

# Chapitre 2

## Regards croisés sur la littératie en santé

Bragard, I.<sup>1</sup>, Margat, A.<sup>2</sup>, Dieng, S.<sup>2</sup>, Pétré, B.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Département des sciences de la santé publique, Université de Liège – Belgique

<sup>2</sup> Laboratoire « Éducatifs et pratiques de santé » EA3412,  
Université Paris 13 – Sorbonne Paris-Cité – France

### Introduction

Le concept de littératie en santé (LS) regroupe les capacités d'une personne à comprendre les informations en matière de santé. Il est défini par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme « les aptitudes cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité des individus à obtenir, comprendre et utiliser des informations d'une façon qui favorise et maintient une bonne santé » (Pelikan, Röthlin & Ganahl, 2012). Or, le système de santé actuel avec sa complexité grandissante semble mettre les individus de plus en plus en difficulté par rapport à la gestion de leur santé (Sørensen *et al.*, 2015) : par exemple, 23 % des européens ne peuvent déterminer sur base de l'emballage d'un produit pharmaceutique à raison de combien de fois par jour le médicament doit être pris (Kickbusch, Pelikan, Apfel & Tsouros, 2013). Depuis son apparition dans les années 1970 (Simonds, 1974), le concept de LS n'a cessé d'évoluer. Les premières définitions se concentraient sur la capacité des personnes à lire et à comprendre l'information en santé écrite (*i.e.* LS fonctionnelle), pour englober ensuite les capacités d'accès, de compréhension et d'utilisation de l'information sur la santé provenant de sources diverses (Batterham, Hawkins, Collins, Buchbinder & Osborne, 2016). Le concept est passé d'une approche « clinique », mettant l'accent sur la relation interindividuelle entre soignant et soigné et considérant la LS comme un facteur de risque de mauvaise santé, à une approche de « *Public Health Literacy* », considérant les connaissances, compétences et engagement qu'ont les groupes d'individus à s'occuper de la santé publique de leur communauté. Cette dernière approche considère la LS comme un atout pour la population en lui offrant une plus grande autonomie et contrôle sur les décisions de santé et permettant de réduire les disparités entre individus (Freedman *et al.*, 2009 ; Pleasant & Kuruvilla, 2008). Récemment, une équipe européenne a proposé une définition de la LS basée sur la synthèse de 17 dé-

finitions et 12 cadres conceptuels existants : « La connaissance, la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et appliquer l'information en matière de santé en vue de porter des jugements et de prendre des décisions de tous les jours en ce qui concerne la santé, la prévention des maladies et la promotion de la santé, de manière à maintenir ou améliorer la qualité de vie. » (Sørensen *et al.*, 2012.) Cette définition prend également en compte la catégorisation traditionnelle de la LS en trois niveaux (Nutbeam, 2000) : fonctionnelle (*i.e.* accès à l'information, lecture), interactive (*i.e.* comprendre l'information, communiquer) et critique (*i.e.* évaluer et utiliser l'information). Ce travail de synthèse a conduit à un modèle présentant les principaux facteurs déterminants de la LS : déterminants personnels (*e.g.* niveau d'instruction et statut socio-économique), situationnels (*e.g.* soutien social et compétences en communication des professionnels de la santé), sociaux et environnementaux (*e.g.* culture et complexité du système de soins de santé) (Sørensen *et al.*, 2012). Ce modèle présente également les liens entre la LS et la santé des individus. En termes de santé publique, l'OMS considère la LS comme un déterminant majeur de la santé contribuant aux inégalités sociales en santé (Kickbusch *et al.*, 2013). Une LS limitée est notamment associée à des taux d'hospitalisation et de réhospitalisation plus élevés (Mitchell, Sadikova, Jack & Paasche-Orlow, 2012) et à davantage de morbidité et de morts prématurées (Baker *et al.*, 2007).

Le concept de LS repose sur l'intégration complexe de différents facteurs, dont l'évaluation implique le développement d'outils multidimensionnels et intégratifs. Il existe un grand nombre d'outils d'évaluation de la LS dont la qualité psychométrique varie considérablement (Haun, Valerio, McCormack, Sørensen & Paasche-Orlow, 2014). Ils peuvent être classés selon leur méthode : soit objective en utilisant une évaluation directe des performances (*e.g.* savoir lire une notice de médicament), soit subjective en utilisant une auto-évaluation des compétences en matière de LS (Haun *et al.*, 2014). Les outils objectifs peuvent constituer un *screening* très utile pour les cliniciens de terrain, mais ne permettent pas toujours de capter le large éventail de dimensions incluses dans les définitions récentes de la LS (Nutbeam, 2015). Les outils subjectifs offrirait la possibilité d'évaluer l'ensemble des dimensions (Nutbeam, 2015), comme c'est le cas du questionnaire HLS-EU-Q (Sørensen *et al.*, 2013) ou du *Health Literacy Questionnaire* (Osborne, Batterham, Elsworth, Hawkins, & Buchbinder, 2013). En Belgique, à notre connaissance, une seule étude a mesuré le niveau de LS de la population, en utilisant une version courte du HLS-EU-Q (Van den Broucke & Renwart, 2014) auprès de 9616 membres d'une mutualité : plus de 40 % des personnes interrogées avaient une LS limitée (30 %), voire insuffisante (11 %) (Van den Broucke & Renwart, 2014), situant la Belgique dans les normes européennes (Sørensen *et al.*, 2015). Ces premières données belges interpellent, malgré certaines limites comme un échantillon majoritairement flamand (77 %) et un indice global ne permettant pas d'approfondir la diversité des niveaux de LS en fonction de dimensions importantes comme la communication avec les professionnels de santé.

Après cette introduction au concept de LS, ce chapitre présente trois études qui ont interrogé ses fondements théoriques, ses outils d'évaluation et d'intervention, mais aussi les conditions nécessaires à une meilleure intégration de cette notion dans les pratiques des professionnels de santé. La première s'intéresse à l'*Oral Health Literacy*

(OHL) au Sénégal en portant un regard critique sur les moyens d'évaluation de la OHL et sur leur adaptabilité dans un contexte où l'oralité est le mode dominant de communication. Ensuite, la deuxième étude interroge les caractéristiques des interventions visant la LS et discute des possibles articulations avec l'Éducation thérapeutique du patient (ETP) d'un point de vue interventionnel. La dernière étude situe l'attitude éducative comme un préalable nécessaire pour tous les professionnels de santé avant d'entreprendre des démarches de soins adaptées au niveau de LS des patients. Pour conclure, une réflexion sur les interventions portant sur la LS dans l'amélioration de la qualité des soins sera proposée à travers ces regards croisés.

## **1 Littératie en santé orale (LSO) des mères et santé dentaire des enfants sénégalais : regard critique sur les outils de mesure**

La littératie en santé orale (LSO) est définie par le degré auquel les individus ont la capacité d'obtenir, de traiter et de comprendre les informations et les services de santé de base nécessaires pour prendre des décisions appropriées en matière de santé bucco-dentaire (ADA, 2016<sup>1</sup>). Elle est considérée comme un déterminant de santé orale. Ainsi, une personne avec un bon niveau de LSO a une meilleure santé dentaire, bénéficie davantage des mesures de prévention et interagit mieux avec le système de soins bucco-dentaires (Horowitz & Kleinman, 2012). De plus, les quelques rares études qui se sont intéressées à la relation entre la LSO des mères et la santé dentaire de leurs enfants ont abouti à des associations significatives (Miller, Lee, DeWalt & Vann, 2010; Vann, Lee, Baker & Divaris, 2010). Beaucoup d'outils de mesure ont été développés (principalement dans les pays développés ou intermédiaires) (Lee, Rozier, Lee, Bender & Ruiz, 2007; Gong, Lee, Rozier, Pahel & Richman, 2007). Aucun ne l'a été dans un pays en Afrique subsaharienne. Au Sénégal, le système de santé, essentiellement biomédical, peine à satisfaire la demande de soins bucco-dentaires. Par ailleurs, la prévalence de la carie dentaire des enfants de 2-6 ans de Pikine est de 68 % en 2009 (Cissé, Diouf, Faye, Lo & Sembene, 2009). Dans la volonté de proposer des solutions alternatives ou complémentaires à une réponse aux besoins strictement curative et plus généralement à la problématique de santé orale, nous nous sommes intéressés à la LSO des mères comme déterminant de santé. Ce travail a donc pour objectifs de déterminer le niveau de LSO des mères, d'étudier sa relation avec la santé dentaire des enfants et de discuter ses outils de mesure.

Une étude transversale a été conduite sur des enfants de 3 à 9 ans et leurs mères dans le département de Pikine. La taille de l'échantillon était de 315 enfants et 315 mères. La carie dentaire a été évaluée par un examen clinique. Conjointement, un entretien par questionnaire a été mené auprès des mères pour renseigner leur niveau de LSO, leurs caractéristiques sociales (niveau d'étude, travail, profession et richesse du ménage) et leur pratique d'hygiène orale ainsi que le brossage dentaire des enfants. L'*Oral Health Literacy-Adults Questionnaire* (OHL-AQ) (Sistani, Montazeri, Yazdani & Murtooma, 2014) a été choisi pour mesurer la LSO parce qu'il est conçu pour la santé publique et le mieux adapté au contexte d'étude. L'OHL-AQ est formé de 17 *items* répartis en

---

1. <https://www.ada.org/en/public-programs/health-literacy-in-dentistry>.

quatre dimensions : « Lecture et compréhension » ; « Compréhension des chiffres » ; « Écoute, compréhension et communication » ; et enfin « Prise de décisions appropriées dans le domaine de la santé bucco-dentaire ». Le niveau de LSO a été catégorisé en trois classes (faible, moyenne et élevée).

Les mères étaient majoritairement (68,3 %) non scolarisées ou d'un niveau d'étude primaire alors que 31,7 % avaient atteint un niveau d'études secondaires ou supérieures. Parmi les mères (52,1 %) qui avaient un travail, 53,1 % étaient des ouvrières et 21,9 % des cadres. Les ménages étaient relativement pauvres (54,6 %). Le score moyen du niveau de LSO était de 6,5 (+/-3,1). Selon les classes de niveau de LSO, 80,6 % des mères avaient un faible niveau, 12,4 % un niveau moyen et 7 % un niveau élevé. La LSO était significativement associée au niveau d'étude ( $p < 0,001$ ), à la richesse du ménage ( $p < 0,001$ ), aux pratiques d'hygiène orale ( $p < 0,001$ ) et à la carie dentaire des enfants ( $p < 0,001$ ). En effet, la LSO était meilleure chez les mères qui avaient un niveau d'étude secondaire ou supérieure (80 %) ou chez celles qui vivaient dans des ménages riches (51 %). De plus, la prévalence de la carie augmentait en proportion inverse du niveau de la LSO.

L'analyse des résultats a montré que le niveau de LSO des mères sénégalaises de Pikine est déterminé par le niveau d'étude et la richesse du ménage et qu'il a un effet significatif sur la santé dentaire des enfants. Ce résultat est confirmé par la littérature qui rapporte une relation significative entre la LSO et le niveau d'études (Calvasina, Herenia, Hoffman-Goetz & Norman, 2016; Bridges *et al.*, 2014) et entre la LSO et le niveau de richesse (Veerasingam & Kirk, 2013; Calvasina, Herenia, Hoffman-Goetz & Norman, 2016). Les résultats avaient également montré un très faible niveau de LSO des mères. Ce dernier était moins bon que ceux rapportés par la littérature. En effet, des études qui avaient utilisé l'OHL-AQ ou le *Rapid Estimated Adult Literacy in Dentistry* (REALD-30) ont rapporté de meilleurs niveaux de LSO, respectivement, chez les femmes indiennes (score moyen de 13,9 contre 6,5 pour notre étude) (Vyas, Sandesh, Pralhad & Prashant, 2016) et chez les caregivers en Caroline du Nord aux USA (score moyen de 15,8; intervalle de 1 à 30) (Vann, Lee, Baker & Divaris, 2010). Ce contraste peut s'expliquer par les outils de mesure et les contextes socioculturels des études. En effet, globalement, l'approche dominante de mesure met surtout l'accent sur les capacités de lecture et de calcul du patient (*e.g.* REALD-30 ou le TOFLiD) (Lee, Rozier, Lee, Bender & Ruiz, 2007; Gong, Lee, Rozier, Pahel & Richman, 2007). Ceci ne reflète pas la gamme de compétences qu'implique la littératie en santé (Jordan, Buchbinder & Osborne, 2010). En outre, ces outils de mesure ont été essentiellement développés dans les pays à ressources élevées ou intermédiaires où le niveau d'études est globalement élevé et l'écrit très présent dans les relations de soins. Ceci rend discutable leur utilisation dans un contexte sénégalais où 68,3 % des femmes n'étaient pas scolarisées ou avaient un niveau de formation très faible (primaire) et plus de la moitié vivaient dans des ménages pauvres (54,8 %). D'autres outils, plus récents, tentent de prendre en compte toutes les dimensions de la LSO avec encore des limites. L'OHL-AQ, reste un peu technique pour une population peu lettrée. Par ailleurs, au Sénégal, le mode de transmission ou de partage des messages de santé orale est à la fois écrit et oral, mais on retrouve une prédominance de l'oralité (Diagne, 2005) dont l'interaction est directe et affective entre les interlocuteurs (Séne, 2004). Ceci facilite

l'appropriation de l'information de santé qui dépend en partie de son accessibilité sur le plan du vocabulaire (Sørensen *et al.*, 2012) et culturel.

Au Sénégal, comme dans beaucoup de pays africains, la LSO est un champ de recherche peu ou pas exploré. Pourtant, elle est aujourd'hui, considérée comme un déterminant de santé orale et à ce titre, elle doit inspirer des politiques de santé orale. Toutefois, son évaluation est encore imprécise et les outils de mesure disponibles dans la littérature ne prennent pas en compte le contexte socioculturel sénégalais. Il devient, dès lors, nécessaire de développer des outils adaptés.

## 2 Quelles articulations possibles entre littératie en santé et ETP ?

Le niveau de compétences en littératie en santé (LS) a un impact suffisamment important sur l'état de santé, pour qu'il semble nécessaire d'en tenir compte dès lors que l'on vise l'amélioration de la santé globale de la population. Dans le cas particulier des malades chroniques, il est constaté qu'un faible niveau de LS nuit à une pleine maîtrise des compétences permettant l'autogestion de la maladie et le suivi des traitements (Heijmans, Waverijn, Rademakers, Van Der Vaart & Rijken, 2015 ; Miller, 2016 ; Moser *et al.*, 2015). Des recommandations sont émises pour que le niveau de LS des patients atteints de maladie chronique soit pris en compte dans les interventions visant à développer leur autogestion (Kickbusch *et al.*, 2013). Une attention particulière doit être portée aux publics vulnérables qui utilisent moins le système de santé alors même qu'ils sont davantage atteints par les maladies chroniques (Traynard & Gagnayre, 2013). L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est une contribution importante au développement de l'autogestion dans une perspective d'autonomie des personnes porteuses de maladies chroniques. Cependant, comme pour l'ensemble des soins, un faible niveau de LS constitue un obstacle majeur pour accéder à cette éducation (Traynard & Gagnayre, 2013). Il y a donc un réel intérêt à répondre aux besoins spécifiques des patients ayant de faibles compétences en LS en rendant les programmes d'ETP plus accessibles et en repensant leur conception comme soutien à la LS. Ceci d'autant plus qu'une revue de la littérature (Margat, De Andrade & Gagnayre, 2014) conduite entre janvier 2013 et janvier 2014, a montré que les interventions visant à promouvoir la LS et l'ETP s'inscrivent dans le même but de conférer aux personnes des compétences en santé au service d'une auto-détermination plus grande. Cette convergence de finalités des interventions en LS et en ETP est renforcée par les liens conceptuels entre les modèles qui sous-tendent ces deux champs répondant principalement à des logiques socio-cognitives et systémiques. C'est ainsi que les compétences que soutient la LS centrées sur le traitement de l'information en santé sont particulièrement complémentaires avec celles de l'ETP. Elles influencent l'efficacité des programmes d'éducation thérapeutique en activant des ressources cognitives et émotionnelles d'une personne en facilitant l'acquisition de compétences d'auto-soins et d'adaptation à la maladie.

Fort de ces constats, l'objectif de cette étude est d'analyser les caractéristiques des interventions visant à renforcer la LS puis de discuter des relations possibles entre LS et ETP, du point de vue interventionnel. Une revue de la littérature de type « *scoping*

*review* » (Levac, Colquhoun & O'Brien, 2010) a été effectuée entre novembre 2014 et janvier 2016, à partir des bases de données suivant : MEDLINE / PubMed, Embase, psycinfo, ERIC, Opengrey, SUDOC, thèses.fr, BDSP. Les termes de recherche : « *health literacy* », « *literacy* », « *numeracy* », « compétence en santé », « littératie en santé » et « littératie » ont été combinés avec les mots-clés : « programme », « *program* », « intervention », « méthode », « *method* », « technique », « outil », « *tool* ». Une première sélection des études a été effectuée sur la base de leur résumé. Les critères d'inclusion étaient les suivants : les études retenues devaient être publiées en anglais ou en français, indépendamment de leur date de publication et devaient par ailleurs être spécifiquement destinées à atténuer les effets d'un faible niveau de LS (*i.e.* en proposant une intervention ou un programme en ce sens). En effet, cette sélection s'est centrée davantage sur la pertinence des thèmes en rapport avec l'objectif (*i.e.* propositions d'interventions visant à soutenir et/ou améliorer la LS des individus) plutôt que sur la spécificité méthodologique des études. Deux relecteurs ont lu les articles issus de la première sélection et ont procédé indépendamment l'un de l'autre à une deuxième sélection selon les critères secondaires : études interventionnelles précisant le niveau de LS des participants ou de littératie des participants ou, à défaut, de la population cible ; décrivant l'intervention dans ses principes et moyens ; déclarée pertinente par rapport à la LS.

Une sélection de 40 études sur 206 a conduit à identifier dans la littérature scientifique des interventions visant à améliorer et à soutenir la LS des individus à différents niveaux du système de soins et selon différentes stratégies d'action. Il a été possible de les catégoriser selon qu'il s'agisse d'*interventions simples* ou d'*interventions complexes*. Les *interventions simples* (Santo, Laizner & Shohet, 2005) contribuent à rendre les outils utilisés plus intelligibles (*e.g.* utilisation d'images, de supports multimédias afin d'illustrer des supports écrits ; simplification des données numériques par des représentations graphiques...) et facilitent la communication entre les soignants et les patients (*i.e.* comme le « faire dire » recommandé par la Haute Autorité de santé en 2016 basé sur la reformulation par le patient de l'information donnée par le professionnel de santé). Les *interventions complexes* (Berkman *et al.*, 2011) quant à elles utilisent différentes stratégies au sein d'une même intervention dans le but d'améliorer l'état de santé des personnes ayant un faible niveau de LS et de soutenir leur niveau de LS. Nous retrouvons ici : les *toolkits* qui reposent sur les principes de la recherche participative contribuant à mettre à disposition des professionnels et des communautés les outils et les ressources visant à évaluer les besoins en LS des usagers et à assurer une prise en charge adaptée de ces derniers (AHRQ<sup>2</sup>, 2017 ; Batterham, 2015) ; les programmes de prévention orientés sur l'accès à l'information (Fries, Edinboro, McClish, Manion, Bowen, *et al.*, 2005 ; Hartman, McCarthy, Park, Schuster, Kushi, *et al.*, 1997 ; Kumanyika, Adams-Campbell, Van Horn, Ten Have, Treu, *et al.*, 1999 ; Lyons *et al.*, 1997) ; les programmes de *self-management* conçus pour des personnes ayant de faibles niveaux de LS en utilisant l'apprentissage par les pairs (Zullig, McCant, Melnyk, Danus & Bosworth, 2014 ; Wolf, 2013 ; Van Servellen *et al.*, 2003 ; Van Servellen *et al.*, 2005 ; Rothman *et al.*, 2005 ; Bosworth *et al.*, 2005 ; Hussey, 1994) ;

---

2. <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/literacy-toolkit/index.html>.

les programmes d’alphabétisation contextualisés à la santé (Witte, 2010 ; Hohn, 1997 ; Rudd, Zacharia, & Daube, 1998 ; Levy *et al.*, 2008) ; et enfin, les formations des professionnels de santé à la LS (Ferreira *et al.*, 2005 ; Seligman *et al.*, 2005). En pratique, l’augmentation de la LS en ETP devrait sûrement passer par : (a) la mise en place de maillages entre les milieux sanitaire et socio-éducatif afin de constituer une porte d’accès à l’ETP pour ces publics « inaccessibles » dans l’organisation du système de soins actuel ; (b) la formation des soignants / éducateurs qui pourrait permettre de : mieux repérer des patients ayant de faibles compétences en LS, favoriser la mise en place d’interventions simples facilitant la transmission des messages éducatifs, convier ces personnes à suivre un programme d’ETP et enfin, adapter les programmes d’ETP dans leurs contenus et méthodes. Il semble possible d’envisager la LS non plus comme un obstacle à l’ETP, mais plutôt d’appréhender l’ETP comme une opportunité pour répondre aux besoins propres des patients avec une faible LS afin de contribuer au développement de leur autonomie et de leur « *empowerment* ».

### 3 L’attitude éducative comme prémisses à l’éducation thérapeutique du patient et à la littératie en santé

La terminologie de « posture éducative » est fréquemment utilisée comme objectif de formation dans la majorité des programmes de formation en éducation thérapeutique du patient (ETP). Néanmoins, cette posture éducative reste le plus souvent absente de définition dans les descriptifs de ces programmes. Par ailleurs, il semble, à notre meilleure connaissance qu’aucun travail n’a été entrepris à ce jour pour mieux asseoir de manière scientifique ce terme. C’est pourquoi, très rapidement dans nos recherches, nous nous sommes tournés vers le terme d’« attitude éducative » qui renvoie à des travaux scientifiques antérieurs. Si une série de définitions a été proposée par rapport aux attitudes, celle d’Eagly et Chaiken (1993) est en phase avec notre objet de recherche, « *a psychological tendency that is expressed by evaluating a particular entity with some degree of favor or disfavor*<sup>3</sup> » (p. 1). Cette définition permet une clarification du concept basée sur 3 caractéristiques : l’attitude est une tendance psychologique (*i.e.* un état d’esprit), à visée évaluative (*i.e.* jugement de valeur) par rapport à un objet attitudinal (*i.e.* certaines entités ou choses : une idée, une personne ou d’autres entités) (Eagly & Chaiken, 2007). La caractérisation de l’attitude éducative dans le champ de l’ETP demande à être réalisée. Basé sur ces observations, l’objectif principal de cette étude était de contribuer à la caractérisation de l’attitude éducative dans le champ de l’ETP.

Une étude qualitative exploratoire, basée sur la perspective de professionnels de santé (PS) engagés dans un programme de formation continue en ETP, a été menée sur les participants de deux formations continues en ETP (Nancy et Liège), de type certificat universitaire. Différents outils, inspirés de la recherche narrative, ont été combinés. Les PS étaient questionnés sur les transformations d’« état d’esprit » rencontrées au cours de la formation. Une analyse thématique inductive a été menée sur le matériel récolté. Les critères de qualité et d’éthique propres aux méthodes de recherche qualitative ont été appliqués (Miles & Huberman, 1994).

3. Une tendance psychologique qui s’exprime par l’évaluation d’une entité singulière comprenant des degrés d’avantage ou de désavantage.

Trente-trois PS ont participé à l'étude, essentiellement des femmes (n=29), diététiciennes (n=8) ou infirmières (n=17), et travaillant en milieu hospitalier (n=28). Sept dimensions ont été identifiées sur base des récits des participants et sont décrites ci-après : la relation au temps (*i.e.* manière dont les professionnels de santé reconsidèrent la maladie chronique dans une relation de soins au long cours), les bénéfices de la pratique d'ETP (*i.e.* les bénéfices professionnels perçus de l'incorporation de l'ETP dans les pratiques professionnelles), les émotions et sentiments (*i.e.* la conscience de l'influence des mécanismes psychologiques sous-jacents à la relation avec le patient), le caractère professionnel de l'ETP (*i.e.* la reconnaissance que l'ETP exige une approche scientifique et rigoureuse professionnelle), l'approche globale et interdisciplinaire (*i.e.* la perception des causes multiples de la maladie chronique qui requièrent la collaboration de différents professionnels de santé), le caractère éducatif de la relation de soins (*i.e.* la reconnaissance par les professionnels de santé du caractère éducatif de l'ETP) et la dimension éthique (*i.e.* les conditions perçues pour une relation de soins favorable et durable en éducation thérapeutique, qui respecte le patient lui-même et l'entourage). L'encart 1 décrit les caractéristiques de l'attitude éducative reformulées sous forme d'assertions, sur base du discours des participants à l'étude.

Le design de cette étude est original, en raison de l'exploration de ce qu'on pourrait appeler un curriculum caché (Hafferty, 1998), c'est-à-dire les attitudes et valeurs des participants qui sont implicitement apprises / intériorisées et qui n'ont pourtant pas été annoncées comme des objectifs formels de la formation. Si la principale tâche des PS est d'aider les patients à développer leurs compétences pour faire face à la maladie dans la vie quotidienne, le rôle du soignant éducateur exige que ce dernier modifie sa vision, ses perceptions, ses croyances vis-à-vis de la maladie, de la relation de soins, du patient... Ceci est particulièrement vrai dans la maladie « obésité » qui requiert du patient peu de compétences techniques, mais beaucoup d'efforts d'adaptation à la maladie (Ziegler *et al.*, 2014). Ce travail d'identification des dimensions de l'attitude éducative est un travail préparatoire à la production d'un outil permettant de mieux caractériser l'attitude des soignants éducateurs. Un tel outil pourrait permettre d'ouvrir un espace de dialogue pour identifier et clarifier les raisons de tensions perçues entre les PS d'une même équipe de soin (Le Rhun, Gagnayre, Moret & Lombrail, 2013).

Si les programmes d'ETP peuvent conduire à faire évoluer les attitudes des PS, plusieurs études ont suggéré que l'évolution de cette attitude permet de renforcer les pratiques de self-management / d'ETP des PS. Dans ce contexte, l'attitude éducative représente une ressource-clé dans les compétences éducatives et les pratiques d'ETP et devrait être incluse dans les recommandations d'éducation thérapeutique.



## Encart 1. Tentative de synthèse de caractérisation de l'attitude éducative sous forme d'assertions

1. *Concernant la relation au temps, l'attitude éducative dans le champ de l'ETP conduit à reconnaître :*

- La nécessité de prendre le temps pour les activités d'annonce de la maladie, d'identification du patient, de définition d'un projet thérapeutique.
- La possibilité de décaler une activité d'ETP si le patient n'est pas prêt ou de développer sa motivation avant d'entreprendre cette activité.
- L'adaptation de l'ETP au rythme psychique du patient et une bonne dose de flexibilité et d'adaptation du soignant.
- L'inscription de la maladie chronique sur une relation de long terme (maladie du patient à vie).

2. *Concernant les bénéfices de la pratique de l'ETP pour le soignant, l'attitude éducative dans le champ de l'ETP conduit à reconnaître que l'ETP :*

- Aide à renforcer la capacité d'action du soignant envers le patient chronique.
- Permet de lutter contre le sentiment d'impuissance et sortir de situation d'impasse / de blocage.
- Permet au soignant d'appréhender plus positivement sa fonction professionnelle (en sortant d'une obligation de résultats).
- Légitime (en donnant un réel mandat) certaines activités du soignant (*e.g.* le questionnement sur l'histoire de vie du patient).
- Contribue à améliorer la qualité de vie du soignant au travail.
- Améliore la motivation du soignant.

3. *Concernant les mécanismes psychologiques, l'attitude éducative dans le champ de l'ETP conduit à reconnaître que l'ETP :*

- Nécessite d'identifier et de prendre conscience de ses émotions dans les mécanismes de transfert / projection sur le patient.
- Nécessite d'accueillir et de reconnaître les émotions du patient.
- Nécessite un ajustement entre la pensée, les émotions et l'action du soignant (authenticité ; congruence).
- Nécessite de reconnaître que les mécanismes de résistance du patient font partie intégrante de son évolution face à la maladie.
- Amène le soignant à reconnaître l'influence de ses attitudes verbales et non verbales sur la relation thérapeutique.

- Amène le soignant à être plus humble et plus prudent sur ses connaissances vis-à-vis du patient.
- Amène une réflexivité sur sa pratique professionnelle.

4. *Concernant le caractère professionnel de l'ETP, l'attitude éducative dans le champ de l'ETP conduit à reconnaître que l'ETP :*

- Dépasse la simple information .
- Requier des soignants formés et compétents, autrement dit que l'ETP ne s'improvise pas.
- Formalise un certain nombre d'activités entreprises de manière implicite par les soignants.
- Repose sur une démarche qui reconnaît des étapes incontournables comme l'évaluation et le diagnostic éducatif comme acte thérapeutique.
- Exige une connaissance approfondie de la pathologie chronique.

5. *Concernant l'approche globale et interdisciplinaire du patient, l'attitude éducative dans le champ de l'ETP conduit à reconnaître que :*

- Les finalités de l'ETP sont la QDV et la santé des individus.
- Les objectifs, activités d'apprentissages et indicateurs de l'ETP se situent dans la sphère bio-psycho-sociale.
- Seule une approche globale du patient est efficace (vs cloisonnement ou clivage) : la maladie est la résultante d'un ensemble de déterminants environnementaux et bio-psycho-sociaux.
- L'entourage doit être considéré comme un déterminant de la maladie et une ressource ou un frein dans la prise en charge.
- La maladie chronique nécessite le recours à des professionnels de santé de spécialités différentes.
- Le soignant possède ses propres limites vis-à-vis du patient et qu'il est parfois nécessaire alors de passer la main ou travailler avec d'autres soignants.

6. *Concernant la nature éducative de la relation thérapeutique, l'attitude éducative dans le champ de l'ETP conduit à reconnaître :*

- L'évolution d'un rôle curatif vers un rôle éducatif du soignant.
- L'importance de partir là où est le patient au point de vue de ses connaissances et représentations de la maladie.
- Le patient comme seul acteur de son changement de comportement (place active du patient).

- La capacité du patient à faire des choix (compétence du patient).
- La motivation ne peut venir que du patient lui-même.

7. Concernant la relation éthique de soins, l'attitude éducative dans le champ de l'ETP conduit à reconnaître que :

- C'est avant tout un être humain à soigner et non un organe / une maladie.
- L'ETP implique des valeurs de non jugement, positivité, confiance, transparence, humilité.
- L'ETP requiert de passer d'un mode dirigiste à un mode délibératif, de partenariat.
- Le patient doit être reconnu dans sa singularité (approche personnalisée).
- Le patient possède une expertise du vécu, de l'expérience de la maladie.
- Le patient est libre de ses choix de santé / le soignant doit faire tout ce qui est en son pouvoir pour rendre ce choix le plus éclairé possible.
- Le patient peut avoir une vision différente de celle du soignant, notamment vis-à-vis des objectifs thérapeutiques.

## Conclusion

Ces dernières années, un grand nombre d'études ont réduit la LS à un simple outil d'évaluation de la compréhension des individus sur un aspect de leur maladie (Margat, De Andrade & Gagnayre, 2014). Néanmoins, un constat fait jour selon lequel ce concept est aujourd'hui un déterminant de santé et en ce sens, une amélioration de la LS nécessite un effort de la part de l'ensemble de la société. Les politiques de santé internationales encouragent le développement des programmes de prévention et d'intervention dans ce domaine (Kickbusch, Pelikan, Apfel & Tsouros, 2013). La LS étant un concept multidimensionnel et multi-déterminé, il semble nécessaire de développer des interventions à plusieurs niveaux (Craig *et al.*, 2008) : au niveau des usagers en visant à augmenter les compétences et ressources individuelles (*e.g.* lecture, confiance en soi) ; au niveau des professionnels de santé, en visant l'amélioration de leurs compétences en communication et de leur compréhension de la sensibilité culturelle, des différences entre les sexes et des différents groupes d'âge (Kickbusch, Pelikan, Apfel & Tsouros, 2013) ; au niveau des organisations des soins de santé visant à faciliter le contexte et la navigation au sein de celles-ci (Batterham, Hawkins, Collins, Buchbinder & Osborne, 2016) ; enfin, au niveau national et international, en faisant de la LS un critère de qualité des institutions, entrant dans les critères d'accréditation.

Par ailleurs, le contexte dans lequel est déployé ce type d'interventions doit être abordé comme un élément déterminant de l'intervention. Pour cela, la littérature recommande de s'inscrire dans une perspective d'écologie sociale qui en plus de la dimension éducative individuelle intègre dans la conception des interventions les caractéristiques environnementales et socioculturelles du cadre cible des actions (McCormack, Thomas, Lewis, & Rudd 2016). Cette approche à plusieurs niveaux exige : une analyse

préalable minutieuse du contexte et une planification qui définit des stratégies d'action à chaque niveau d'intervention ; l'utilisation de modèles de planification en promotion de la santé ; et l'examen des mécanismes sous-jacents des résultats souhaités d'un point de vue théorique (ces derniers pouvant guider les stratégies d'action). À l'avenir, ce modèle pourrait contribuer à développer la LS des personnes qui à son tour sera contributive d'un plus grand « *empowerment* » chez ces dernières. Les recherches futures devraient contribuer à valider un tel modèle de manière empirique.

## Références

- Baker, D.W., Wolf, M. S., Feinglass, J., Thompson, J.A., Gazmararian, J.A., & Huang, J. (2007). Health literacy and mortality among elderly persons. *Archives of Internal Medicine*, *167*(14), 1503-1509. <https://doi.org/10.1001/archinte.167.14.1503>.
- Batterham, R.W., Buchbinder R., Beauchamp A., Dodson S., Elsworth G.R., Osborne R.H. (2014). *The Ophelia Approach to optimising health literacy*. Récupéré du site : <https://www.ophelia.net.au/bundles/opheliapublic/pdf/Info-Sheet-7-The-Ophelia-Approach.pdf>.
- Batterham, R.W., Hawkins, M., Collins, P.A., Buchbinder, R., & Osborne, R.H. (2016). Health literacy : applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. *Public Health*, *132*, 3-12. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.01.001>.
- Berkman, N.D., Sheridan, S.L., Donahue, K.E., Halpern, D.J., Viera A., Crotty K., Viswanathan M. (2011). Health literacy interventions and outcomes : an updated systematic review. *Evidence Report/Technology Assessment*, *199*.
- Bosworth, H.B., Olsen, M.K., Gentry, P., Orr, M., Dudley, T., McCant, F., Oddone, E.Z. (2005). Nurse administered telephone intervention for blood pressure control : a patient- tailored multifactorial intervention. *Patient Education and Counseling*, *57*(1), 5-14.
- Bridges, S.M., Parthasarathy, D. S., Wong, H. M., Yiu, C. K., Au, T. K., McGrath, C. P. (2014). The Relationship between Caregiver Functional Oral Health Literacy and Child Oral Health Status. *Patient Education and Counseling*, *94*(3), 411-416.
- Calvasina, P., Herenia, P.L., Hoffman-Goetz, L., & Norman C.D. (2016). Brazilian Immigrants' Oral Health Literacy and Participation in Oral Health Care in Canada. *BMC Oral Health*, *16*. doi :10.1186/s12903-016-0176-1.
- Cissé, D., Diouf, M., Faye, D., Lo, C. M., & Sembene, N. M. (2009). Situation de La Carie Dentaire Dans Les Cases Des Tout-Petits de La Région de Dakar – Sénégal. *Tropical dental journal*, *32*(1), 26-31.
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions : the new Medical Research Council guidance. *BMJ*, 1655. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1655>.
- Diagne, M. (2005). Les Différents Genres de l'oralité. In *Critique de La Raison Orale : Les Pratiques Discursives en Afrique Noire*. Paris, France : Karthala.
- Eagly, A.H. & Chaiken, S. (2007). The advantages of an inclusive definition of attitude. *Social Cognitive*, *25*(5), 582-602.
- Eagly, A.H. & Chaiken, S. (1993). *The Psychology of Attitudes*. Fort Worth, TX : Harcourt, Brace, Jovanovich.
- Ferreira, M.R., Dolan, N.C., Fitzgibbon, M. L., Davis, T.C., Gorby, N., Ladewski, L, Bennet, C.L. (2005). Health care provider- directed intervention to increase colorectal cancer screening among veterans : results of a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, *23*(7), 1548-1554.
- Freedman, D. A., Bess, K. D., Tucker, H. A., Boyd, D. L., Tuchman, A. M., & Wallston, K. A. (2009). Public health literacy defined. *American Journal of Preventive Medicine*, *36*(5), 446-451. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.02.001>.
- Fries, E., Edinboro, P., McClish, D., Manion, L., Bowen, D., Beresford, S.A., Ripley, J. (2005). Randomized trial of a low-intensity dietary intervention in rural residents : the Rural Physician Cancer Prevention Project. *American Journal of Preventive Medicine*, *28*(2), 162-168.

- Gong, D.A., Lee, J.Y., Rozier, R. G., Pahel, B.T., Richman J.A. & Vann W.F. (2007). Development and Testing of the Test of Functional Health Literacy in Dentistry (TOFHLiD). *Journal of Public Health Dentistry*, 67(2), 105-112.
- Hafferty, F.W. (1998). Beyond curriculum reform : confronting medicine's hidden curriculum. *Academic Medicine*, 73(4), 403-407.
- Hartman, T.J., McCarthy, P.R., Park, R.J., Schuster, E. & Kushi, L.H. (1997). Results of a community-based low-literacy nutrition education program. *Journal of Community Health*, 22(5), 325-341.
- Haun, J.N., Valerio, M.A., McCormack, L.A., Sørensen, K., & Paasche-Orlow, M.K. (2014). Health Literacy Measurement : An Inventory and Descriptive Summary of 51 Instruments. *Journal of Health Communication*, 19(sup2), 302-333.
- Heijmans, M., Waverijn, G., Rademakers, J., Van der Vaart, R. & Rijken, M. (2015). Functional, communicative and critical health literacy of chronic disease patients and their importance for self-management. *Patient Education and Counseling*, 98(1), 41-48.
- Hohn, M. D. (1997). *Empowerment health education in adult literacy : A guide for public health and adult literacy practitioners, policy makers, and funders*. Washington, DC : National Institute for Literacy.
- Horowitz, A.M., & Kleinman, D.V. (2012). Oral Health Literacy : A Pathway to Reducing Oral Health Disparities in Maryland : Oral Health Literacy : Reducing Disparities. *Journal of Public Health Dentistry*, 72, S26-30.
- Hussey, L.C. (1994). Minimizing effects of low literacy on medication knowledge and compliance among the elderly. *Clinical Nursing Research*, 3(2), 132-145.
- Jordan, J.E., Buchbinder, R., & Osborne R.H. (2010). Conceptualising Health Literacy from the Patient Perspective. *Patient Education and Counseling*, 79(1), 36-42.
- Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F., & Tsouros, A. D. (2013). *World Health Organization Health literacy : the solid facts*. Copenhagen : World Health Organization Regional Office for Europe.
- Kumanyika, S.K., Adams-Campbell, L., Van Horn, B., Ten Have, T.R., Treu, J.A., Askov, E, Caulfield, J. (1999). Outcomes of a cardiovascular nutrition counseling program in African-Americans with elevated blood pressure or cholesterol level. *Journal of the American Dietetic Association*, 99(11), 1380-1391.
- Le Rhun, A., Gagnayre, R., Moret, L., & Lombrail, P. (2013). Analyse des tensions perçues par les soignants hospitaliers dans la pratique de l'éducation thérapeutique : implications pour leur supervision. [Analysis of the tensions perceived by hospital health care professionals in the practice of therapeutic patient education : implications for their supervision]. *Global Health Promotion*, 20(S2), 43-47.
- Lee, J.Y., Rozier, R.G., Lee, S.D., Bender, D., & Ruiz R.E. (2007). Development of a Word Recognition Instrument to Test Health Literacy in Dentistry : The REALD-30-a Brief Communication. *Journal of Public Health Dentistry*, 67(2), 94-98.
- Levac, D., Colquhoun, H., & O'Brien, K.K. (2010). Scoping studies : advancing the methodology. *Implementation Science*, 5-69.
- Levy, S. R., Rasher, S. P., Deardorff Carter, S., Maradik Harris, L., Berbaum & M.L. (2008). Health literacy curriculum works for adult basic education students. *Focus on Basics*, 9(B), 33-39.
- Lyons, G. K., Woodruff, S. I., Candelaria, J. I., Rupp, J. W. & Elder, J. P. (1997). Effect of a nutrition intervention on macronutrient intake in a low English-proficient Hispanic sample. *American Journal of Health Promotion*, 11(5), 371-374.
- Margat, A., De Andrade, V., & Gagnayre, R. (2014). « Health Literacy » et éducation thérapeutique du patient : Quels rapports conceptuel et méthodologique ? *Education Thérapeutique du Patient*, 6(1), 1-10.
- McCormack, L., Thomas, V., Lewis, M. A. & Rudd, R. (2016). *Improving low health literacy and patient engagement : A social ecological approach*. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399116303020>.
- Miles, B. M., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative Data Analysis : An Expanded Sourcebook*. London : Sage.
- Miller, T. A. (2016). Health literacy and adherence to medical treatment in chronic and acute illness : A meta-analysis. *Patient and Education Counseling*, 99(7), 1079-1086.
- Miller, E., Lee, J. Y., DeWalt, D. A., & Vann, W. F. (2010). Impact of Caregiver Literacy on Children's Oral Health Outcomes. *Pediatrics*, 126(1), 107-114.

- Mitchell, S. E., Sadikova, E., Jack, B. W., & Paasche-Orlow, M. K. (2012). Health literacy and 30-day postdischarge hospital utilization. *Journal of Health Communication, 17*(3), 325-338.
- Moser, D. K., Robinson, S., Biddle, M. J., Pelter, M. M., Nesbitt, T. S., Southard, J., Dracup, K. (2015). Health Literacy Predicts Morbidity and Mortality in Rural Patients With Heart Failure. *Journal of Cardiac Failure, 21*(8), 612-618.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal : a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International, 15*(3), 259-267.
- Nutbeam, D. (2015). Defining, measuring and improving health literacy. *Health Evaluation and Promotion, 42*(4), 450-456.
- Osborne, R. H., Batterham, R.W., Elsworth, G. R., Hawkins, M., & Buchbinder, R. (2013). The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health, 13*(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-658>.
- Pelikan, J. M., Röthlin, F., & Ganahl, K. (2012). HLS-EU Consortium : Comparative report of health literacy in eight EU member states. site : [http://ec.europa.eu/chafea/documents/news/Comparative\\_report\\_on\\_health\\_literacy\\_in\\_eight\\_EU\\_member\\_states.pdf](http://ec.europa.eu/chafea/documents/news/Comparative_report_on_health_literacy_in_eight_EU_member_states.pdf).
- Pleasant, A., & Kuruvilla, S. (2008). A tale of two health literacies : public health and clinical approaches to health literacy. *Health Promotion International, 23*(2), 152-159. <https://doi.org/10.1093/heapro/dan001>.
- Rothman, R.L., Malone, R., Bryant, B., Shintani, A., Crigler, B., DeWalt, D.A, Pignone, M.P. (2005). A randomized trial of a primary care-based disease management program to improve cardiovascular risk factors and glycated hemoglobin levels in patients with diabetes. *American Journal of Medicine, 118*(3), 276-284.
- Rudd, R.E., Zacharia, C., Daube, K. (1998). *Integrating Health and Literacy : Adult Educators' Experiences*. NCSALL Reports #5. Récupéré du site : <http://eric.ed.gov/?id=ED427194>.
- Santo, A., Laizner, A. M., Shohet, L. (2005). Exploring the value of audiotapes for health literacy : a systematic review. *Patient and Education Counseling, 58*(3), 235-243.
- Seligman, H.K., Wang, F.F., Palacios, J.L., Wilson, C.C., Daher, C., Piette, J.D., Schillinger, D. (2005). Physician notification of their diabetes patients' limited health literacy : a randomised, controlled trial. *Journal of General Internal Medicine, 20*(11), 1001-1007.
- Séne A. (2004). *Les structures anthropologiques de l'imaginaire en Afrique noire traditionnelle ou vers une archétypologie des concepts de pratiques rituelles et de représentations sociales* (thèse de doctorat). Université Pierre Mendès-Grenoble II, France.
- Simonds, S.K. (1974). Health Education as Social Policy. *Health Education & Behavior, 2*(1), 1-10.
- Sistani, M.M., Montazeri, A., Yazdani, R. & Murtomaa, H. (2014). New Oral Health Literacy Instrument for Public Health : Development and Pilot Testing. *Journal of Investigative and Clinical Dentistry, 5*(4), 313-321.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H. & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health Literacy and Public Health : A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. *BMC Public Health, 12* : 80. doi :10.1186/1471-2458-12-80.
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Brand, H. (2015). Health literacy in Europe : comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European Journal of Public Health, 25*(6), 1053-1058.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J. M., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., . . . , on behalf of the HLS-EU Consortium. (2013). Measuring health literacy in populations : illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health, 13*(1), 948. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-948>.
- Traynard, P.Y., Gagnayre, R. (2013). *Éducation thérapeutique du patient en ville et sur le territoire*. Paris : Maloine.
- Van den Broucke, S., & Renwart, A. (2014). *La littératie en santé en Belgique : Un médiateur des inégalités sociales et des comportements de santé*. Récupéré du site de l'université Catholique de Louvain, Belgique.
- Van Servellen, G., Carpio, F., Lopez, M., Garcia-Teague, L., Herrera, G., Monterrosa, F., . . . , Lombardi, E. (2003). Program to enhance health literacy and treatment adherence in low-income HIV-infected Latino men and women. *AIDS Patient Care and STDs, 17*(11), 581-594.

- Van Servellen, G., Nyamathi, A., Carpio, F., Pearce, D., Garcia-Teague, L., Herrera, G., & Lombardi, E. (2005). Effects of a treatment adherence enhancement program on health literacy, patient-provider relationships, and adherence to HAART among low- income HIV-positive Spanish-speaking Latinos. *AIDS Patient Care and STDs*, 19 (11), 745-759.
- Vann, W. F., Lee, J. Y., Baker, D. & Divaris, K. (2010). Oral Health Literacy among Female Caregivers : Impact on Oral Health Outcomes in Early Childhood. *Journal of Dental Research*, 89(12), 1395-1400.
- Veerasingh, A., & Kirk, R. C. (2013). Oral Health Literacy of Parents of Pre-Schoolers in New Zealand, *Journal of Theory and Practice of Dental Public Health*, 1(4), 20-29.
- Vyas, S., Sandesh, N., Pralhad, L. D., & Prashant, M. (2016). Linguistic Adaptation and Psychometric Evaluation of Original Oral Health Literacy-Adult Questionnaire (OHL-AQ). *Journal of Advances in Medical Education & Professionalism*, 4(4), 163-169.
- Witte P. (2010). Health Literacy : Can We Live Without It ? *Adult Basic Education and Literacy Journal*, 4(1), 3-12.
- Wolf, M. (2014). Clinic-Based Versus Outsourced Implementation of a Diabetes Health Literacy Intervention. *Journal of General Internal Medicine*, 29(1), 59-67.
- Ziegler, O., Bertin, E., Jouret, B., et al. (2014). Éducation thérapeutique et parcours de soins de la personne obèse. Référentiel et organisation. Rapport à la Direction Générale de la Santé et à la Direction Générale de l'Offre de Soins. [Therapeutic education and health path for the obese person : Reference guide and organization]. *Obésité*, 9(4), 302-328.
- Zullig, L.L., McCant, F., Melnyk, S.D., Danus, S., & Bosworth, H.B. (2014). A health literacy pilot intervention to improve medication adherence using Meducation® technology. *Patient and Education Counseling*, 95(2), 288-291.