“ Health Literacy ” et éducation thérapeutique du patient

Aurore Margat, Vincent de Andrade, Rémi Gagnayre

▶ **To cite this version:**

Aurore Margat, Vincent de Andrade, Rémi Gagnayre. “ Health Literacy ” et éducation thérapeutique du patient : Quels rapports conceptuel et méthodologique ?. Educ Ther Patient/Ther Patient Educ, 2014, 6 (1), pp.10105. 10.1051/tpe/2014009 . hal-01556327

HAL Id: hal-01556327

https://sorbonne-paris-nord.hal.science/hal-01556327

Submitted on 7 Jul 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Educ Ther Patient/Ther Patient Educ 20014; 6(1): 10105
© EDP Sciences, SETE, 2014
DOI: 10.1051/tpe/2014009

ETP/TPE
www.etp-journal.org

Article original/Original article

« Health Literacy » et éducation thérapeutique du patient : Quels rapports conceptuel et méthodologique ?

Aurore Margat, Vincent De Andrade, Rémi Gagnayre*

Laboratoire Éducations et Pratiques de Santé EA3412, Université Paris13, Sorbonne Paris Cité, 74 rue Marcel Cachin, 93017 Bobigny Cedex, France

(Reçu le 5 février 2014, accepté le 11 avril 2014)

Résumé – Introduction : Alors que le nombre d'études traitant de la « *Health Literacy* » (HL) est en pleine augmentation depuis ces dix dernières années, de nombreuses recherches ont mis en évidence l'impact significatif du niveau de HL sur l'état de santé des personnes. Plus récemment, un constat met en évidence qu'un faible niveau de HL constituerait un obstacle potentiel à l'accès à l'éducation thérapeutique du patient (ETP). Il en découle un questionnement quant au rapport entre ces deux champs de pratiques et d'études. **Méthode :** Afin d'interroger les rapports entre HL et ETP, une recension des écrits a été réalisée entre janvier 2013 et Janvier 2014 à partir d'une sélection finale de 52 références. **Discussion :** La HL 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 congruence dans les finalités et les buts de la HL et de l'ETP est renforcée par les liens conceptuels entre les modèles qui sous-tendent ces deux champs répondant principalement à des logiques sociocognitives et systémiques. C'est ainsi que les compétences que soutient la HL centrées sur le traitement de l'information en santé sont particulièrement complémentaires avec celles de l'ETP et influent sur l'efficacité des programmes d'éducation thérapeutique en activant des ressources cognitives et émotionnelles d'une personne pour acquérir les compétences d'auto-soins et d'adaptation à la maladie. **Conclusion :** Les programmes d'éducation thérapeutique gagneraient à prendre en compte le niveau de compétence en HL en proposant avec différents partenariats des méthodes de lutte contre l'illettrisme et l'analphabétisme, l'ensemble concourant à la diminution des inégalités sociales de santé.

Mots clés : « *health literacy* » / culture en santé / éducation thérapeutique / maladie chronique / modèle / alphabétisation / compétences en santé

Abstract – Health literacy and therapeutic patient education: conceptual and methodological relationship. Introduction: The number of studies dealing with Health Literacy (HL) has been growing steadily over the past ten years, and many have shown that HL has a significant impact on the health status of individuals. A more recent finding suggests that low health literacy acts as a potential barrier to access to therapeutic patient education (TPE), leading to questions about the relationship between these two fields of practice and study. **Methods:** To examine the relationship between HL and TPE, we conducted a literature review from January 2013 to January 2014 on a final selection of 52 references. **Discussion:** The aim of both health literacy and therapeutic patient education is to give people the health skills they need for greater self-determination. This commonality of purpose and aims is reinforced by the conceptual links between the models underpinning the two fields, based chiefly on sociocognitive and systemic approaches. Hence the competencies supported by health literacy, which center on health information processing, complement TPE skills particularly well, and impact the effectiveness of therapeutic education programs by enlisting the individual's cognitive and emotional resources in the acquisition of self-care and life skills. **Conclusion:** Therapeutic education programs would benefit by addressing health literacy skills via partnerships to fight functional illiteracy and illiteracy, all of which would work together to reduce social health inequalities.

Key words: health literacy / health culture / therapeutic education / chronic disease / model / literacy / health skills

* Correspondance : remi.gagnayre@univ-paris13.fr

1 Introduction

En 2007, le Conseil canadien sur l'apprentissage faisait déjà état de plus de 1000 articles traitant de la « *Health Literacy* » (HL) [1]. Aujourd'hui, une veille documentaire réalisée sur *Pubmed* et *Sciencedirect* utilisant le mot clé suivant « *Health Literacy* » (en mot-clé/Titre/résumé) identifie plus de 50 articles par mois. Cette augmentation montre l'importance accordée par la communauté des chercheurs à la HL qui est devenue, en un temps très court, un véritable champ d'études et de pratiques [2].

Initialement, la HL recouvre l'ensemble des conditions individuelles et environnementales pour qu'un patient comprenne et traite des informations en santé. Mais force est de constater qu'au fil des années, un grand nombre d'études réduisent la HL à un simple outil d'évaluation de la compréhension des individus sur un aspect de leur maladie. Malgré cette réduction dans l'usage de la HL, la plupart des publications sur le sujet s'intéresse principalement à la HL dite fonctionnelle de la population, soit à la capacité des gens à lire et à comprendre les informations de base en santé, notamment dans le cadre de la gestion des maladies chroniques [2]. C'est ainsi que les auteurs s'accordent à dire que la HL s'entend comme la capacité d'une personne à accéder à des renseignements sur la santé et à les utiliser pour prendre les décisions appropriées et se maintenir en santé [3]. Plus précisément, il s'agit avant tout des compétences en lecture (comprenant la compréhension du texte lu), en écriture, en calcul (on parle alors de numératie), en communication permettant la recherche d'informations et l'évaluation critique [4].

Depuis les années 1970, de nombreuses recherches ont mis en évidence l'impact significatif du niveau de HL sur l'état de santé et de bien-être des individus. Selon Lytton [4], un faible niveau des compétences de la HL induirait chez l'individu des choix moins favorables pour sa santé, plus de comportements à risque, moins d'autogestion dans la prise en charge de sa maladie avec comme conséquences plus d'hospitalisations et une augmentation des dépenses de santé. Ce constat concerne plus de 30 millions d'adultes aux États-Unis qui n'auraient pas les compétences de base en anglais. Le même constat peut être fait dans plusieurs pays européens [4]. Une récente étude [2] a montré que près de la moitié des adultes interrogés (dans les 8 pays participant à l'étude : Allemagne, Autriche, Bulgarie, Espagne, Grèce, Irlande, Pays-Bas, Pologne) avaient des compétences de la HL insuffisantes pour traiter l'information médicale.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) parle de crise de la HL [2] et considère qu'il s'agit d'un véritable problème de santé publique, prédictif de l'état de santé global des populations [4]. Il s'agit donc de renforcer les recherches qui s'intéressent également aux politiques d'éducation et de santé et aux stratégies qui en découlent pour améliorer la HL.

C'est ainsi que l'OMS encourage le développement de programmes *de self-management* chez les patients atteints de maladies chroniques et ayant de faibles compétences de la HL [2]. Ces programmes se réfèrent à la notion de « *disease management* » apparue au début des années 1990 aux USA et qui est définie actuellement comme un système coordonné de prestations de soins et d'informations destiné à des populations de patients pour lesquels il serait pertinent et important de promouvoir l'autogestion des soins [3]. En France, la composante de l'auto-gestion pour les patients atteints de maladies chroniques est étroitement associée à l'éducation thérapeutique du patient (ETP), qui désigne une formation et un accompagnement centrés sur le patient et son entourage [5] dont la finalité est de permettre au patient de gérer sa vie avec la maladie de manière optimale [6]. Si Grimaldi et Halimi (2007) ont remis en question la compatibilité de l'éducation du patient avec le « *disease management* » dans le système de santé français [7], il n'en subsiste pas moins que selon l'OMS [2], la prise en charge des patients atteints de maladie chronique et ayant un faible niveau de HL est à considérer. D'autant plus qu'un constat fait jour selon lequel un faible niveau de HL constituerait un obstacle potentiel à l'accès à l'éducation thérapeutique du patient [3].

Ce constat est d'autant plus important à prendre en compte alors qu'en France, sous l'impulsion de la Loi HPST (2010), plus de 3700 programmes d'ETP sont autorisés par les Agences Régionales de Santé (ARS). Il s'agirait à terme de repenser les dispositifs éducatifs pour rendre accessible les programmes d'ETP aux personnes ayant un faible niveau de compétences en HL. Pour y répondre, il paraît essentiel de vérifier, au moyen d'une analyse de la littérature, les rapports possibles entre HL et ETP et les possibles liens de complémentarité entre ces deux champs de pratiques et d'études.

Dans la mesure où tout champ d'intervention s'adosse à des représentations, des références, des intentions qui constituent, une fois explicitées, un cadre explicatif, nous éclairerons ces rapports et leur possible complémentarité au regard des finalités, des modèles et concepts et à la lumière de certaines techniques d'évaluation que proposent les auteurs.

2 Méthode

Pour recueillir le matériau d'analyse, nous avons procédé à une revue de la littérature entre janvier 2013 et janvier 2014. Notre revue s'approche plus d'une *scoping study*, c'est-à-dire une sélection d'articles fondée plus sur la pertinence des thèmes par rapport à notre question que sur la spécificité méthodologique des études [8]. Ce type de revue permet de se faire une image globale du sujet pour envisager dans un second temps la faisabilité de futures recherches ce qui correspond à notre but. Une première recherche a été effectuée sur la base de données PubMed, selon l'équation de recherche suivante (recherche effectuée dans les titres et résumés) : ensemble de mots-clefs en français et en anglais (« définition », « modèle », « concept », « modèle conceptuel », « cadre », « cadre conceptuel », « théorie », « modèle théorique », « méthode », « méthodologie », « rapport », « definition », « *model* », « *concept* », « *conceptual model* », « *frame* », « *framework* », « *theory* », « *model theory* », « *method* », « *methodology* », « *report* ») combinés (à l'aide de l'opérateur booléen) avec les termes de recherche : « *health literacy* » ; « compétence en

Tableau I. Méthode de la revue de la littérature. – *Literature review method.*

Recherches effectuées à l'aide de **Google scholar**, **Medline et Pubmed** entre janvier 2013 et janvier 2014	**Veille documentaire sur ScienceDirect et Pubmed** (effectuée par les auteurs) qui était centrée sur la « health literacy »
Équation de recherche : ensemble de mots-clefs en français et en anglais (définition, modèle, concept, modèle conceptuel, cadre, cadre conceptuel, théorie, modèle théorique, méthode, méthodologie, rapport) combinés (à l'aide de l'opérateur booléen) avec les termes de recherche « health literacy » ; « compétence en santé » ; « culture en santé » ; « education thérapeutique du patient » ;« patient éducation » (ces termes ont aussi été associés entre eux)	**Équation de recherche :** « health literacy » en mots-clefs et en titre/résumé ⇓ **712 références** entre janvier 2013 et janvier 2014
⇓	⇓
Sélection des études sur la base de leurs résumés. Les études admissibles ont été incluses selon les critères suivants : rédigées en anglais ou en français et proposant un contenu pertinent au regard de la question de recherche. Nous n'avons considéré que les articles faisant réellement mention d'au moins l'un des points suivants : • définition du concept de la « health literacy » • définition du rapport entre « health literacy » et compétences • définition du cadre conceptuel de la « health literacy » • définition de la méthodologie appliquée à la « health literacy » • définition de l'éducation thérapeutique du patient • définition du rapport entre ETP et compétences • définition du cadre conceptuel de l'ETP • définition de la méthodologie appliquée à l'ETP • rapport entre « health literacy » et ETP	
⇓	
52 références ont été retenues dont : 10 ouvrages, 6 références disponibles sur internet, 32 articles de revues scientifiques et 4 rapports	

santé » ; « culture en santé » ; « éducation thérapeutique du patient » ; « *patient education* » ; « *self-managment* » (ces termes ont aussi été associés entre eux). À noter que le terme de « culture en santé » a été ajouté même si, à notre connaissance, un seul auteur a proposé de traduire HL par culture en santé. Cet ajout n'a pas permis de trouver d'autres références.

Nous avons retenu de cette première sélection les articles intégralement rédigés en langue française ou anglaise.

Cette première investigation a été enrichie par une recherche documentaire complémentaire à partir de Google scholar, selon la même démarche. Le but de cette seconde recherche était essentiellement de vérifier si les résultats trouvés dans PubMed étaient suffisamment représentatifs et dans le cas contraire, de compléter la première sélection par les références manquantes.

Nous avons utilisé des critères secondaires afin de retenir les articles destinés à une lecture intégrale, pour couvrir les quatre domaines suivants : définition du concept de la HL, définition du rapport entre HL et compétences, définition du cadre conceptuel de la HL, définition de la méthodologie appliquée à la HL, définition de l'éducation thérapeutique du patient, définition du rapport entre ETP et compétences, définition du cadre conceptuel de l'ETP. Les articles ne mentionnant pas explicitement ces notions ont été éliminés (Tab. I).

Deux relecteurs (dont un professionnel de soins et un professionnel de l'éducation en santé) ont lu les résumés issus de la première sélection et ont procédé indépendamment l'un de l'autre à une deuxième sélection selon les critères secondaires. En cas de désaccord, un troisième relecteur pouvait intervenir afin de conclure quant à l'inclusion ou non de l'article.

3 La « *Health Literacy* »

3.1 Définitions

Les termes « *literacy* » et HL sont souvent utilisés de façon interchangeable mais ils se réfèrent pourtant à deux acceptions différentes. Selon le *National Literacy Act*, la « *literacy* » (ou « litteratie » : terme utilisé au Canada) est la capacité à lire, écrire et parler la langue de la société, raisonner avec des nombres, et comprendre les concepts mathématiques à un niveau nécessaire pour fonctionner dans la société [9]. Alors que le *Healthy People 2010* définissait la HL comme étant la mesure par laquelle l'individu a la capacité d'obtenir, traiter et comprendre les informations de base en matière de santé ainsi que le fonctionnement des services nécessaires lui permettant de prendre une décision appropriée pour sa santé [9]. Cette

définition rejoint celle de l'OMS [10] selon laquelle les compétences en santé sont « *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* ».

Ces deux définitions montrent bien comment d'une définition de la « *literacy* » en terme de capacités, la HL les contextualise en des compétences plus opératoires au risque de faire oublier qu'à l'origine, les capacités énoncées par la « *literacy* » sont des prérequis nécessaires à l'expression de la HL.

En ce sens, la « *literacy* » est une « *activité intellectuelle stabilisée et reproductible dans des champs divers de la connaissance* » [11] alors que la HL est « *un savoir identifié mettant en jeu une ou des capacités, dans un champ notionnel ou disciplinaire déterminé* » [11] qui sont dans le cas présent, les domaines médical et de la santé.

Il est possible de résumer ce qui précède de la façon suivante : si la capacité représente un potentiel d'actualisation reposant sur des ressources et des conditions d'exercice, la compétence, elle, est un possible de cette capacité. Elle est donc un résultat qu'on peut mesurer si on cherche à évaluer le niveau de compétence, soit l'adéquation entre une question et sa réponse (ou entre la tâche demandée et sa réalisation) [12].

Ainsi, la « *literacy* » est donc la capacité d'un individu à capter l'information (orale, écrite, graphique, gestuelle, tactile, olfactive), à la traiter et à agir selon ses ressources et les facteurs qui conditionnent cette capacité dans un domaine en particulier [12]. Quant à la HL elle représente un ensemble de compétences étroitement liées à la « *literacy* ».

L'application de la « *literacy* » aux domaines médical et de la santé est sous-tendue par des attentes en termes d'effets. Des centaines d'études, publiées entre 1970 et 2006, ont clairement démontré les multiples incidences du niveau de « *literacy* » des patients sur la santé [1].

Ces études ont permis de faire le lien entre « *literacy* », HL et état de santé [1, 2] et ont établit une relation entre le niveau d'instruction et l'état de santé [1].

Ainsi, les chercheurs et les décideurs du domaine médical, de la santé et de l'éducation s'accordent à considérer que la HL constitue un facteur explicatif des écarts dans la santé des différents groupes au sein de la population et un indicateur de la santé de la population en général [1].

S'il existe des liens étroits entre HL et l'état de santé d'une personne, le constat est identique dès lors que l'on s'intéresse à la HL et ETP. Lasoudris *et al.* [13] ont analysé l'efficacité des interventions d'éducation thérapeutique chez des sujets atteints de maladies ostéo-articulaires en fonction du niveau de « littératie » et ont démontré qu'une éducation thérapeutique efficace nécessite un haut niveau de « littératie ». À noter que dans cette même étude, les auteurs ne parlent pas de HL et établissent un lien direct entre « *literacy* » et ETP.

3.2 Le modèle explicatif de la « *Health Literacy* »

Si le modèle est une représentation simplifiée, relative, incomplète et temporaire d'une partie du réel ou d'un phénomène, il est important d'identifier celui de la HL. En effet, c'est à partir de ce modèle que peuvent s'ajuster les acteurs aussi bien dans leur compréhension de la situation que dans leur activité. La HL s'adosse à un certain nombre de modèles explicatifs sur les variables la constituant. Cependant aucun d'entre eux ne peut être considéré comme suffisamment complet selon Sørensen [14]. En effet, selon cet auteur, ces modèles négligent souvent l'aspect multidimensionnel de la HL (influencée par des facteurs conjoncturels, des déterminants sociaux, environnementaux. . .) et font abstraction des facteurs individuels qui influent sur le niveau de HL (niveau d'instruction de l'individu par exemple).

Dans un travail de synthèse et à partir de 17 définitions et 12 cadres conceptuels recensés, Sørensen [14] propose un modèle présentant les principales dimensions de la HL (Fig. 1) ainsi que ses déterminants et ses liens à la santé. Elle en décrit précisément les fondements dans l'article « *Health literacy and public health : a systematic review and integration of definitions and models* » [14].

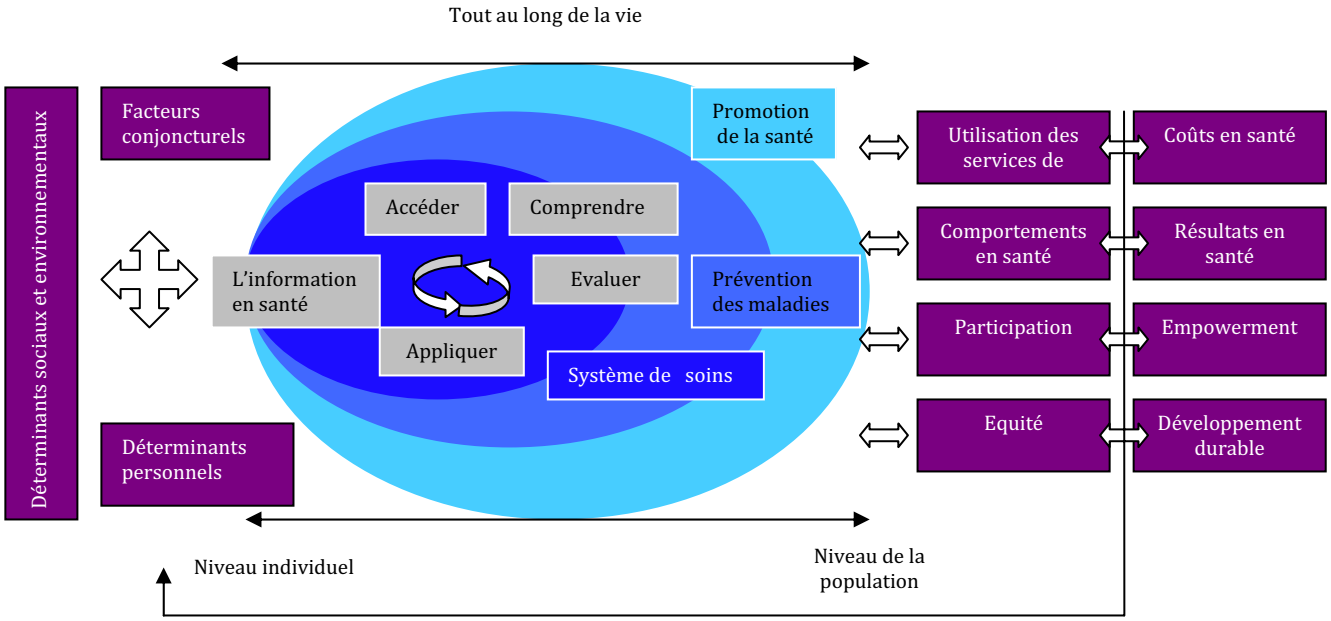
Ce modèle conceptuel semble faire consensus. Il est d'ailleurs repris par l'OMS dans son dernier rapport [2]. La comparaison des deux modèles ne fait pas apparaître de différence notable entre le modèle présenté par l'OMS et celui défini par Sørensen. Par conséquent, dans un souci de précision méthodologique, la suite de ce travail empruntera au modèle de Sørensen.

La notion de « compétence » est un des points clés du modèle conceptuel développé par Sørensen [14] Les quatre compétences qui sont au cœur de ce modèle (Tab. II), intègrent les qualités de la HL fonctionnelle, interactive et critique proposée par Nutbeam [15]. Cette classification de Nutbeam n'identifie pas simplement les types de « *literacy* » telles des mesures de rendement en lecture et en écriture mais indique ce que la « *literacy* » permet de faire, en visant plus d'autonomie et un plus grand « *empowerment* » pour l'individu [15].

D'ailleurs, de récentes recherches sur la HL [16] vont en ce sens, en démontrant un lien entre le niveau des compétences de la HL et la notion d'« *empowerment* ». Les auteurs renforcent l'idée que de fortes compétences de HL ne peuvent s'exprimer que si le patient a suffisamment avancé dans ce processus de transformation personnel de reprise de pouvoir sur sa vie. Ce constat se retrouve plus fréquemment dans certains groupes à risques : personnes âgées, malades chroniques, minorités ethniques, personnes à bas revenus ou à bas niveau d'instruction (même si ces difficultés peuvent se retrouver dans l'ensemble de la population) [17]. À l'inverse, ils s'interrogent sur le fait que des patients ayant un fort niveau d'« *empowerment* » mais ayant de faibles compétences de HL pourraient prendre des décisions préjudiciables pour leur santé.

3.3 De l'importance de la notion de compétences de la « *Health Literacy* »

La notion de compétence revient fréquemment dans les travaux portant sur la HL. Dans le cadre des études analysées, la compétence peut être définie comme une virtualité (puisqu'on en apprécie que la performance) étroitement liée à la situation



Source : Sørensen K *et al.*, *Health Literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models*. BMC Public Health, 2012, 12:80.

Figure 1. Modèle conceptuel de la « Health Literacy » selon K. Sørensen. – *Conceptual model of Health Literacy according to K. Sørensen.*

Tableau II. Comparaison entre les compétences de la « Health literacy » et de l'ETP. – *Comparison between Health Literacy and TPE skills.*

Compétences nécessaires en « Health Literacy » [14]	**Compétences en ETP [45]**
1. Être capable de trouver l'information en santé ⇒ 2. Être capable de comprendre l'information en santé ⇒ 3. Être capable d'évaluer l'information en santé ⇒ 4. Être capable d'appliquer, de communiquer ⇒	Compétences d'autosoins : 1- Faire connaître ses besoins, informer son entourage 2- Comprendre, s'expliquer 3- Repérer, analyser, mesurer 4- Faire face, décider 5- Résoudre un problème de thérapeutique quotidienne, de gestion de sa vie et de sa maladie, résoudre un problème de prévention 6- Pratiquer, faire 7- Adapter, réajuster 8- Utiliser les ressources du système de soins, faire valoir ses droits Compétences d'adaptation : 1. Informer, éduquer son entourage 2. Exprimer ses besoins, solliciter l'aide de son entourage 3. Utiliser les ressources du système de soins – Faire valoir ses droits 4. Analyser les informations reçues sur sa maladie et son traitement 5. Faire valoir ses choix de santé 6. Exprimer ses sentiments relatifs à la maladie et mettre en œuvre des conduites d'ajustement 7. Établir des liens entre sa maladie et son histoire de vie 8. Formuler un projet, le mettre en œuvre

dans laquelle elle est mise en œuvre. Ceci rejoint les travaux de plusieurs auteurs tels que Le Boterf [18], Bellier [19] et Hadji [20] sur la compétence, qui considèrent qu'elle s'actualise en mobilisant différentes capacités mises en œuvre dans le cadre d'une catégorie de situations.

En ce sens et considérant que « *la compétence est généralement liée à un métier, à une profession, à un statut, à une situation professionnelle ou à une situation sociale de référence. À ce titre, elle implique des connaissances déclaratives, des connaissances procédurales et des attitudes* » ([21] p. 110), il est aisé de faire le lien avec la HL.

Définie comme une capacité [3], la HL fait appel a des compétences qui sont selon Sørensen [14], des compétences d'accès, de compréhension, d'évaluation et d'application, en rapport avec l'information en santé au sein du système de soins, de prévention et de promotion de la santé. Ces compétences peuvent être déclinées en 12 sous-dimensions selon l'expression de l'une de ces compétences dans un des champs d'application mentionnés [14].

L'auteur considère que cette conceptualisation de la HL permet de mieux définir le type d'intervention favorisant la HL tant au niveau de la pratique des soins, du registre de la prévention des maladies que de la promotion de la santé.

Chacune de ces compétences exige, pour leur mobilisation, des processus cognitifs spécifiques à chaque personne et dépend en miroir de la clarté des informations mises à disposition [22] : l'obtention et l'accès à l'information en santé dépendent de la compréhension des ressources mises à disposition, du temps imparti pour les repérer et consulter et de la fiabilité des sources ; la compréhension des informations dépend des attentes, de l'utilité perçue, de l'individualisation des résultats et de l'interprétation des causalités, de leur accessibilité sur le plan du vocabulaire, de la syntaxe ; le traitement et l'évaluation des informations dépendent de la complexité des relations entre elles ; la compréhension de l'information dépend d'une communication efficace.

Pour certains auteurs [12], ces compétences sont identifiées comme des « compétences transversales » dans la mesure où la mobilisation même de ces compétences nécessite une adaptation constante de la part des personnes, car les conditions psychosociales et socioéconomiques redéfinissent leur capacité d'agir dans chaque situation nouvelle [12].

3.4 Les techniques d'évaluation des compétences de la « *health literacy* »

Le nombre croissant de publications portant sur les outils d'évaluation des compétences de la HL atteste de la manière de considérer de plus en plus la HL comme d'abord une mesure diagnostique.

Il existe de nombreux tests d'évaluation, élaborés quasi exclusivement aux États-Unis [23].

En pratique clinique, les deux tests les plus utilisés sont le « *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine* » (REALM) et le « *Newest Vital Sign* » (NVS). Alors que le « *Test of Functional Health Literacy in Adults* » (TOFHLA) est celui le plus utilisé en recherche. Ceux-ci et d'autres approches de l'évaluation en HL sont discutés ici.

Le REALM [24] est l'un des tests les plus utilisé en médecine. Rapide, il relève des outils de la clinique. Il fait partie des tests de reconnaissance de mots médicaux pris dans une liste et lus à haute voix avec une prononciation correcte. Récemment, un test d'un type un peu différent a été développé : le « *Medical Term Recognition Test* » (METER) [25] qui est également un outil clinique.

Le TOFHLA [26] est un instrument d'évaluation de la HL plus complexe qui est souvent considéré comme l'instrument de choix pour une évaluation détaillée, nécessaire à des fins de recherche. Sa version courte le « *Short – Test of Functional Health Literacy in Adults* » (S-TOFHLA) [27] et le NVS [28], utilisés dans la pratique clinique, sont des tests de compréhension qui utilisent des situations concrètes (lecture d'un formulaire par exemple). Ce type de test peut être adapté aux besoins spécifiques des patients et se prête à la traduction (contrairement aux précédents qui sont propres à la langue anglaise puisqu'ils jouent sur les subtilités de prononciation propres à cette langue) [23].

Toujours dans la pratique, il existe également des techniques appelées « informelles » par certains auteurs comme Zenklusen [19,23] qui sont considérées comme très utiles pour évaluer de manière indirecte les compétences en santé [23]. C'est le cas du « *teach-back* » qui consiste à demander au patient de reformuler l'information transmise afin de s'assurer de sa bonne compréhension [29]. Il est aussi possible de 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 : exemple du patient qui prétend avoir oublié ses lunettes afin d'éviter de devoir lire [30]. Afin d'éviter de provoquer une gêne chez les patients [31,32], certains auteurs estiment que les questions courtes [33] ont le format idéal pour évaluer les compétences de la HL [23].

Plusieurs autres techniques d'évaluation ont également été mises au point mais leur utilisation dans la pratique reste difficile. C'est le cas du « *Short Assessment of Health Literacy for Spanish Speaking Adults* » (SAHLSA) [34], récemment développé pour une utilisation avec des adultes parlant espagnol, du « *eHealth Literacy Scale* » (eHEALS) [35] qui n'a été validé que pour les adolescents et du « *Nutrition Literacy Scale* » [36] conçu pour mesurer la capacité d'un patient à comprendre l'information nutritionnelle.

Malgré le nombre de techniques existantes, il n'y a pas actuellement de consensus quant au choix d'une technique par rapport à une autre [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 standardisé [37] dont il est fait mention dans le rapport de l'OMS [2].

Devant le constat qu'il est inenvisageable de pouvoir évaluer chaque patient dans la pratique quotidienne, certains experts recommandent de dresser des profils de compétences en santé pour un groupe de patients [38]. Mais cette proposition

se heurte également à des problèmes de faisabilité dans la pratique quotidienne.

Enfin, malgré la nécessité d'évaluer les compétences de la HL, le dépistage de « faibles » compétences de la HL peut avoir l'effet néfaste de catégoriser les patients concernés [39], de les stigmatiser avec le risque de renforcer leur mise à l'écart du système de santé.

Toute une recherche est à mener pour formaliser une évaluation valide, commode et acceptable du point de vue des personnes concernées.

Au terme de ces clarifications, il est possible de discuter les rapports entre la HL et l'ETP. En effet, les éléments à partir desquels les auteurs structurent leur champ, sont suffisamment explicites pour étudier les liens et envisager de possibles rapprochements.

4 Rapports possibles entre « *Health Literacy* » et éducation thérapeutique du patient

La HL comme l'ETP, apparaissent tous deux dans le cadre d'une évolution maintenant unanimement reconnue des problèmes de santé et auxquels les systèmes de santé sont confrontés. Cette évolution a été nommée, il y a maintenant plus de quarante ans, « la transition épidémiologique » où « l'âge des maladies dégénératives ou de société » [40]. Marqués par le recul des maladies infectieuses et l'irruption des maladies chroniques, les systèmes de santé actuels s'appuient sur la notion de « *self-care* » (littéralement, « prendre soin de soi-même » en français). Par ce terme, on désigne le processus par lequel une personne agit pour son propre compte, pour la promotion de sa santé, la prévention ou la gestion d'une maladie [40]. Cette action est née dans un contexte idéologique d'humanisation des soins en faveur d'une plus grande autonomie et d'une participation accrue des personnes dans les décisions qui concernent leur santé proche d'un « *empowerment* » [40]. Ainsi, la HL 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 congruence dans les buts et les finalités de la HL et de l'ETP est renforcée par les liens possibles entre les modèles qui sous-tendent ces deux champs.

Dans le domaine de la santé, comme dans tout domaine, la « *literacy* » se développe dans le cadre d'une communication humaine impliquant que tous les acteurs entrent en interaction [12]. Elle comprend un ensemble de composantes qui la rendent irréductible à une transmission mécanique d'information : les messages ne prennent sens que lorsque les destinataires les reconstruisent [41, 42]. Ainsi, considérant le modèle de Sørensen, s'il ne vise pas à expliciter l'acquisition de compétences, il s'y réfère : le fait d'accéder, de comprendre, d'évaluer et d'appliquer, requièrent un ensemble de compétences liées à la pratique de l'information. Somme toute, on peut avancer que la HL répond à des logiques sociocognitives [12] selon lesquelles, les interactions sociales sont primordiales dans un apprentissage En effet, lorsque la personne cherche de l'information en santé, qu'elle mobilise ses compétences pour la traiter, elle le fait en fonction de ses propres besoins, à partir d'une question qui se pose à elle, d'un problème qu'elle rencontre, d'une inquiétude sur sa santé ou celle d'un proche, tout ceci dans une interaction avec d'autres individus qui va la conduire à réorganiser son schéma de pensée [16]. Plus précisément, c'est l'interaction sociale qui sera source de développement cognitif chez l'individu, en suscitant des conflits sociocognitifs. C'est donc en se confrontant à des points de vue divergeants que la personne prend conscience de sa propre pensée par rapport à celle des autres. Ce qui provoque un déséquilibre de nature intra-individuelle : l'individu est amené à reconsidérer, en même temps, ses propres représentations et celles des autres pour reconstruire un nouveau savoir.

Ces rapports de système ainsi que ces logiques se retrouvent également dans le modèle de l'ETP même si d'autres modèles viennent progressivement l'enrichir [43]. Dans l'ETP, l'approche systémique appliquée à l'éducation, en tant que modèle organisateur (modèle de planification de l'action éducative), permet de déterminer l'intervention éducative à partir d'étapes clés qui en assurent la pertinence et le réalisme. Les logiques par lesquelles, les compétences sont acquises par le patient relèvent du socioconstructivisme (HAS), qui considère que la construction d'un savoir bien que personnelle s'effectue dans un cadre social. Dans le courant du socioconstructivisme, l'apprentissage est conçu comme un processus actif de construction des connaissances plutôt qu'un processus d'acquisition du savoir. De ces constats, on peut avancer que les deux courants dont sont issus la HL et l'ETP sont suffisamment voisins pour envisager une complémentarité qui ne défit pas une logique épistémologique. Ainsi, le modèle de la HL et celui de l'ETP sont orientés vers l'apprentissage tenant compte des capacités de la personne, des ressources mises à disposition et de son environnement social. Les deux modèles supposent qu'un apprentissage significatif est réalisable en présence d'interactions entre individus socialement situés, par un traitement actif des informations échangées, modifiant de la sorte leur représentation mentale et orientant l'acquisition de compétences [44].

Le modèle de la HL selon Sørensen et celui de l'ETP relèvent donc d'une même essence systémique, socioconstructiviste qui permet d'envisager relation renforçant l'efficacité de l'un et de l'autre (un bon niveau de compétences de la HL pouvant être une plus-value quant à la pratique de l'ETP et cette dernière pouvant être un moyen de diagnostiquer et d'améliorer les compétences en santé).

Dans cette perspective, l'évaluation des compétences de la HL viserait à mettre en œuvre des interventions préconisées en cas de faible niveau de HL [29] dont on évaluera l'efficacité *a posteriori*.

À l'inverse, si la HL est considérée comme un outil de mesure, elle est intégrable dans le modèle de l'ETP : le niveau de compétence en santé des patients devrait alors être pris en compte dans leur analyse des besoins par exemple au cours du diagnostic éducatif.

Tableau III. Détermination des groupes à risques selon un faible niveau de « health literacy » et un « illétrisme ». – *Determination of at-risk groups according to low health literacy and illiteracy.*

Faible niveau de « *Health Literacy* » : Groupes à risques [17]	**Illettrisme : Groupes à risques [51]**
• Personnes âgées • Malades chroniques • Minorités ethniques • Personnes à bas revenus ou à bas niveau d'instruction	Sur ces 2 500 000 personnes en situation d'illettrisme en France : • La proportion de personnes illettrées est plus forte pour les groupes d'âge les plus élevés : 23 % sont âgées de 46 à 55 ans alors que 9 % ont entre 18 et 25 ans ; • les hommes sont davantage concernés que les femmes (60,5 % contre 39,5 %) ; • la moitié des personnes en situation d'illettrisme vit dans des zones faiblement peuplées (zones rurales, villes de moins de 20 000 habitants) ; • plus de la moitié ont un emploi ; parmi les personnes allocataires du RMI, la proportion des personnes en situation d'illettrisme est trois fois plus élevée que dans l'ensemble de la population concernée ; • 6 % des personnes qui utilisaient exclusivement le français à la maison à 5 ans sont en situation d'illettrisme contre 16 % de celles qui utilisaient une langue étrangère ou régionale au même âge

Ce faisant, au-delà du fait que la notion de compétence soit commune aux deux champs, le tableau II montre le recouvrement possible de compétences en ETP par les compétences de la HL. Ainsi, les compétences qui soutiennent la HL sont des compétences visées par les programmes d'ETP. Cela explique l'impact des compétences de la HL sur l'acquisition des compétences en ETP.

Si ce dernier point peut expliquer l'impact des compétences de la HL sur l'acquisition des compétences en ETP, il est par ailleurs avéré que les compétences de la HL ont un effet, comme précédemment indiqué, sur la relation soignant/soigné ainsi que sur l'accès aux services de santé dont font partie les soins éducatifs [3]. Il y a donc un réel intérêt à identifier ces compétences car lorsqu'elles sont insuffisantes, elles sont un obstacle à l'accès aux soins [46]. Comme le souligne Reach [47], la HL peut, dans le cas où elle est défaillante, se révéler être une véritable contrainte dans l'éducation thérapeutique du patient et par conséquent dans l'atteinte des compétences visées par l'ETP.

D'ailleurs, l'augmentation récente du nombre d'études portant sur les obstacles et barrières à l'ETP [48] confirme ce dernier point. Les obstacles sont de nature socioculturelle, fréquemment en rapport avec une faible HL mais aussi de nature psychologique, économique, géographique limitant l'accès à l'ETP pour les populations éloignées des centres de soins et de ressources [3].

Par conséquent, alors que l'ETP s'inscrit principalement dans le problème de la maladie chronique, devenue première cause de mortalité et de morbidité [48], pallier les obstacles à l'accès aux services de santé en général comme à l'ETP nécessite un travail sur au moins deux leviers. Afin de réduire en particulier les inégalités sociales de santé, il est important de travailler sur la relation soignant/soigné (information, communication, éducation) et sur l'organisation des soins [49] dans lesquels le niveau de HL des personnes doit dorénavant être pris en compte.

De ces possibles liens, et considérant les compétences de la HL comme un obstacle potentiel à l'ETP, il serait possible d'adapter des programmes d'ETP aux patients atteints de maladies chroniques et ayant un faible niveau de HL. Si l'OMS tend à encourager le développement de programmes de *self-management* (adaptés au niveau de HL) destinés aux patients atteints de maladies chroniques et ayant un faible niveau de HL [2], il est donc essentiel de faire évoluer les programmes d'ETP en ce sens.

Pour tendre vers des réponses concrètes, il serait possible d'associer la notion de faible niveau de « littératie » et par conséquent celle de faible niveau de HL, à celle d'« illettrisme ». En effet, selon l'Agence Nationale de Lutte Contre L'Illettrisme [50] : « *On parle d'illettrisme pour des personnes qui, après avoir été scolarisées en France, n'ont pas acquis une maîtrise suffisante de la lecture, de l'écriture, du calcul, des compétences de base, pour être autonomes dans les situations simples de la vie courante. Il s'agit pour elles de réapprendre, de renouer avec la culture de l'écrit, avec les formations de base, dans le cadre de la politique de lutte contre l'illettrisme* » et « *on parle d'analphabétisme pour désigner des personnes qui n'ont jamais été scolarisées. Il s'agit pour elles d'entrer dans un premier niveau d'apprentissage* ». Dans le tableau III, une comparaison est établie entre les groupes à

risques de faible niveau de HL et les groupes les plus touchés par l'illettrisme. On constate que les personnes âgées, les minorités ethniques et les personnes ayant un faible niveau socio-économique ont plus de risques d'avoir un faible niveau de HL et d'être touchés par l'illettrisme.

Dans le prolongement des liens entre HL et ETP, on pourrait s'intéresser à des programmes « d'alphabétisation » qui tiennent compte également du niveau de « littératie » [52]. C'est ainsi que les méthodes pédagogiques adaptées à l'alphabétisme, gagneraient probablement à être mieux connues et intégrées au programme et aux pratiques de l'ETP. Du même coup, l'articulation des programmes d'alphabétisation avec des programmes d'ETP permettrait de renforcer les liens entre secteur sanitaire et social et contribuer à réduire les inégalités sociales en santé.

5 Conclusion

Le niveau de HL, largement déterminé par le niveau de « *literacy* » des individus, a un impact suffisamment important sur l'état de santé, pour envisager d'en tenir compte dès lors que l'on vise l'amélioration de la santé globale de la population.

Pour cela, il implique de ne pas opposer HL et ETP qui sont deux champs d'intervention aux buts complémentaires et considérer le premier selon son acception de modèle comme proposé par l'OMS [2].

La HL et l'ETP s'inscrivent dans le même projet d'autodétermination des personnes rencontrant un problème de santé. Cette congruence dans les finalités de la HL et de l'ETP est rendue possible par les liens conceptuels entre les modèles qui sous-tendent ces deux champs ceux de la systémique et du socioconstructivisme. Fort logiquement le processus d'acquisition des compétences du patient est au cœur de ces deux champs. La HL, centrée sur le traitement de l'information en santé, est complémentaire de l'ETP centrée, quant à elle, sur les auto-soins et l'adaptation à la maladie. De fait, le niveau de compétences en HL influe sur l'efficacité des programmes d'éducation thérapeutique en tant que ressources cognitives et émotionnelles nécessaires pour la mobilisation des compétences du patient.

Ainsi, considérant ces différents points, les programmes d'éducation thérapeutique gagneraient à prendre en compte le niveau de compétence de la HL des patients atteints de maladies chroniques. Il s'agit d'organiser des programmes d'ETP pour envisager le repérage et le soutien formatif des individus ayant un faible niveau de HL. Pour cela, il est important d'une part de soutenir des recherches et des expériences sur des programmes d'ETP qui intégreraient les méthodes de lutte contre l'illettrisme et l'analphabétisme et d'autre part, de déterminer les effets de tels programmes auprès des patients concernés et dans leur contribution dans la diminution des inégalités sociales de santé. Cette perspective serait, entre autres, une opportunité de renforcer, dans une finalité commune, la collaboration entre les professionnels de santé et ceux des milieux associatifs qui soutiennent les personnes les plus démunies.

Références

1. Conseil canadien sur l'apprentissage. Littératie en santé au Canada : Résultats initiaux de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes. Ottawa, Canada: Conseil canadien sur l'apprentissage; 2007, disponible sur: http://www.ccl-cca.ca/ccl/Reports/HealthLiteracy/HealthLiteracy2007-2.html.
2. Kickbusch I, Pelikan MJ, Apfel F, Tsouros AD (Dir.). Health Literacy. The solid facts. Copenhagen: WHO regional office for Europe; 2013, vii-73 p. Disponible sur : http://www.euro.who.int/fr/health-topics/environment-and-health/urban-health/publications/2013/health-literacy.-the-solid-facts.
3. Traynard PY, Gagnayre R, *et al.* Education thérapeutique du patient en ville et sur le territoire. Paris : Maloine ; 2013, 310 p.
4. Lytton M. Health Literacy: An opinionated perspective. Am. J. Prev. Med. 2013; 45:e35–e40.
5. Ivernois (d') JF, Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient. 3e éd. Paris : Maloine ; 2008, p. 44.
6. World Health Organization, Regional Office for Europe. Therapeutic Patient education: continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases: report of a WHO Working Group. Copenhagen: WHO regional office for Europe, p. 3; 1998 disponible sur : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/145294/E63674.pdf.
7. Grimaldi A, Halami S. Prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques : éducation thérapeutique et/ou "Disease management"? : Réflexion sur l'article de G. Duhamel et E. Grass, paru dans le numéro 1 de Médecine des maladies Métaboliques 2007. Médecine des Maladies Métaboliques 2007; 1:80–82.
8. Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. Implement Sci 2010; 5:69.
9. Riegel BB, Moser DK, Anker SD, Appel LJ, MD, Dunbar SB, Grady KL, *et al*. State of the science promoting self-care in persons with heart failure: a scientific statement from the American heart association. Circulation 2009; 120:1141−1163.
10. 7th Global Conference on Health Promotion [en ligne]. 2009 [consulté le 11 juin 2013] disponible sur : http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/en/
11. Meirieu P. Apprendre…oui, mais comment ? 3e éd. augmentée d'un guide méthodologique et d'un glossaire. Paris : ESF ; 1988, p. 153−154.
12. Clerc I, Collette K, Clamageran S, Rouseau J. Littératie et droits en matière de santé et de services sociaux : paroles citoyennes : rapport remis au Commissaire à la santé et au bien-être. Canada : [Université de Laval] ; 2009, disponible sur : http://www.com.ulaval.ca/fileadmin/contenu/docs_pdf/groupes_recherche_pdf/Rediger/2010Litte%CC%81ratie_et_droits_en_matie%CC%80re_de_sante%CC%81_et_de_services_sociaux.pdf.
13. Lasoudris Laloux J. Faible "littératie" et éducation thérapeutique, est-ce compatible ? [en ligne ; accès restreint] Journal International de Médecine [ressources électroniques]. Site internet : www.jim.fr/
14. 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.

15. Nutbeam D. Health literacy as a public goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int 2000; 5:259–267.
16. Schulzont PJ. Social influences of health literacy and patient empowerment. Patient Educ Couns 2014; 94:2–3.
17. Kutner M, Greenberg E, Jin Y, Paulsen C. The health literacy of America's adults: Results from the 2003 National assessment of adult literacy. Washington, DC: National Center for Education Statistics, 2006.
18. Le Boterf G., *De la compétence, essai sur un attracteur étrange.* Paris : Édition d'Organisation; 1994, p. 18.
19. Bellier S., *Le savoir-être dans l'entreprise.* Paris : Vuibert; 2004, p. 77.
20. Hadji Ch., *L'évaluation des actions éducatives.* Paris : PUF ; 1982 p. 145.
21. Raynal F., Rieunier A., Meirieu P. (Dir.). Pédagogie, dictionnaire des concepts clés. *Apprentissage, formation, psychologie cognitive.* 8e Éd. Issy-les-Moulineaux : ESF éditeur; 2010, p. 110.
22. Magasi S, Durkin E, Wolf MS, Deutsch A. Rehabilitation consumers' use and understanding of quality information: a health literacy perspective. Arch Phys Med Rehabil 2009; 90:206–212.
23. Zenklusen S, Bischoff T, Panese F, Bodenmann P. Compétences en santé déficientes : obstacle à une prise en charge optimale. Rev Med Suisse 2012; 8:1016–1021.
24. Health Literacy Measurement Tools: Fact Sheet [en ligne]. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, January 2009 [consulté le 10 avril 2013], disponible sur : http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/literacy/index.html.
25. Rawson KA, Gunstad J, Hughes J, Spitznagel MB, Potter V, Waechter D, *et al*. The METER: A brief, self-administered measure of health literacy. J Gen Intern Med, 2010; 25:67–71.
26. Parker RM, Baker DW, Williams MV, Nurss JR. The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. J Gen Intern Med 1995; 10:537–41.
27. Baker DW, Williams MV, Parker RM, Gazmararian JA, Nurss J. Development of a brief test to measure functional health literacy. Patient Educ Couns 1999; 38:33–42.
28. Cornett S. Assessing and addressing health literacy [en ligne]. The Online Journal of Issues in Nursing 2009; 14:[non paginé].
29. Weiss BD. Health literacy and patient safety: Help patients understand: A manual for clinicians. 2nd Ed. Chicago: American Medical Association Foundation and American Medical Association ; 2007.
30. Baker DW, Parker RM, Williams MV, Pitkin K, Parikh NS, Coates W, *et al*. The health care experience of patients with low literacy. Arch Fam Med 1996; 5:329–34.
31. Davis TC, Wolf MS. Health literacy: Implications for family medicine. Fam Med 2004; 36:595–8.
32. Powers BJ, Trinh JV, Bosworth HB. Can this patient read and understand written health information? JAMA 2010; 304:76–84.
33. Chew LD, Bradley KA, Boyko EJ. Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. Fam Med 2004; 36:588–94.
34. Mancuso JM. Assessment and measurement of health literacy: An integrative review of the literature. Nurs Health Sci, 2009; 11:77–89.
35. Norman CD, Skinner HA. eHEALS: The eHealth Literacy Scale. J Med Internet Res 2006; 8:e27.
36. Diamond JJ. Development of a reliable and construct valid measure of nutritional literacy in adults. Nutr J 2007; 6:5.
37. CAPHRI School for Public Health and Primary Care. Health Literacy (HLS-EU) [en ligne]. Maastricht : Universiteit Maastricht ; [consulté le 20 avril 2013], disponible sur : http://www.maastrichtuniversity.nl/web/Institutes/FHML/CAPHRI/DepartmentsCAPHRI/InternationalHealth/ResearchINTHEALTH/Projects/HealthLiteracyHLSEU.htm.
38. Davis TC, Michielutte R, Askov EN, Williams MV, Weiss BD. Practical assessment of adult literacy in health care. Health Educ Behav 1998; 25:613–24.
39. Parikh NS, Parker RM, Nurss JR, Baker DW, Williams MV. Shame and health literacy: The unspoken connection. Patient Educ Couns 1996 ; 27:33–9.
40. Pélicand J, Fournier C, Aujoulat I. Observance, auto-soin(s), empowerment, autonomie : quatre termes pour questionner les enjeux de l'éducation du patient dans la relation de soins. ADSP 2009; 66:21–23.
41. Sperber D, Wilson D. Relevance : communication and cognition. 2nde Ed. Oxford : Blackwell ; 1995 326 p.
42. Grize JB. Logique et langage. Gap/Paris : Ophrys; 1990; 153 p.
43. Giordan A. Éducation thérapeutique du patient : les grands modèles pédagogiques qui les sous-tendent. Médecine des Maladies Métaboliques 2010; 4:305–311.
44. Ivernois (d') JF (dir.) *et al*. Pratique de l'éducation thérapeutique du patient dans le diabète. Paris : Maloine 2012; 126 p.
45. Haute Autorité en Santé. Recommandations en éducation thérapeutique du patient : définir l'ETP, ses finalités et son organisation ; proposer et réaliser une offre d'ETP ; structurer un programme d'ETP. Paris : HAS ; 2007.
46. Paasche-Orlow MK, Wolf MS. The causal pathways linking health literacy to health outcomes. Am J Health Behav 2007; 31:S19–26.
47. Reach G. Et si l'éducation thérapeutique du patient ne marchait pas ? Médecine des Maladies Métaboliques 2010; 4:47–50.
48. Crozet C, Ivernois (d') JF, Marchand C, Albano MG, Gagnayre R. Recherche en éducation thérapeutique : le patient apprenant. Actes du congrès de l'Actualité de la recherche en éducation et en formation (AREF), Université de Genève, septembre 2010.
49. Lombrail P. Inégalités de santé et d'accès secondaire aux soins. Rev Epidemiol Sante Publique 2007; 55:23–30.
50. Agence Nationale de Lutte Contre l'Illettrisme [en ligne, consulté le 15 décembre 2013], Site Internet : http://www.anlci.gouv.fr/
51. Insee, ANCLI. L'Enquête information et vie quotidienne : réalisée par l'Insee en partenariat avec l'ANLCI porte sur la population âgée de 18 à 65 ans. [en ligne, consulté le 15 décembre 2013], disponible sur : http://www.anlci.gouv.fr/Illettrisme/Les-chiffres/Niveau-national/L-enquete-Information-et-Vie-Quotidienne
52. Unesco. Literacy Initiative (LIFE). Paris : UNESCO [en ligne, consulté le 15 juin 2013], disponible sur : http://www.unesco.org/new/en/education/themes/education-building-blocks/literacy/un-literacy-decade/literacy-initiative-life/.