



**HAL**  
open science

## Intelligibilité et non-observance : l'analphabétisme est-il compatible avec une bonne observance au traitement ?

Aurore Margat, David Naudin, Rémi Gagnayre, Gérard Reach

### ► To cite this version:

Aurore Margat, David Naudin, Rémi Gagnayre, Gérard Reach. Intelligibilité et non-observance : l'analphabétisme est-il compatible avec une bonne observance au traitement ?. Médecine des Maladies Métaboliques, 2021, 15 (4), pp.387-393. 10.1016/j.mmm.2021.03.001 . hal-03964993

**HAL Id: hal-03964993**

**<https://hal.science/hal-03964993>**

Submitted on 13 Jun 2023

**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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

**Rubrique**  
**Éducation thérapeutique**

**Intelligibilité et non-observance : l'analphabétisme est-il compatible avec une bonne observance au traitement ?**

***Intelligibility and non-adherence: Is illiteracy compatible with good adherence to treatment?***

**Aurore Margat<sup>1</sup>, David Naudin<sup>1,2</sup>, Rémi Gagnayre<sup>1</sup>, Gérard Reach<sup>1,3</sup>**

<sup>1</sup> Université Sorbonne Paris Nord, Laboratoire Éducatifs et Pratiques de Santé UR3412, Bobigny, France.

<sup>2</sup> Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), Centre de la Formation et du Développement des Compétences (CFDC), Campus PICPUS, Paris, France.

<sup>3</sup> Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), Groupe Hospitalier Hôpitaux Universitaires Paris-Seine Saint-Denis, Département Qualité et Droit des Patients, Bobigny, France.

Correspondance

**Aurore Margat**

Laboratoire Éducatifs et Pratiques de Santé UR3412, UFR SMBH,  
74, rue Marcel Cachin, 93017 Bobigny Cedex, France.

[aurore.margat@univ-paris13.fr](mailto:aurore.margat@univ-paris13.fr)

## Résumé

Pour comprendre un message, deux barrières doivent être franchies. Elles concernent celles des mots, et celles du sens. Dans le cadre spécifique de la pratique médicale, la barrière du sens du message est liée au fait que les patients ne sont pas préparés ou soutenus pour être capables de s'acquitter de cette tâche. Ceci fait référence à leur niveau de littératie, c'est à dire l'aptitude à comprendre et à utiliser l'information écrite dans la vie courante, à la maison, au travail et dans la collectivité, en vue d'atteindre des buts personnels et d'étendre ses connaissances et ses capacités. En France, une personne sur deux, âgée entre 18 et 65 ans, ne possède pas les compétences en littératie nécessaires pour être autonome dans la vie de tous les jours. Dans ce contexte, cet article a comme objectif de montrer comment, via une médecine holistique centrée sur la personne, il est possible de répondre aux besoins particuliers des personnes porteuses d'une maladie chronique et en situation d'analphabétisme.

**Mots-clés :** Maladie chronique - Non-observance - Littératie - Intelligibilité - Analphabétisme.

---

## Summary

In order to understand a message, two barriers must be crossed: that of words and also that of meaning. In the specific context of medical practice, the meaning barrier is related to the fact that patients are not prepared or supported to be able to perform this task. This refers to their literacy level, *i.e.* the ability to understand and use written information in everyday life, at home, at work and in the community, to achieve personal goals and to expand their knowledge and abilities. In France, one person in two, aged between 18 and 65, does not have the literacy skills necessary to be independent in everyday life. In this context, the aim of this article is to show how, through holistic person-centred medicine, it is possible to meet the special needs of people with chronic illness who are illiterate.

**Keywords:** Chronic disease - Non-observance - Literacy - Intelligibility - Illiteracy.

---

## Préambule (bien garder les encadrés au fil du texte)

Céline, 38 ans, vient pour la 3<sup>e</sup> fois en consultation chez son médecin qui, au vu des résultats d'une analyse qu'il avait demandée, lui remet une ordonnance de metformine.

Trois mois plus tard, Céline fait une prise de sang qui montre que son hémoglobine glyquée (HbA<sub>1c</sub>) a continué d'augmenter. Son médecin lui demande : « Avez-vous pris votre traitement ? ». Céline répond que non.

Ce dernier pense alors que la patiente n'est pas observante.

En fait, ce que le médecin ne sait pas, c'est que cette jeune femme ne sait ni lire, ni écrire. Elle n'a jamais été scolarisée. Elle est analphabète.

Cette vignette illustre le sujet de cet article. Nous y abordons la question de l'analphabétisme et de ses conséquences sur l'observance sous l'angle plus large de l'intelligibilité. Notre objectif est de montrer comment, via une médecine holistique, centrée sur la personne, prenant en compte en particulier son aptitude à la communication, il est possible de répondre aux besoins particuliers des personnes porteuses d'une maladie chronique et en situation d'analphabétisme. Cette situation n'est en réalité qu'un aspect, ici particulièrement démonstratif, des difficultés à rendre clairs et accessibles des messages, donc d'aborder la question de leur « intelligibilité ».

### 1. Qu'est-ce qu'un message intelligible ?

Lors d'une consultation médicale, comme ici celle prise pour exemple, le médecin devrait faire en sorte de transmettre au patient des messages que nous qualifions d'« intelligibles » : soit, d'une part, des informations spécifiques (contenu de la prescription) et, d'autre part, aborder tout ce qui peut permettre de faire comprendre au patient sa maladie, de façon aussi approfondie que possible, et le sens de son traitement. Le mot « sens » doit être pris dans ses deux acceptions : signification, et direction [1]. Une étude [2] a montré que dans 82 % des consultations, le médecin introduisait un nouveau message, par exemple l'explication d'un nouveau traitement ; or, le soignant s'assurait que le patient avait compris et mémorisé le message dans seulement 12 % des consultations. Ceci est d'autant plus délétère que, de nos jours, les personnes sont de plus en plus sollicitées pour participer à la prise de décisions concernant leur santé ou celle de leurs proches.

Pour comprendre un message, deux barrières doivent être franchies. Selon le linguiste Ferdinand de Saussure dans son « *Cours de linguistique générale* » (1906-1911), la définition du langage combine la « langue », c'est-à-dire les mots, et la « parole », c'est-à-dire le sens du message. Les deux barrières concernent donc celles des mots et celles du sens [3]. Dans le cadre spécifique de la pratique médicale, les messages sont échangés au cours d'une « conversation » [1], processus qui réintroduit une symétrie dans la situation profondément asymétrique du soin. Elle est présente dans tous les lieux du soin : consultation, hospitalisation, séance d'éducation thérapeutique (individuelle ou en groupe), etc.

Ainsi, dans le cas de la consultation de Céline, il lui fallait saisir les mots utilisés par son médecin – ce qui a pu être rendu difficile par l'utilisation du jargon médical [4] – et la complexité inapparente du sens du message délivré. Il fallait aussi que le médecin prenne conscience de cette difficulté. Dans cet exemple spécifique, la barrière du sens du message était liée au fait que Céline n'a pas été préparée ou soutenue pour être capable de s'acquitter de cette tâche. C'est ici qu'intervient le concept de littératie.

## **2. La littératie, un cadre plus général que la notion d'analphabétisme**

La littératie est « l'aptitude à comprendre et à utiliser l'information écrite dans la vie courante, à la maison, au travail et dans la collectivité en vue d'atteindre des buts personnels et d'étendre ses connaissances et ses capacités » [5]. En France, une personne sur deux, âgée entre 18 et 65 ans, ne possède pas les compétences en littératie nécessaires pour faire face, de façon autonome et fiable, aux exigences de la vie moderne dans un pays industrialisé [5].

Parmi ces personnes, on différencie, selon l'Agence Nationale de Lutte Contre l'Illettrisme (ANLCI) [6] :

- les personnes en situation de Français Langue Étrangère (FLE), désignant les nouveaux arrivants dans un pays dont ils ne parlent pas la langue ;
- les personnes en situation d'illettrisme qui, après avoir été scolarisées, n'ont pas acquis une maîtrise suffisante de la lecture, de l'écriture, du calcul, des compétences de base, pour être autonomes dans les situations simples de la vie courante. 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 ;
- les personnes en situation d'analphabétisme, qui n'ont jamais été scolarisées. Il s'agit pour elles d'entrer dans un premier niveau d'apprentissage. On voit bien ici que l'analphabétisme peut être vu comme une des extrémités du continuum de l'intelligibilité.

## **3. Littératie en santé**

La littératie est aujourd'hui considérée comme un déterminant de la santé qui influence le niveau de littératie en Santé (LS) des personnes, c'est-à-dire les « caractéristiques personnelles et ressources sociales nécessaires aux individus et aux communautés pour accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information et les services afin de prendre des décisions en santé » [6]. La première étude comparative européenne sur la LS indique que plus de 10 % de la population totale interrogée a un niveau « insuffisant » de LS et que près d'une personne sur deux a un niveau de LS décrit comme « limité » [6]. Ceci est préoccupant puisque, comme nous allons le voir, un faible niveau de LS nuit à une pleine maîtrise des compétences permettant l'autogestion de la maladie et le suivi des traitements dans les maladies chroniques [7]. Ainsi, une méta-analyse suggère l'existence d'une fonction médiatrice de la littératie en santé sur l'état de santé passant par des disparités raciales/ethniques et scolaires [8]. Pour ne prendre que deux exemples, les patients ayant un faible niveau de LS dans une de ses composantes, désignées sous le terme de « numératie », ont des difficultés à manipuler des concepts qui peuvent paraître simples comme l'interprétation d'un chiffre sur un lecteur de glycémie, avec sa conséquence sur l'évaluation de l'équilibre glycémique [9] ; dans le domaine de l'hypertension artérielle, le niveau de LS est clairement associé au niveau de connaissances (une étude montre la capacité de définir les médicaments par leur nom), mais il n'est pas possible de mettre en évidence un effet sur l'équilibre tensionnel [10].

## **4. Intelligibilité des messages, littératie et observance thérapeutique**

### **4.1. La non-observance, un problème majeur de santé publique**

La non-observance est classiquement définie comme l'absence d'adéquation entre les comportements des patients (prise de médicaments, recommandations hygiéno-

diététiques) et les prescriptions médicales [11]. Elle est fréquente puisque, par exemple dans le diabète de type 2, on estime qu'un patient sur trois achète moins de 80 % des médicaments prescrits [12]. Elle a des conséquences majeures en termes de morbi-mortalité et de dépenses de santé : la survenue de complications et d'hospitalisations est plus fréquente [13], et une méta-analyse a montré un taux moindre de mortalité chez les patients observants [14]. Enfin, elle a un coût économique considérable [15]. On ne s'étonnera pas que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), en 2003, ait déclaré qu'améliorer les interventions visant à améliorer l'observance dans les maladies chroniques aurait un impact plus important que n'importe quel progrès biomédical [16].

#### **4.2. Non-observance intentionnelle et non-intentionnelle**

Il faut en fait distinguer deux types de non-observance : la non-observance « intentionnelle », et la non-observance « non-intentionnelle » [17]. Dans la non-observance intentionnelle, le patient fait le choix conscient de ne pas prendre le traitement prescrit ; au contraire, la non-observance « non-intentionnelle » n'est pas le fait de la volonté du patient, mais de facteurs tels que le simple oubli, un manque d'accès aux médicaments, l'effet de facteurs psychologiques comme la présence d'une dépression, ou de phénomènes irrationnels (croyances, représentations), enfin, simplement un défaut de compréhension de la prescription, ce qui nous ramène à notre propos. C'est ici que le niveau de « littératie » intervient : par exemple, on voit davantage de non-observance intentionnelle en cas de littératie adéquate, et de non-observance non-intentionnelle en cas de littératie insuffisante [18].

#### **4.3. Littératie en santé et observance**

Une méta-analyse a montré que la littératie en santé était associée positivement à l'observance médicamenteuse et non-médicamenteuse, et que les interventions visant à améliorer la littératie en santé étaient efficaces et s'accompagnaient d'une amélioration de l'observance [19]. Dans le domaine du diabète, une étude systématique de la littérature suggère que la littératie et la numératie sont associées à l'autogestion de la santé et l'observance, mais la relation avec le contrôle glycémique est moins claire, certaines études suggérant cependant qu'un faible niveau de littératie peut être associé à un risque accru de complications, y compris d'hypoglycémie [20].

Il faut néanmoins se garder de conclure de manière simpliste qu'une LS insuffisante implique une difficulté d'observance. Une méta-analyse intéressante dans le domaine du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) montre qu'il existe une ambiguïté : d'un côté, une LS insuffisante limite l'accès aux soins et la compréhension des messages médicaux ; mais, d'un autre côté, ces patients peuvent être plus observants que les patients ayant une LS adaptée, parce qu'ils font pleinement confiance à leur médecin [21].

### **5. Comment répondre aux besoins particuliers des personnes analphabètes et porteuses d'une maladie chronique ?**

#### **5.1. Le repérage : une étape clé de l'accompagnement des patients ayant de faibles compétences en littératie**

Dans le champ de l'alphabétisation, *le repérage* permet d'identifier les personnes potentiellement concernées par des situations de difficultés avec les savoirs fondamentaux et les compétences clés. Cette démarche est complétée dans un second temps par *le positionnement* qui, quant à lui, permet d'évaluer les compétences en littératie, au regard d'un référentiel et afin de définir des objectifs

d'apprentissage destinés à combler les écarts. Si le repérage peut être réalisé par toute personne sensibilisée à la démarche, le positionnement est, quant à lui, intégré à une démarche de formation et déployé par un organisme spécialisé.

Par conséquent, dans le colloque singulier médecin-malade, il apparaît que le repérage soit une étape essentielle à l'accompagnement du patient chronique. En effet, le premier objectif du repérage est l'adaptation des pratiques de soins, et notamment des pratiques éducatives. Secondairement, ce temps peut aussi être considéré comme une opportunité permettant d'orienter les personnes vers des structures qui proposent des cours de base (dans les centres de lutte contre l'illettrisme) ou des cours d'alphabétisation (dans les centres dédiés aux personnes analphabètes ou en situation de français langue étrangère).

Plusieurs stratégies existent pour repérer des personnes ayant de faibles compétences en littératie, mais le premier principe consiste à créer un contexte favorable pour permettre à la personne d'exprimer ses difficultés. Ensuite, il s'agit pour tout professionnel de santé d'être attentif aux groupes à risques : personnes âgées, personnes migrantes, personnes à bas revenus, à bas niveau de qualification, même s'il est important de ne pas généraliser, d'autant plus que ces difficultés peuvent se retrouver dans l'ensemble de la population [22].

Le repérage passe également par une attention portée aux *stratégies de contournement* et aux signes pouvant évoquer des difficultés avec la maîtrise de l'écrit. Est appelé contournement toute stratégie qui permet de trouver une réponse à une situation en faisant intervenir d'autres systèmes ou d'autres logiques que ceux qui font appel aux savoirs classiques relevant du lire-écrire-compter [23].

Les stratégies de contournement [24] peuvent être regroupées en trois catégories principales : se faire aider (par exemple : la personne se fait accompagner par une tierce personne, elle demande de l'aide pour remplir un document) ; oublier (face à une situation mettant en jeu l'écriture, la personne peut prétexter avoir oublié ses lunettes) ; reporter la demande (lorsque l'on remet un document à compléter à la personne, elle dit qu'elle préfère le compléter à la maison, ainsi, un membre de la famille ou une connaissance pourra l'aider).

Face à des situations faisant appel à l'écrit, dans le cadre de la conversation menée lors d'une consultation ou de tout autre temps de la rencontre patient-médecin, le praticien peut aussi identifier des signes laissant penser que la personne est en difficulté de lecture et de compréhension (à partir d'un texte simple, la lecture est lente et hésitante ; la personne signe un document sans le lire ; elle n'arrive pas à donner un sens au texte), en difficulté d'écriture et de rédaction (la personne ne prend pas de note, elle hésite à prendre un stylo, l'écriture est lente et irrégulière) ou en difficulté liée à l'espace et/ou au temps (la personne a du mal à situer chronologiquement des événements, refuse de se rendre à un endroit qui ne lui est pas familier, ne respecte pas les horaires des rendez-vous).

Il est également possible de poser des questions simples, sur le modèle du « Single Item Literacy Screener » (SILS) [25] : « À quelle fréquence avez-vous besoin de quelqu'un pour vous aider lorsque vous lisez des instructions, des brochures ou d'autres documents provenant de votre médecin ou votre pharmacien ? ». Les réponses possibles sont : 1 (Jamais), 2 (Rarement), 3 (Parfois), 4 (Souvent), et 5 (Toujours). L'outil est d'une aide précieuse pour la pratique, car il permet d'identifier simplement les patients les plus en difficulté avec la lecture de documents en rapport avec leur santé.

Le repérage devrait être considéré comme une première étape essentielle concernant spécifiquement l'accompagnement des patients faiblement alphabétisés

[26].

## 5.2. Quelles réponses proposer aux patients faiblement alphabétisés lors d'une rencontre médicale ?

Pour répondre aux besoins particuliers des personnes ayant de faibles compétences en littératie, il a été possible d'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. Elles ont été catégorisées selon qu'il s'agisse d'interventions simples ou complexes [27] :

– **Les interventions simples**, contribuent à faciliter la communication entre les soignants et les patients. Elles reposent sur la conception de documents simplifiés, l'utilisation d'images ou de supports multimédias, et la simplification de données numériques. On retrouve également la simplification du discours médical et l'utilisation de techniques de reformulation qui peuvent faciliter l'accessibilité à l'information en santé [28].

– **Les interventions complexes**, 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 formations des professionnels de santé à la LS, les programmes de prévention destinés aux patients ayant un faible niveau de LS qui facilitent l'accès à l'information, les programmes de self-management utilisés dans le cadre d'un faible niveau de LS avec un apprentissage par les pairs, les programmes d'alphabétisation contextualisés à la santé et les « toolkits » (boîtes à outils), 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.

**En plus de ces différentes interventions**, il apparaît qu'une meilleure prise en compte des stratégies mises en place par les patients eux-mêmes (comme l'utilisation des réseaux de support ou de ressources numériques, par exemple) puisse être un moyen de répondre à leurs besoins spécifiques [29]. En effet, à côté des stratégies de contournement, les patients élaborent d'autres stratégies « cognitives » pour répondre à des difficultés. En ce sens, les travaux sur la vicariance - entendue comme la mise en place de mécanismes cognitifs distincts pour parvenir à un but similaire [30] - semblent intéressants.

La vicariance, d'une façon pragmatique, pour la patiente de notre exemple, consisterait à apprendre à reconnaître les groupes d'aliments et évaluer la quantité de glucide ingérée de manière globale sans passer par l'étape de la pesée ou de la lecture des étiquettes. Céline, bien que ne sachant pas lire, pourrait apprendre à « routiniser » cette évaluation globale aussi efficacement.

Enfin, dans le cas particulier de la consultation médicale, plusieurs études montrent que l'agencement même de cette rencontre joue un rôle important dans la compréhensibilité des patients. Aussi, il semble essentiel de dédier des temps dans la consultation à l'exploration des besoins éducatifs, l'évaluation de la compréhension des messages éducatifs et la préparation au transfert de ces derniers. L'exploration des besoins éducatifs du patient peut se faire au moment du diagnostic médical, en recueillant des informations sur le patient, son histoire et ses motivations [31].

Un temps devrait également être dédié à l'évaluation de la compréhension des messages délivrés en consultation [32], par l'utilisation d'outils comme le « faire-dire » développé en France par la Haute Autorité de santé (HAS) [28].



La préparation au transfert des messages éducatifs pourrait se faire en fin de consultation via l'exploration, avec le patient, des obstacles possibles à la mise en œuvre des conseils délivrés. Il s'agit alors d'interroger la personne sur ses choix à prendre ou non quant aux conseils délivrés et sur les différentes choses qui pourraient nuire à leur application, comme l'influence des pairs et de la famille, ou un manque de confiance en soi [33].

Par ailleurs, certains auteurs recommandent de limiter le contenu des consultations à trois messages en choisissant ceux qui conviennent le mieux à la situation du patient [34,35].

En outre, il faut préciser que ces besoins ne sauraient se limiter au seul temps de la consultation mais s'inscrivent tout le long de la prise en charge des patients. En effet, les soignants peuvent être amenés à effectuer des interventions ponctuelles auprès des patients sans avoir beaucoup d'informations sur le contexte du patient et sur son niveau de littératie en santé. En ce sens, l'exploration de ces compétences est un préalable à toute intervention soignante.

## **Conclusion**

La formation des médecins à ces différentes interventions est sans doute la première étape incontournable afin de rendre les messages plus intelligibles et d'augmenter la compréhensibilité des patients. En effet, les praticiens doivent d'abord être capables de repérer des patients ayant de faibles compétences en littératie pour ensuite valoriser les processus vicariants qui fonctionnent, favoriser la mise en place d'interventions simples qui facilitent la transmission des messages éducatifs, et proposer à la personne des moyens de remédiations adaptés à sa situation. Or, ce repérage est plus difficile qu'il n'y paraît, étant données les stratégies de contournement souvent utilisées par les patients, notamment dans les cas les plus sévères de littératie inadaptée, dont l'analphabétisme ne représente que le cas extrême de ce qui doit être compris comme un continuum.

Il nous semble que ces stratégies de contournement qui présentent le risque de masquer le faible niveau réel de LS pourrait relever d'une honte de la part du patient qui se sent jugé et dévalorisé. C'est dire l'importance du caractère bienveillant que doit avoir ce que nous avons appelé dans ce texte « conversation ».

Nous avons vu que l'intelligibilité d'un message nécessitait pour les deux interlocuteurs (le patient et le soignant) de franchir deux barrières : celle des mots, et celle du sens (la « langue » et la « parole » de Ferdinand de Saussure). Si la littératie est un continuum, le praticien devra surtout se méfier des cas moyens, car le handicap pourrait être moins visible : on se rend compte facilement qu'il y a un obstacle lorsque notre interlocuteur ne parle pas notre langue, alors que notre jargon est, sans que nous en ayons conscience, incompréhensible pour tous [3].

La littératie en santé devient ainsi un véritable levier de réforme du système de santé visant l'amélioration de la qualité de la prise en soin, de l'accompagnement et de la sécurité des usagers et des patients. Pour cela, il s'agit de créer les conditions d'une interaction satisfaisante avec les usagers au sein d'une communauté préparée, informée et motivée, et en proposant des services complémentaires où s'articulent, au sein d'une communauté, le sanitaire et le socio-éducatif. La prise en compte du niveau d'intelligibilité des patients participe ainsi au fondement d'une véritable médecine de la personne, représentant en effet une belle occasion de donner tout son sens au modèle bio-psycho-social que George Engel [36], il y a plus de 40 ans, appelait de ses vœux. Winston Churchill distinguait ainsi les pessimistes et les

optimistes : les premiers voient des difficultés dans les opportunités, les seconds des opportunités dans les difficultés.

### **Les points essentiels**

- Pour comprendre un message, deux barrières doivent être franchies : celles des mots, et celles du sens.
- Le sens fait référence au concept de littératie des personnes.
- En France, une personne sur deux, âgée entre 18 et 65 ans, ne possède pas les compétences en littératie nécessaires pour être autonome dans la vie de tous les jours.
- Un faible niveau de littératie est un obstacle à l'observance des patients atteints de maladies chroniques.
- Lors d'une consultation médicale, le médecin devrait faire en sorte de transmettre au patient des messages intelligibles, adaptés aux besoins en littératie des personnes.
- La formation des médecins est une étape incontournable afin de rendre les messages plus intelligibles et d'augmenter la compréhensibilité des patients.
- Dans le cadre d'une médecine holistique centrée sur la personne, il s'agit d'être capables de repérer des patients ayant de faibles compétences en littératie, valoriser les processus vicariants qui fonctionnent, favoriser la mise en place d'interventions simples, et proposer à la personne des moyens de remédiations adaptés à sa situation.

---

### **Remerciements**

Cet article reprend sous une forme modifiée, avec son autorisation, un article publié par les auteurs dans le Journal Marocain d'Endocrinologie et de Diabétologie [JMED 2020; 3(9):104-10] afin d'en faire bénéficier l'ensemble des lecteurs francophones.

---

### **Déclaration de liens d'intérêts**

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

---

## Références

1. Reach G. Éducation thérapeutique : à la recherche d'une définition. *Med Mal Metab* 2017; 11:628-35.
2. Schillinger D, Piette J, Grumbach K, et al. Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Arch Int Med* 2003; 163:83-90.
3. Reach G. Linguistic barriers in diabetes care. *Diabetologia* 2009; 52:1461-3.
4. Root MJ. Communication barriers between older women and physicians. *Public Health Rep* 1987; 102(4 Suppl):152-5.
5. Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Études de l'OCDE sur les compétences. L'importance des compétences : Nouveaux résultats de l'évaluation des compétences des adultes. Paris: Éditions OCDE; 2016. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264259492-fr>
6. Agence Nationale de Lutte Contre l'Illettrisme. Coopérons pour que l'illettrisme recule. Lyon: Agence Nationale de Lutte Contre l'Illettrisme. <http://www.anlci.gouv.fr/>
7. Heijmans M, Waverijn G, Rademakers J, et al. Functional, communicative and critical health literacy of chronic disease patients and their importance for self-management. *Patient Educ Couns* 2015; 98:41-8.
8. Mantwill S, Monestel-Umaña S, Schulz PJ. The relationship between health literacy and health disparities: a systematic review. *PLoS One* 2015; 10:e0145455.
9. Cavanaugh K, Huizinga MM, Wallston KA, et al. Association of numeracy and diabetes control. *Ann Intern Med* 2008; 148:737-46.
10. Du S, Zhou Y, Fu C, et al. Health literacy and health outcomes in hypertension: An integrative review. *Int J Nurs Sci* 2018; 5:301-9.
11. Sackett DL. Introduction. In: Sackett DL, Taylor DW, Haynes RB (Eds). *Compliance with Therapeutic Regimens*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press; 1979:1-7.
12. Briesacher BA, Andrade SE, Fouayzi H, Chan KA. Comparison of drug adherence rates among patients with seven different medical conditions. *Pharmacotherapy* 2008; 28:437-43.
13. Curtis SE, Boye KS, Lage MJ, Garcia-Perez LE. Medication adherence and improved outcomes among patients with type 2 diabetes. *Am J Manag Care* 2017; 23:e208-e214.
14. Khunti K, Seidu S, Kunutsor S, Davies M. Association between adherence to pharmacotherapy and outcomes in type 2 diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care* 2017; 40:1588-96.
15. Mennini FS, Marcellusi A, von der Schulenburg JM, et al. Cost of poor adherence to anti-hypertensive therapy in five European countries. *Eur J Health Econ* 2015; 16:65-72.
16. World Health Organization (WHO). *Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003. [https://who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_report/eng](https://who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/eng)
17. Lehane E, McCarthy G. Intentional and unintentional medication non-adherence: a comprehensive framework for clinical research and practice? A discussion paper. *Int J Nurs Stud* 2007; 44:1468-77.
18. Lindquist LA, Go L, Fleisher J, et al. Relationship of health literacy to intentional and unintentional non-adherence of hospital discharge medications. *J Gen Intern Med* 2011; 27:173-8.

19. Miller TA. Health literacy and adherence to medical treatment in chronic and acute illness: A meta-analysis. *Patient Educ Couns* 2016; 99:1079-86.
20. Bailey SC, Brega AG, Crutchfield TM, et al. Update on health literacy and diabetes. *Diabetes Educ* 2014; 40:581-604.
21. Palumbo R. Discussing the effects of poor health literacy on patients facing HIV: a narrative literature review. *Int J Health Policy Manag* 2015; 4:417-30.
22. Margat A, de Andrade V, Gagnayre R. « Health Literacy » et éducation thérapeutique du patient : Quels rapports conceptuel et méthodologique ? *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ* 2014; 6:10105.
23. Vinérier A. Combattre l'illettrisme : Permis de lire, permis de vivre... Guide pratique et méthodologique. Paris: L'Harmattan; 1994.
24. Association Lire et Écrire. Illettrisme : petit guide pratique. Reconnaître, orienter, motiver. Dompierre, Suisse; Association Lire et Écrire; 2012. [www.artias.ch/wp-content/uploads/2013/02/Brochure\\_sensibilisation\\_personnes\\_relais\\_version\\_impression.pdf](http://www.artias.ch/wp-content/uploads/2013/02/Brochure_sensibilisation_personnes_relais_version_impression.pdf).
25. Morris NS, MacLean CD, Chew LD, Littenberg B. The Single Item Literacy Screener: evaluation of a brief instrument to identify limited reading ability. *BMC Fam Pract* 2006;7:21.
26. Margat A, Morsa M. Le médecin généraliste, un acteur central dans l'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques faiblement alphabétisés. *Médecine* 2018;14:365-9.
27. Margat A, Gagnayre R, Lombrail P, et al. Interventions en littératie en santé et éducation thérapeutique : une revue de la littérature. *Santé Publique* 2017; 29:811-20.
28. Haute Autorité de Santé (HAS). Faire Dire. Outil d'amélioration des pratiques professionnelles. La communication entre les professionnels de santé et les usagers. Novembre 2015. Saint-Denis La Plaine: Haute Autorité de Santé. [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2612334/fr/faire-dire](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2612334/fr/faire-dire)
29. Margat A (sous la direction du Pr Rémi Gagnayre). L'éducation thérapeutique du patient : une opportunité pour répondre aux besoins en littératie en santé des patients illettrés. Proposition d'un modèle d'intervention pédagogique. Sociologie. Doctorat en Sciences de l'éducation de l'Université Sorbonne Paris Cité 13; 2018.
30. Berthoz A. La Vicariance : Le cerveau créateur de mondes. Collection Sciences, Paris: Odile Jacob; 2013.
31. Marchand C, Merrina F, Gagnayre G, Bouchaud O. A descriptive study of advising practices during travel health consultations in France. *J Travel Med* 2017; 24(5):tax042.
32. Bouchaud O. Pédagogie de la consultation du voyage. *Rev Prat* 2015; 65:477.
33. Noble LM, Willcox A, Behrens RH. Travel clinic consultation and risk assessment. *Infect Dis Clin North Am* 2012; 26:575-93.
34. Leder K, Bouchaud O, Chen LH. Training in travel medicine and general practitioners: a long-haul journey! *J Travel Med* 2015; 22:357-60.
35. Voumard R, Berthod D, Rambaud-Althaus C, et al. Recommendations for malaria prevention in moderate to low risk areas: travellers' choice and risk perception. *Malar J* 2015; 14:139.
36. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196:129-36.