occupent dans les systèmes de soins pour mettre à l'agenda des institutions de soins cette approche organisationnelle de la littératie en santé [20] et, par le même biais, concrétiser la responsabilité sociale qu'ils revendiquent [21].

## Conclusion

La littératie en santé ne doit pas être considérée comme une nouvelle panacée. L'inégalité des contraintes entravant la santé ne disparaîtra pas une fois l'information simplifiée et clarifiée. Mais elle constitue assurément un moyen privilégié de rendre les systèmes de soins plus équitables, en y réduisant partout où cela est possible la complexité.

*Aucun conflit d'intérêt déclaré*

## Références

1. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12:80.
2. Sørensen K, Pelikan JM, Rothlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health* [Internet]. 5 avr 2015 [cité 11 août 2015]; Disponible sur: <http://eurpub.oxfordjournals.org/cgi/doi/10.1093/eurpub/ckv043>
3. Perspectives de l'OCDE sur les compétences 2013 [Internet]. Éditions OCDE; 2013 [cité 6 août 2015]. Disponible sur: [http://www.oecd-ilibrary.org/education/perspectives-de-l-ocde-sur-les-competences-2013\\_9789264204096-fr](http://www.oecd-ilibrary.org/education/perspectives-de-l-ocde-sur-les-competences-2013_9789264204096-fr)
4. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD, World Health Organization, éditeurs. *Health literacy: the solid facts*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2013. 73 p.
5. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Viera A, Crotty K, et al. Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. *Evid Report Technology Assess*. mars 2011;(199):1-941.
6. Easton P, Entwistle VA, Williams B. Health in the "hidden population" of people with low literacy. A systematic review of the literature. *BMC Public Health*. 2010;10:459.
7. Easton P, Entwistle VA, Williams B. How the stigma of low literacy can impair patient-professional spoken interactions and affect health: insights from a qualitative investigation. *BMC Health Serv Res*. 2013;13(1):319.
8. IOM (Institute of Medicine). *Innovations in Health Literacy Research: Workshop Summary*. Washington, DC: The National Academies Press; 2011.
9. Rademakers JJDJM, Hofstede J, van der Heide I, Devillé W, Heijmans M. A snapshot across Europe: policies, interventions and actions on health literacy improvement in Europe uncovered in the HEALIT4EU study. *European Journal of Public Health*, 25 (2015) spl. 3, p. 44-45. Abstract: 8th European Public Health Conference: "Health in Europe – from global to local policies, methods and practices". 14-17 octobre 2015 à Milan. [Internet] Disponible sur: <http://www.nivel.nl/node/2430?database=ChoicePublicat&priref=6007>
10. Fassin D. Comment faire de la santé publique avec des mots. Une rhétorique à l'œuvre. *Ruptures Rev Transdiscipl En Santé*. 2000;7(1):58-78.
11. Richard C, Lussier MT. *La communication professionnelle en santé*. 2<sup>e</sup> édition. 2016. Ed. ERPI, 880 pages.
12. Freedman DA, Bess KD, Tucker HA, Boyd DL, Tuchman AM, Wallston KA. Public health literacy defined. *Am J Prev Med*. 2009;36(5):446-51.
13. Mann J. Santé publique : éthique et droits de la personne. *Santé publique*. 1998;10(3):239-50.
14. Pelikan JM, Dietscher C. Health-literate hospitals and healthcare organizations. Results from an Austrian feasibility study on the self-assessment of organizational health literacy in hospitals. In: Schaeffer D & Pelikan JM (Eds), *Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven* [Health Literacy: Status of research and perspectives]. Bern: Hogrefe. 2016.
15. Brach C, Keller D, Hernandez LM, Baur C, Parker R, Dreyer B, et al. Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations |

<sup>3</sup><http://www.teachbacktraining.org/>

- National Academy of Medicine [Internet]. 2012 juin [cité 20 avr 2017]. Disponible sur : <https://nam.edu/perspectives-2012-ten-attributes-of-health-literate-health-care-organizations/>
16. Lemieux V, Mouawad R, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Secteur services préventifs en milieu clinique. Pour qu'on se comprenne : guide de littératie en santé [Internet]. 2014 [cité 5 août 2015]. Disponible sur : <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2326351>
17. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit: 2nd edition. [Internet]. 2015. Disponible sur : <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/literacy-toolkit/index.html>
18. Kronzer VL. Screening for health literacy is not the answer. *BMJ*. 2016;354:i3699.
19. ATD Quart Monde France. Journée préparatoire du séminaire santé du Mouvement ATD Quart-Monde, Les plus pauvres interrogent notre système de santé [Internet]. 2011. Disponible sur : <https://www.atd-quartmonde.fr/wp-content/uploads/2012/09/Actes-du-5-mars.pdf>
20. Brach C, Dreyer B, Schillinger D. Physicians' Roles in Creating Health Literate Organizations: A Call to Action. *J Gen Intern Med*. 2013;29.
21. Boelen C. Consensus Mondial sur la Responsabilité Sociale des Facultés de Médecine, Summary. *Santé Publique*. 2011;23(3): 247-50.