L'ILLETTRISME EN MEDECINE GENERALE :

Mise en évidence, conséquences et solutions.

Maude Kasel

Université Catholique de Louvain (UCL), 2010-2011

Promoteur : Dr Sabine Honhon

Remerciements….

Je tenais tout d'abord à remercier ma mère et mon père, qui m'ont toujours soutenu durant ces neuf et longues années d'études. Ce travail est le résultat de leur éducation et de la chance qu'ils m'ont donnée de devenir acteur de notre société en devenant médecin. Une pensée sincère à mon grand frère et ma petite sœur qui m'ont accompagnée et encouragée dans les moments difficiles de ce chemin tortueux rempli de doutes et de joie….

Un immense merci à Caroline Maeyens, qui fut la principale personne à suivre l'évolution de mon travail.

Je n'oublie pas toutes les autres personnes qui m'ont guidée et conseillée lors de la rédaction de mon travail de fin d'étude : ma promotrice le Dr Sabine Honhon, ainsi que le Dr Benjamin Fauquert.

L'avancée des recherches bibliographiques, je la dois surtout à la bibliothèque de saint Luc où travaillent Sophie Lissnyder, Caroline Closset et Vincent Bauduin. Ainsi que le centre Atelier du soleil, Lire et Ecrire, Collectif Alpha, Culture et Santé.

La mise en page et le questionnaire en ligne sur internet ont été faits par Caroline Grandville et Frederic Dedobbeleer (société FDWEB).

Merci à Marine Trefois pour sa relecture amicale.

Merci aussi aux témoignages de médecins : Dr Benjamin Fauquert, Dr Jean Crucifix, Dr Pierre Hendrick, Dr Tanguy De Thier et Dr Safia Mokrane.

Et enfin merci à Véronique Lambert, Janvière Nahimana et aux témoignages des participants du centre d'alphabétisation de Namur Alpha 500 qui m'ont énormément apporté tant pour mon travail que sur le plan humain.

« Reading and writing is our rallying cry. »

Extrait de *La voix des femmes*

« Je suis triste ; je vois des enfants qui vont à l'école,

Moi je n'ai pas eu cette chance d'aller à l'école.

Ne pas savoir lire et écrire

C'est comme un homme perdu

En plein désert du Sahara

Il a faim

Il a soif

Il cherche de l'aide

Il cherche une source d'eau

Il cherche un endroit frais pour se reposer

Celui qui sait lire et écrire

C'est comme cet homme sorti du désert

Il est content de découvrir le monde

De rencontrer les autres

Il n'a plus peur

Il rit

Il partage

Il fait des projets

C'est un homme heureux »

Extrait de la brochure, *La voix des femmes.*

Résumé.

Le but de ce travail est, premièrement, de comprendre les multiples causes de l'illettrisme, car on constate qu'il existe une influence des facteurs sociaux sur la santé. Deuxièmement, de définir les conséquences des difficultés de lecture en médecine générale. En Belgique, en communauté française, une personne sur dix est en situation d'illettrisme. Troisièmement, l'intérêt de ce TFE est de sensibiliser les médecins généralistes à cette thématique et de leur donner des outils pour mieux aborder cette problématique en consultation.
Les moyens utilisés sont la synthèse d'articles de la littérature, le témoignage de médecins généralistes et la discussion avec des apprenants en lecture adultes en langue française.
Les conclusions sont que les difficultés de lecture restent plus fréquentes qu'on ne le pense. Sa mise en évidence permet d'améliorer la qualité des soins. Le médecin généraliste doit avoir une place privilégiée dans la prise en compte de ce phénomène.

TABLES DES MATIERES

I. GENERALITE. 7

1. Choix du sujet. 7

2. Méthodologie. 8

II. INTRODUCTION. 10

1. Définition 10

2. Chiffres et situation en Belgique et Wallonie-Bruxelles (population 15 ans et plus) 10

3. Causes de l'illettrisme. 11

4. L'état de santé et ses déterminants sociaux. 11

5. Relation entre l'illettrisme et l'état de santé 12

6. Pathologies ayant un impact sur la lecture 14

7. Conclusion de l'introduction. 14

III. MISE EN EVIDENCE DE L'ILLETTRISME PAR LE MEDECIN GENERALISTE. 15

1. Questionnaire adressé aux médecins généralistes. 15

2. Tests ou outils de mise en évidence de l'illettrisme 19

IV. TEMOIGNAGE. 24

1. Objectifs 24

2. Méthodologie. 24

3. Résultats et conseils donnés aux soignants. 24

V. CONSEQUENCES. 27

Exemples de pathologies où l'illettrisme a un impact. 27

VI. SOLUTIONS. 30

VII. CONCLUSION. 34

VIII. BIBLIOGRAPHIE 35

IX. ANNEXES 37

I. GENERALITE.

1. Choix du sujet.

Ayant été confrontée dans ma pratique d'assistante en médecine générale à un cas concret d'une personne illettrée, j'ai pu prendre conscience de l'importance de ce phénomène. En tant que professionnel de la santé et en première ligne des soins, mon rôle est de mettre en évidence cette lacune, afin de soigner correctement ce type de patient. Il faut aussi éviter l'écueil de la marginalisation et soutenir ces personnes dans l'acquisition d'une plus grande autonomie.

En outre, le choix de ce TFE met en évidence la question de l'exclusion sociale, trop souvent limitée au logement, au travail… et oublieuse du facteur « santé ».

Depuis seulement deux siècles, en Europe, la santé est un droit. Les maladies ont évolué selon les époques et les conditions sociales. De nombreux sociologues (Talcott Parsons, Robert King, Merton, August Hollingshead, Renée Fox, Howard Becker,…) définissent le rôle social du médecin et celui du malade. Il existe un lien entre l'organique et le social. Des sociétés différentes vont reconnaitre des maladies spécifiques, mais partout la mauvaise santé est considérée comme indésirable.

Malheureusement nous ne sommes pas tous égaux devant la maladie… Il existe de nombreux facteurs influençant cet état… Par exemple l'éducation, la culture, la barrière linguistique et notamment l'illettrisme.

L'écrit est partout et les patients y sont confrontés tous les jours. Les personnes ayant un niveau de lecture peu élevé vont avoir de grandes difficultés à communiquer avec leur médecin généraliste et, plus grave encore, risque de ne pas comprendre les conseils de prévention et le soin administré.

Suivant la pathologie, cette incompréhension peut avoir de lourdes conséquences sur l'individu. On peut citer l'exemple de la prise en charge du diabète ou encore de la gestion de la coagulation sanguine sous Sintrom.

Il est souvent difficile pour le médecin généraliste de repérer un cas d'illettrisme, car les personnes concernées parviennent à cacher leurs difficultés de lecture. Elles craignent le regard des autres, ont peur d'être stigmatisées dans une société de plus en plus élitiste. Dès lors se met en place une communication faussée entre le médecin et le patient qui engendre une mauvaise compliance au traitement, car celui-ci est tout simplement mal compris.

Touchant à un sujet très large et étant seule à réaliser ce travail, je ne sais pas proposer de grandes statistiques, mais je vais tenter d'aborder les points qui me semblent les plus importants, afin de mettre en lumière l'influence négative de l'illettrisme sur la santé et les moyens d'enrayer ces effets négatifs.

Ce travail a donc pour objectif de proposer au généraliste des indices d'identification des personnes en difficulté de lecture ainsi que des clés pour pouvoir les aider, afin qu'ils comprennent leur traitement et qu'ils se soignent le mieux possible.

Les moyens utilisés pour y arriver sont les suivants :

- faire un bref rappel, afin de distinguer illettrisme et analphabétisme ;
- donner quelques chiffres pour la Belgique;
- interroger des médecins généralistes travaillant seul ou en maison médicale ;
- répertorier les outils et méthodes qui aident à la mise en évidence de personnes illettrées avec leur participation;
- lister les interventions pour renforcer l'observance d'un traitement spécifiques aux cas d'illettrisme.

2. Méthodologie.

a. Recherche bibliographiques via le site internet Pubmed (critères de sélection : sujet dans le titre ou abstract):

- *mots clés :* family practice ; general practice; illiteracy; health ; education status; meds; attitude of health personal; social environment; social class; residence characteristics; language; communication; reading limits; understanding treatment;
- *Combinaison de mots clés suivants :* " illiteracy and health" ; " illiteracy and general parctice " ; " illiteracy and meds " ; " family practice and education status " ; "family practice and attitude of health personal " ; " family practice and education status and social environment" ; " family practice and social class" ; " family practice and residence characteristics"» ; " family practice and social class and education status " ; " family practice and language " ; " family practice and communication"; "family practice and reading limits".

b. Recherches sur Google : « illettrisme et santé » ; « histoire de la santé »

c. Recherches d'ouvrages et d'articles au Collectif Alpha, à la Bibliothèque de Lire et Ecrire, à l'Atelier du Soleil, à la Bibliothèque de saint-Luc, au Résodoc de saint-Luc.

d. Questionnaires élaborés personnellement pour les médecins généralistes (questionnaire anonyme sur internet et interview en face à face) et pour les personnes ayant des difficultés de lecture. (Voir annexe 1 :a,b,c).

Les entretiens en face à face me permettent d'apporter une valeur qualitative à mon TFE. Le questionnaire en ligne sur internet est une mesure quantitative qui me permet d'évaluer si les généralistes sont sensibilisés à cette thématique.

Il est à noter qu'il n'existe que peu ou quasiment pas de références sur le sujet de « l'illettrisme en médecine générale » dans les revues et livres belges ou français. J'ai effectué des recherches dans les catalogues collectifs en Belgique (CCB) et dans les catalogues du système universitaire de documentation en France (SUDOC) sans grands résultats.

II. INTRODUCTION.

1. Définition

Il est important de bien différencier l'illettrisme et analphabétisme.

Analphabétisme :
« Etat d'une personne qui n'a jamais appris à lire et écrire » [1]

Illettrisme :
« Etat des personnes qui, ayant appris à lire et écrire, en ont complètement perdu la pratique » [1]

Dans ce travail, on verra que dans la pratique quotidienne il est compliqué de faire facilement la distinction entre les deux situations. Il faut retenir que les patients peuvent être, à divers degré, mal à l'aise avec la lecture et/ou l'écriture.

Les pays les plus touchés par cette situation sont les pays en voie de développement, tandis que l'Europe, les Etats-Unis, le Japon, gardent un taux faible, mais non négligeable.

Pour ne pas oublier ce fléau, l'UNESCO a décidé de proclamer le 8 septembre journée mondiale de l'analphabétisme et de l'illettrisme.

2. Chiffres et situation en Belgique et Wallonie-Bruxelles (population 15 ans et plus).

Il est difficile de chiffrer correctement l'illettrisme du fait de la dissimulation de ce problème vécu comme honteux par les patients.

La langue maternelle du patient est importante à connaitre et à prendre en compte, pour éviter de penser qu'un patient est analphabète, alors qu'il est uniquement illettré en français.

La situation en Belgique est la même que dans tous les pays industrialisés. La particularité de la Belgique est de prendre en compte les trois langues officielles (français, néerlandais et allemand) et d'analyser la situation en fonction de la communauté linguistique dans laquelle ce phénomène se présente.
« *En communauté française, une personne sur dix est en situation d'illettrisme.* *Une enquête estime :*
- 100 000 adultes de 15 ans et plus, en région bruxelloise (dont 44 000 étrangers) et 190 000 en région wallonne (dont 48 000 étrangers), disent n'avoir aucun diplôme.
- 80 000 Bruxellois (dont 25 000 étrangers) et 380 000 Wallons (dont 50 000 étrangers) n'ont qu'un diplôme de l'école primaire. » [2]
Comme on le verra plus tard, le diplôme n'est pas la référence principale pour savoir si une personne est en situation d'illettrisme.

« De plus les chiffres de l'illettrisme sont différents selon l'instrument de mesure que l'on utilise :
- ne pas savoir faire sa signature, représenterait que 1% de personnes illettrées
- ne pas avoir suivi le niveau de l'enseignement secondaire supérieur, représenterait 70% d'illettrés » [3].

« En 2002, selon l'UNESCO, on comptait 875 millions d'adultes illettrés, dont 2/3 de femmes. ***Ce qui représente 21% de la population mondiale. »*** [3}

3. Causes de l'illettrisme.

Malgré l'enseignement obligatoire, les causes de l'illettrisme sont multiples. Elle peut être d'ordre individuel, socio-familial, socioculturel, sociocognitif… Ce phénomène est cependant souvent lié à la relation difficile, voire antagoniste entre une appartenance sociale et le monde des savoirs scolaires.
Une enquête [3] auprès des adultes belges prenant des cours d'alphabétisation montre que :
- ils ont connu un échec précoce, entraînant l'arrêt du processus d'apprentissage, le décrochage hâtif et de nombreux redoublements.
- n'ont pas bénéficié d'un soutien pédagogique adapté
- ont ressenti un sentiment de rejet de la part de l'institution scolaire
- ne se sont pas sentis reconnus dans un cadre culturel éloigné de leur milieu familial d'origine
L'illettrisme n'est pas dû à des capacités intellectuelles limitées, mais souvent à un arrêt trop précoce de l'apprentissage ou à des difficultés scolaires qui peuvent être résolues dans un autre contexte.
Quelqu'un qui n'est plus analphabète est présenté dans la définition de l'UNESCO de la manière suivante : « *cette personne a acquis les compétences et connaissances indispensables à l'exercice de toutes les activités où l'alphabétisation est nécessaire pour jouer efficacement un rôle dans son groupe et sa communauté, et dont les résultats atteints en lecture, écriture, et arithmétique, sont tels qu'ils lui permettent de continuer à mettre ces aptitudes au service de son développement propre et du développement de la communauté et de participer activement à la vie du pays ».*

4. L'état de santé et ses déterminants sociaux.

Malgré une amélioration de l'accessibilité des soins de santé, les inégalités sociales dans ce domaine n'ont pas disparu. *L'intuition d'une influence des facteurs sociaux sur la santé est ancienne. « Dès le XIXe siècle des hygiénistes ont montré l'écart de mortalité entre les groupes sociaux et se sont préoccupés de rechercher les explications en terme de causalité sociale. En 1970, des travaux ont également porté sur les aspects psycho sociaux pouvant influencer l'état de santé. Ainsi s'est progressivement développée une épidémiologie sociale de la maladie »* [4]

La variable « classe sociale » influence l'état de santé à travers une multitude de paramètres : la mortalité, la morbidité, la taille, le poids, l'état de dentition, de vision, de fertilité et le type de travail. Cette « causalité en chaine » détermine l'état de santé d'un individu.

L'Institut Scientifique de Santé Publique en Belgique a calculé qu'*« une personne avec un faible niveau d'étude meurt trois à cinq ans plus tôt qu'une personne ayant un niveau d'étude supérieur ; elle peut s'attendre à vivre en bonne santé de 18 à 25 années de moins qu'une personne avec un haut niveau d'étude* ». L'espérance de vie en bonne santé des personnes à scolarité réduite diminue principalement à cause des maladies suivantes : arthrite, maux de dos, maladies cardiaques, attaque, asthme et maladies chroniques du poumon. [5]

Des données sociologiques montrent qu'il existe encore d'autres facteurs que le niveau scolaire qui influencent la santé d'un individu, tels le stress, la personnalité, la capacité à faire face aux évènements de la vie, le réseau et le soutien social dont chaque personne peut bénéficier, le quartier d'habitation, la profession exercée.
De plus, un modelage culturel de la maladie existe. L'appartenance à une culture fournit un schéma où les phénomènes du corps et surtout la notion de maladie avec ses symptômes sont interprétés différemment. Des recherches montrent qu'en descendant dans l'échelle sociale, le discours de valorisation de la santé est moins présent et il est davantage déconnecté de la réalité des situations et des comportements.

La politique de santé ne doit pas avoir pour unique mission de développer de nouvelles technologies médicales et de promouvoir le comportement « sain ». Il faut investir dans l'éducation. Assurer un soutien scolaire aux enfants en difficulté d'apprentissage, pour les adultes développer des ateliers d'aide à la lecture efficaces. Et plus largement investir dans l'amélioration du lien social.

5. Relation entre l'illettrisme et l'état de santé

En cherchant dans la littérature, il existe des corrélations entre l'illettrisme et la mauvaise santé. En raison de la complexité des brochures médicales, des termes médicaux, de certains traitements, les individus faiblement alphabétisés adopteraient moins les mesures de prévention et auraient des difficultés à gérer les maladies chroniques. C'est le rôle du médecin généraliste de ne pas passer à côté de cette problématique.

Un indicateur de santé fréquemment utilisé est *l'état de santé auto-évalué.* Des études canadiennes démontrent qu'il existe une relation entre le niveau de scolarité et l'état de santé. Les personnes n'ayant pas terminé leurs études secondaires étaient les moins nombreuses à qualifier leur santé « d'excellente » en comparaison aux personnes universitaires. [6] Le faible niveau de lecture a un impact sur le marché de l'emploi et donc

sur le revenu. Ces deux facteurs sont interdépendants et liés à la mauvaise santé. On arrive à une exclusion sociale. Bien que les médecins généralistes n'aient pas toutes les solutions face à ce problème, en raison de leur position en première ligne de soins, ils devraient prendre une place privilégiée dans la gestion de ce phénomène.

L'illettrisme à des effets directs et indirects sur la prise en charge de la maladie.

a. Voici quelques exemples d'effets directs :

- utilisation incorrecte des médicaments (au niveau de l'étiquette, au niveau de la dose, lecture glycémie lors d'injection d'insuline pour les diabétiques) ;
- informations orales et écrites du médecin non respectées. (exemple : variation du schéma de Sintrom avec le nombre de comprimés à adapter au jour le jour, lecture d'ordonnances) ;
- examens non effectués (on ne comprend pas leur utilité) ;
- démarches administratives vis-à-vis de la caisse maladie en vue du remboursement des soins médicaux ;
- prise de rendez-vous oubliés ;
- orientation dans un hôpital compte tenu de la difficulté de lecture des panneaux des différents services ;
- utilisation difficile des bons mots pour exprimer la souffrance sociale, physique, psychologique et mauvaise interprétation du médecin.

b. Voici des exemples d'effets indirects :

- pauvreté et travail, sont très liés ;

> *Illettrisme et pauvreté :* il existe un lien flagrant entre la faible capacité de lecture et la pauvreté. Le marché de l'emploi exige souvent un minimum d'années d'études. Les illettrés contractent les mêmes maladies que la population générale, mais avec des symptômes aggravés, car le médecin est consulté plutôt tardivement à titre curatif plutôt que préventif. Leur profil est en général celui de personnes vivant seules, ayant peur de l'avenir, au niveau personnel et/ou professionnel ; elles ont une image de leur corps déséquilibrée et cela à un impact moral négatif, dès lors elles sont plus fatalistes.

> *Illettrisme et travail* **:** les accidents du travail sont plus fréquents. Ceci est dû au fait que les emplois qui sont proposés sont plus dangereux (secteur de la construction, travaux manuels). Les illettrés ne sont pas au courant des dangers liés à leur métier ; ils ont du mal à lire les consignes de sécurité et à faire respecter leur droit.

- pratique personnelle liée à la santé ;

L'illettrisme est responsable de beaucoup de stress et de honte. La confiance en soi est érodée. Les situations auxquelles ces gens doivent faire face sont difficiles et les ressources

pour arriver à une solution sont peu nombreuses. L'hygiène de vie est un élément majeur. Les personnes peu lettrées adoptent des habitudes nocives. Tabac, mauvaise alimentation, activités physiques limitées, suivis gynécologiques négligés (frottis du col, mammographie de dépistage). Il n'y a qu'avec l'alcool où ils ne sont pas désavantagés par rapport aux alphabètes ; il existe des pathologies spécifiques, telles que les pathologies dermatologiques, dentaires, tabagiques… [7] Tout cela engendre un vieillissement précoce de cette population. L'espérance de vie diminue régulièrement quand on descend l'échelle sociale définie d'après le degré d'instruction. Les campagnes de prévention ne sont pas accessibles à ces personnes.

- services de santé

Les brochures et documents explicatifs médicaux étant souvent des supports écrits, la population est mal informée sur les maladies du corps humain. Ces personnes ne sachant pas vers quel établissement se tourner, laissent parfois leur état de santé se dégrader à tel point que leur seul recours est de se rendre aux urgences.

Lorsqu'un enfant est malade, ces personnes auront tendance à consulter d'autant plus.

Un facteur plus culturel peut également être la cause du choix des urgences plutôt que du médecin traitant. En effet, en Afrique par exemple, les urgences constituent le premier endroit vers lequel les gens se tournent en cas de problème de santé. Il arrive que certaines personnes d'origines africaines gardent cette habitude en Belgique.

6. Pathologies ayant un impact sur la lecture

Il faut aussi prendre en compte en fait que la notion d'illettrisme ne s'applique pas au dysfonctionnement cérébral touchant la fonction de mémorisation et, de ce fait, la maîtrise des savoirs de base acquis pendant l'enfance. On distingue la dysphasie (trouble de l'acquisition de la parole) et la dyslexie (trouble de l'acquisition du langage écrit pouvant se cumuler ou non d'une dysphasie). Les problèmes de lecture peuvent être aussi influencés par une vision altérée avec le temps comme lors d'une rétinopathie du diabète ou lors d'un post accident vasculaire cérébral. [8]

7. Conclusion de l'introduction.

Les hypothèses citées plus haut peuvent définir l'illettrisme comme une cause et une conséquence d'une mauvaise santé, en y englobant la dimension sociale et médicale. Il existe un lien très étroit entre l'illettrisme, la mauvaise santé et l'exclusion. Les illettrés entrent dans une spirale qui touche à leur autonomie et rend le problème difficile à résoudre au quotidien.

III. MISE EN EVIDENCE DE L'ILLETTRISME PAR LE MEDECIN GENERALISTE.

1. Questionnaire adressé aux médecins généralistes.

L'article du Journal des médecins du 26 décembre 2010 [9] soulève l'importance pour le médecin généraliste d'établir une communication avec son patient. Les analphabètes sont trop souvent laissés dans l'ignorance. *« L'honnêteté intellectuelle s'impose, il est nécessaire d'abord d'évaluer les choses puis par la suite trouver les mots qu'il faut pour chaque patient ».*

Cet article m'a fait réagir ! Je me suis adressée aux médecins, afin de récolter leur témoignage et ressenti sur le problème des difficultés de lecture. J'ai décidé d'apporter à ce travail une valeur quantitative et qualitative, en rédigeant deux types de questionnaires.

Tout d'abord, j'ai envoyé par mail un questionnaire anonyme à mes consœurs et confrères belges, pour connaître l'impact de l'illettrisme en médecine générale et donner à mon TFE un support quantitatif (voir annexe 2 a). Dans cette même annexe à la partie b, se trouvent les graphiques correspondants aux résultats de l'analyse.
J'ai obtenu 137 réponses de médecins d'une moyenne d'âge de 43 ans. 42% travaillent en solo et plus de la moitié ont plus de 16 ans de pratique.
Il en ressort que dans plus de 86,8% des cas les généralistes terminent leur consultation par un support écrit, mais seulement plus de la moitié font appel à une tierce personne si cette information est mal comprise.
Cette très brève analyse révèle que peu de praticiens sont sensibilisés à l'illettrisme, car 62% ne connaissent pas d'adresse d'organisation d'alphabétisation.

J'ai ensuite interrogé directement 5 généralistes, pour avoir leur avis et expérience sur ce sujet. Voici en résumé les réponses aux questions posées (voir annexe 1a).

	Médecin 1	**Médecin 2**	**Médecin 3**	**Médecin 4**	**Médecin 5**
Age	**33**	**60**	**61**	**46**	**38**
Genre	**Masculin**	**Masculin**	**Masculin**	**Masculin**	**Féminin**
Lieu de travail	**Maison médicale**	**Maison médicale**	**Maison médicale**	**Cabinet solo**	**Maison médicale**
Années d'expérience	**5 ans**	**35 ans**	**35 ans**	**20 ans**	**9 ans**

1) Pourriez-vous donner un pourcentage des personnes ne parlant pas français sur votre patientèle globale ?

La réponse est très variable, cela va pour certains médecins de moins de 5% jusqu'à 30% de personnes ne parlant pas du tout ou que très peu le français. J'ai pu constater que le flux d'immigration à un impact important sur ce phénomène. Les médecins sur Bruxelles sont plus touchés que les médecins en région wallonne. (Exemple d'un médecin en province de Namur qui ne ressent pas ces difficultés linguistiques)

2) Proposez-vous des solutions, afin d'être certain que l'information et la prise d'un traitement soient bien comprises ?

Voici les solutions citées lors des différents entretiens ;

- seulement deux médecins posent directement la question : « savez-vous lire ? » ; « Savez-vous lire le français et donc savez-vous lire mon ordonnance ? » ;
- quand il existe un problème de communication, tous font des schémas du traitement avec des dessins (forme du comprimé et soleil ou lune pour indiquer le moment de la prise du traitement), accompagnés de gestes ;
- plus rarement l'aide d'une personne en salle d'attente est utile pour se faire comprendre ;
- essayer de faire venir une personne de l'entourage (cela n'est pas évident à réaliser en pratique, souvent les enfants scolarisés en Belgique sont d'une grande aide) ;
- des interprètes sont de temps en temps présents ;
- quelques-uns demandent aux patients d'apporter les boîtes de médicaments et font un dessin sur la boîte pour indiquer le moment de la prise, ou ils remplissent le pilulier pour la semaine ;
- la technique de la répétition ou de la reformulation est importante en nommant les comprimés des médicaments par couleur ;
- aucun des cinq médecins n'utilise de test spécifique (ces tests seront expliqués dans un chapitre ultérieur) pour vérifier si l'information est comprise ;
- parfois le patient vient avec un mot écrit par une tierce personne et le généraliste y répond ;
- tous précisent l'importance d'utiliser un langage il faut qu'il soit le plus simple possible ; exemple : « urine>pipi », « féculents>riz, « pain>pates » ;

Comme on le constate tout ceci ne concerne que les traitements médicamenteux. Il est encore beaucoup plus difficile de faire de la prévention concernant l'alimentation, le sport, le tabac…

De plus la conception de l'hygiène de vie quotidienne diffère d'une culture à l'autre.

Les patients doivent en outre souvent faire face à d'autres problèmes qui leur paraissent plus importants, comme les soucis financiers.

3) Expérience personnelle : avez-vous déjà été confronté à une situation d'illettrisme ? (Décrire le cas)

Les médecins interrogés ont une expérience complètement différente selon leur lieu de pratique. On constate qu'il existe un impact social. Le problème est souvent lié à la précarité du statut social du patient et à ses difficultés financières.

En effet, on remarque régulièrement que l'illettrisme est dû à l'impossibilité de payer un parcours scolaire suffisant ou que celui-ci est arrêté trop tôt.

Les situations d'illettrisme se rencontrent, mais elles restent dans le non-dit. On ne s'en rend compte qu'au fil du temps (parfois un an ou deux après la première consultation). Dans ces situations, il est difficile d'évaluer si ce n'est pas au départ un problème de compréhension de la langue elle-même.

Dans les expériences personnelles, on retrouve différents témoignages. Un des médecins interrogés me raconte qu'il a « deviné » l'illettrisme d'un de ses patients, car celui-ci lui a demandé plusieurs fois de compléter des documents administratifs et de préparer des enveloppes avec l'adresse adéquate.

Un autre confrère raconte qu'une femme éduquée au Maroc, ne sachant pas lire le français, affirme que même l'écriture et la lecture de l'arabe lui est difficile.

La majorité des médecins constatent que les femmes sont plus touchées par l'illettrisme. Cela est sans doute dû au fait que ces femmes ne travaillent pas hors de la maison et sont assignées à l'éducation des enfants.

4) En avez-vous déjà discuté avec d'autres professionnels de la santé (exemple : kiné, pharmacien, infirmière) ? Mise en place d'une stratégie pour aider le patient ?

La majorité des médecins font appel à des professionnels de la santé, comme les infirmières et aides-soignantes qui passent à domicile et contactent le médecin en cas de soucis. Le pilulier est un outil intéressant pour vérifier la prise du médicament.

Un généraliste témoigne de l'investissement des pharmaciens, qui sont plus souvent confrontés au problème.

5) Pensez- vous avoir le temps en consultation de mettre ce phénomène en évidence ? Oui-non ? Expliquez pourquoi ?

Tous reconnaissent prendre le temps qu'il faut pour s'assurer que l'information soit bien passée, par souci de gagner du temps lors d'autres consultations et d'éviter des erreurs de posologies graves.

6) Seriez-vous gêné d'en parler ouvertement à votre patient ? Et comment aborderiez-vous le sujet avec lui ? Oseriez-vous lui poser la question directement ?

Une moitié des participants disent ne pas oser poser la question directement. Les médecins utilisent des techniques pour mettre en évidence le problème, par exemple en demandant

au patient de lire le poids sur la balance, de lire la température sur le thermomètre. Ils se sentent démunis face à ce problème, car ils voient cela comme un tabou.
L'autre moitié des interrogés n'hésite pas à poser la question directement. Selon eux il faut mettre le patient en confiance, lui expliquer que ce n'est pas une tare, que les rapports entre soignant et soigné ne vont pas changer pour autant.
On se rend compte que les patients répondent ce qu'ils veulent. De même en ce qui concerne les questions touchant à leur consommation d'alcool et de tabac. Le médecin ne peut jamais être sûr de l'honnêteté de la réponse. La réaction des illettrés peut être très variable. Les femmes témoignent de leur difficulté de suivre des cours de lecture, car elles sont occupées à la maison.

7) Connaissez-vous des adresses où le patient peut apprendre à lire et écrire près de chez vous ?
La moitié a le sentiment de ne pas avoir assez d'adresses à disposition pour aiguiller la personne en difficulté de lecture.
Sur Bruxelles les adresses citées sont les suivantes :
- Instructions des femmes
- Atelier du soleil
- Maison de quartier
- Media femmes internationales
- Le guide social est un point de repère intéressant
- Certains cherchent sur internet.
- SAMPA (Service d'Aide aux Molenbeekois Primo Arrivants)
- La commune
- Centre d'analphabétisme inclus dans la structure, (par exemple, la maison médicale des Marolles « Entr'aide des marolles »).

8) Avez-vous déjà eu des mauvaises expériences suite à une personne illettrée face à son traitement ?
Personne ne s'est trouvé face à des situations graves allant jusqu'à une hospitalisation urgente. Les médecins interrogés ont plutôt le sentiment d'être passés à côté d'une pathologie aigüe ou d'avoir mal suivi une maladie chronique.
Un médecin cite les points positifs de l'illettrisme, la lecture des effets secondaires angoissants ou la lecture de blogs anxiogènes sur internet sont évités.
Par contre, le double emploi d'un médicament est un problème souvent observé par les médecins. Cette confusion est due au fait que les boîtes peuvent être différentes pour une même molécule. Exemple : avec des hypotenseurs, des anti-inflammatoires ou des anti acides gastriques.
Cela cause une augmentation des cas de maladies déséquilibrées au retour des vacances, tels des goitres ou glycémies augmentées.

Les maladies ne sont pas que l'origine du problème.. Une médecin met en évidence la difficulté d'aller voir un spécialiste. Le patient reçoit tellement de papiers qu'il s'y perd (le document de la carte santé du CPAS, le réquisitoire, le papier du rendez-vous, le mot du médecin). Elle cite le cas d'une patiente souffrant de métrorragies qui a mis plus de deux mois avant d'avoir une hystérographie tout simplement parce qu'elle ne donnait pas les bons papiers en arrivant au rendez-vous.
Un autre cas similaire s'est produit parce que la personne ne savait pas lire le plan pour arriver au bon endroit de consultation.

2. Tests ou outils de mise en évidence de l'illettrisme.

Il existe différents tests pour permettre de mettre en évidence la capacité d'un patient à gérer son traitement. Ceux-ci constituent une piste pour repérer l'illettrisme. La méthode idéale devrait être fiable, quantifiable, rapide à réaliser en cabinet de médecine générale et ne pas être une menace pour le patient. Elle devrait aussi renseigner le soignant quant à la présence d'un éventuel trouble cognitif et permettre au médecin de savoir où il doit agir pour faire passer son message.

Les questions sur le niveau d'étude ne constituent pas une information suffisante pour déterminer le niveau d'incapacité de lecture.

a. REALM test.

Dans la littérature, on retrouve un test fréquemment utilisé pour évaluer le degré de lecture, nommé le REALM test (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine, voir annexe3). Il se compose au départ de 125 mots restreints à 66 que les patients peuvent lire à haute voix. Sa réalisation prend 2 à 3 minutes. Le R REALM (R=revised) est une version simplifié de 7 mots qui permet de dépister en pratique les difficultés de lecture des termes médicaux. [10]
L'avantage de ce test est qu'il est rapide à réaliser.
L'inconvénient est qu'il nécessite un matériel bien spécifique.

b. TOFHLA test.

Il existe aussi le TOFHLA test [11]. Ce test est composé de 36 items à placer dans un texte médical troué. Le patient doit compléter par 4 possibilités données par un espace vide. Un patient ayant un niveau de lecture très élevé obtiendra 36 points. Entre 36 et 23 points, on considère la lecture adéquate ; entre 22-17, la lecture semble moyenne ; en dessous de 17, le niveau de lecture est insuffisant. Les personnes de niveau jugé moyen ou insuffisant ne comprendront donc pas toutes les informations médicales. La réalisation du test prend environ 7 à 12 minutes.
Les avantages et inconvénients sont identiques au REALM test.

c. DRUGS test.

Le DRUGS Test autrement appelé méthode du « sac brun », consiste en un questionnaire qui a pour but d'évaluer la connaissance de son traitement par le patient. C'est le DRUGS test (Drug Regiment Unassisted Grading Scale). On cerne le niveau de conscience vis-à-vis de sa pathologie et des soins que l'on y apporte. On demande au patient d'exécuter certaines tâches qui permettent d'évaluer son autonomie face à l'utilisation de ses médicaments. [12]

- reconnaître les médicaments
- ouvrir la boîte et/ou le flacon
- prendre le bon dosage
- indiquer sur une grille les moments de la journée où le remède doit être pris. Ce test est effectué pour chaque médicament. Le score maximum par médicament est de 4 points par tâche correctement exécutée ; le score total est converti en pourcentage
- Le test dure en moyenne 5 à 15 minutes

L'avantage du test est qu'il existe une corrélation entre les capacités cognitives et les capacités de lecture. De plus, il peut être réalisé au domicile du patient et il a impact direct sur l'observance du traitement.

d. MED Take Tool test.

Un autre test nommé le MED Take Tool utilise les médicaments du patient. Son but est d'analyser la capacité des patients à prendre leurs médicaments. Il est conçu pour une évaluation en pratique clinique lors de traitement chronique [12].
Le test consiste en ces différentes étapes :

- ouvrir le flacon et/ou la boîte
- faire semblant de prendre la première dose du jour
- décrire les indications du médicament
- donner les interactions avec la nourriture et l'eau
- préciser le nombre de comprimés et la prise dans la journée
- chaque médicament est coté sur 4, un point pour chaque réponse correcte. Le score total est converti en pourcentage.
- Le test dure environ 30-45 min

L'inconvénient de ce test est sa durée. Il est difficile de le réaliser pendant une consultation de médecine générale hors rendez-vous.

e. MMPT test.

Le MMPT (Medication Management Performance Test) met en évidence les problèmes de lecture, les troubles physiques et cognitifs. [12]
Il s'agit de :

- lire les instructions sur un flacon
- ouvrir un flacon standard
- lire et interpréter les instructions sur une boîte d'aspirine et donner la dose maximale autorisée
- calculer le nombre de jours de traitement restant dans la boite
- calculer le montant restant sur une somme d'argent donnée suivant le prix du médicament
- La durée du test n'est pas précisée et on ne calcule pas de score.

Ce test semble trop peu précis pour être retenu comme un test efficace pour le médecin généraliste. Il est un autre généralement utilisé chez les personnes âgées.

f. SOS screening.

Il existe dans la littérature un test simple nommé SOS qui permet, en trois questions précises, de cibler si la personne a des difficultés de lecture [13].
- **S** pour demander son niveau **S**colaire
- **O** pour demander l'**O**pinion à la personne sur ses capacités de lecture
- **S** pour demander si la personne a besoin d'un **S**upport/Soutien pour l'aider à lire

Ce test à l'inconvénient qui se base sur le niveau scolaire, qui n'est pas le principal facteur de d'illettrisme. L'avantage est qu'il ouvre le dialogue directement avec le patient sur ses capacités de lecture et évite au médecin de se cacher derrière une grille de questions qui stigmatise le patient.

g. Tableau regroupant les caractéristiques chez les adultes illettrés.

Une étude américaine nommée *Adults with severe reading and learning difficulties a challenge for the Family Physician* [10], a essayé de regrouper sous forme de tableau les caractéristiques les plus fréquemment observées chez les personnes adultes ayant des difficultés de lecture. Les voici :

Les caractéristiques retrouvées chez les adultes illettrés	
Troubles de mémorisation et d'attention	- difficulté d'apprentissage par cœur - besoin de différents supports pour apprendre de nouvelles informations - difficulté de se remémorer les rendez-vous - degré de distraction important - désorganisation - difficulté de concentration - hyperactivité - impulsivité
Troubles du langage	- difficulté d'expression - lacunes grammaticales - pauvreté du vocabulaire - formulation de phrases illogiques (incohérence de l'anamnèse médicale)
Troubles visuels et auditifs	- confusion droite et gauche - confusion des sons (mot par ex : front - pont) - inversion des lettres et des chiffres
Difficulté dans les relation sociale	- difficulté de tenir une conversation - incompréhension du comportement non verbal (intonation de la voix et grimace) - tendance à l'isolement social
Difficultés dans la vie courante	- difficulté à vivre au quotidien (lire l'heure, rendre la monnaie, prendre des transports,…)

h. Redflags.

On peut également citer le travail de Gilles Henrard sur *l'Analphabétisme et santé, mise au point à l'intention du médecin généraliste* [14] qui donne quelques points importants à observer (redflags) chez les personnes en difficulté de lecture.

Le patient :

- Demande de l'aide aux personnels soignants « j'ai oublié mes lunettes »

- Vient systématiquement accompagné

- Rate fréquemment ses rendez vous

- Suit mal son traitement

- Est incapable de nommer ou d'expliquer son traitement

- Postpose systématiquement ses prises de décisions face à un écrit

Lors de mes interviews, j'ai demandé aux généralistes leur avis sur ces différents tests, voici ce qui en ressort :

- Drugstest est retenu par tous, car ils le font déjà intuitivement lors de leur consultation.
- Les redflags sont retenus par tous.
- Trois médecins sur les cinq sont convaincus par le test SOS, qui tient compte de l'opinion du patient. Les deux autres médecins l'ont remis en question car le niveau scolaire est pris en compte, la scolarité n'étant pas un facteur déterminant de l'illettrisme.
- Le Realm n'est retenu par aucun des généralistes interrogés. Ils ne voient pas le lien avec l'illettrisme, puisqu'on demande la lecture de termes médicaux .
- Les Medtool et TOFHLA tests ont peu de succès, ils semblent trop scolaires et stigmatisants.

Personnellement, je me pose la question de savoir si ces outils sont adéquats. Le médecin se retranche derrière des jugements scientifiques qui ne font qu'augmenter la distance avec le patient, au lieu d'établir un dialogue et une relation de confiance qui permettrait d'aborder directement le sujet.

IV. TEMOIGNAGE.

J'ai organisé un groupe de discussion avec des adultes apprenants le français du groupe Alpha 500 de Namur. L'objectif était à nouveau d'apporter une démarche qualitative et non quantitative à ce travail. Il est très important pour moi d'intégrer les patients dans la discussion et l'analyse d'un tel sujet.

1. Objectifs.

Mes objectifs sont:

- recueillir des témoignages sur le vécu des patients en difficulté de lecture face aux soins de santé
- prendre note des solutions proposées par ces personnes en ce qui concerne la médecine générale.

2. Méthodologie.

J'ai travaillé avec un groupe de 14 personnes. Deux classes de niveau de lecture différent (faible et fort) se sont réunies dans une salle.
Les formateurs ont demandé leur accord aux apprenants et ont expliqué mes objectifs.
La rencontre a duré environ une heure.
Les enseignantes Madame Véronique Lambert et Madame Janvière Nahimana m'ont aidé à animer le débat.
La rencontre s'est organisée autour de questions précises et de questions ouvertes posées oralement par moi-même. (Voir annexe 1b)
Le débat a été enregistré sur dictaphone pour faciliter la prise de notes.
Une fiche signalétique anonyme a été laissée aux éducatrices en fin de séance pour récolter les données socio-économiques de chaque participant. (Voir annexe 1c)

3. Résultats et conseils donnés aux soignants.

Sur les 14 participants, 12 ont un médecin traitant**.**
La majorité semble à l'aise avec son généraliste et le consulte uniquement si leur état de santé semble préoccupant.
Sur tout le groupe, une seule participante a parlé directement de ses difficultés de lecture à son soignant.
Pour simplifier la rédaction des résultats récoltés, je vais répartir les réponses aux questions selon trois grands axes:
- les problèmes rencontrés en consultation
- les ressources utilisées pour faire face aux difficultés de lecture
- les conseils à donner au médecin traitant

a. Les problèmes rencontrés en consultation.

- Difficulté à lire l'écriture du médecin.
- Explications soumises trop rapidement par le généraliste lorsqu'il donne l'ordonnance.
- Gêne de demander au soignant de répéter les explications concernant la prise du traitement, surtout si il y a beaucoup de monde en salle d'attente.
- Incertitude face à l'utilité du médicament, car la notice n'est pas facile à lire.
- Mauvaise compréhension concernant le nombre de comprimés à prendre sur la journée. Exemple Si le praticien écrit 2x/j, le patient ne sait pas s'il doit prendre 2 comprimés en même temps ou les répartir sur la journée.
- Le médecin ne souligne pas assez souvent les contre-indications ou les effets secondaires des médicaments. Un jeune homme a témoigné qui ne savait pas que le valium et i'alcool n'étaient pas bon à mélanger et pouvaient être responsables de somnolences. Il éprouve des difficultés à lire et comprendre la notice dans la boîte du médicament en question.
-Le médecin n'explique pas clairement et utilise des mots compliqués pour expliquer les conséquences éventuelles des pathologies.

b. Ressources utilisées pour faire face aux difficultés de lecture.

- Le pharmacien est une personne importante qui peut réexpliquer le traitement.
- Le conjoint, les enfants, la famille, les amis sont autant de personnes qui peuvent venir en aide au patient.

c. Conseils à donner au médecin traitant

- Poser la question du niveau de lecture les patients n'éprouvent pas tous de la honte à ce sujet.
- Prendre le temps d'expliquer et de réexpliquer les choses, sinon le patient est gêné de reposer la même question.
- Faire preuve de patience avec le patient.
- Donner des conseils par téléphone : c'est encore plus facile à comprendre que par écrit et cela permet au patient de se souvenir de son rendez-vous.
- Dessiner pour faire comprendre le moment de la prise du médicament. Exemple dessiner un soleil et/ou une lune.
- Ecrire la posologie du traitement sur la boite.

- Utiliser les chiffres. Exemple : écrire 8h, 12h, 16h, 20h avec les jours de la semaine sous forme de grille et mettre une croix pour indiquer le moment de la prise du médicament.
- Donner un cahier où le médecin peut laisser un mot d'explication aux proches qui vont aider la personne en difficulté de lecture.
- Poser des questions au patient pour vérifier si tout est compris.
- Aider à rédiger certains documents administratifs. Exemple : pour le CPAS, trop de documents compliqués à lire.

A mon grand étonnement, les participants ne semblaient pas honteux de parler de leurs difficultés de lecture. Le fait de les avoir interrogés dans leur cadre d'apprentissage et d'avoir annoncé ma venue a peut-être permis de les mettre en confiance et d'avoir des échanges sincères et sans tabous.
Toutefois, en pratique de médecine générale (hors centre d'alphabétisation), l'approche doit être beaucoup plus difficile, ainsi en témoigne un médecin à qui j'avais demandé par mail s'il me serai possible d'interroger certains de ses patients susceptibles d'être en difficulté de lecture et d'écriture. « […] *l'illettrisme de certain patient est un sujet extrêmement délicat, que les patients abordent rarement avec leur médecin, jamais de leur propre initiative, et que nous ne découvrons toujours que tardivement ; nous ne pouvons parfois que le supposer. Cette question, quasi systématiquement, est entachée d'une grande honte pour les patients. Il ne nous est donc pas possible de leur demander une interview à ce sujet par une personne tierce, étrangère à la maison médicale. […]La position sociale du médecin et la représentation qui est véhiculée sur son niveau d'instruction sont vraisemblablement des freins majeurs pour ce type de patient. […] dans les groupes de rencontre […] les gens osent - souvent pour la première fois- prendre la parole en leur nom et dire leur avis […] »* (Voir annexe 7)

V. CONSEQUENCES.

« *L'illettrisme est un facteur important de non observance du traitement. Dans une étude américaine portant sur 152 personnes (…) la capacité à gérer correctement sa médication est significativement associée à l'illettrisme, en particulier l'aptitude à identifier les médicaments. Les patients insuffisamment alphabétisés avaient un risque de 10 à 18 fois supérieur d'être incapables d'identifier tous leurs remèdes.* » [15]

Il existe beaucoup de situations où l'illettrisme est un véritable handicap dans le système de soin de santé : identifier un médicament pour soi-même ou pour son enfant, connaitre les effets indésirables d'un traitement, retenir ses rendez-vous, comprendre les documents d'un consentement éclairé ou des campagnes de prévention, renvoyer les papiers d'assurance maladie… Il est important que le médecin sache reconnaître le niveau de compréhension du patient. Si le généraliste utilise trop de mots compliqués et n'est pas attentif aux difficultés de lecture de son patient, ce dernier risque de ne plus revenir et de chercher un autre soignant plus compréhensif. Cela peut entrainer un shopping médical…

L'utilisation d'exemples permet de mieux comprendre les conséquences de l'illettrisme sur certaines pathologies. Signalons que le domaine que les Anglos-saxons appellent « Health literacy » est le niveau d'analphabétisation dans le domaine de la santé. La frontière entre illettrisme et niveau analphabétisation n'est donc pas évidente à cerner.

Exemples de pathologies où l'illettrisme a un impact.

(Etudes américaines : misperceptions of medical understanding in low-literacy patient [15]*)*

a. Le cancer.

Dans le cadre du cancer, on constate généralement que les personnes avec un niveau de lecture plus bas sont plus touchées que ceux qui savent lire [15].L'étude américaine *misperceptions of medical understanding in low-literacy patient* montre que la majorité de cette population ne sait pas ce que signifie un check up, le terme *colon*, *tumeurs*, *sang* et *selles*. On se rend compte que plus de 90% de la prévention des cancers est abordée en médecine générale. Voici dans les grandes lignes la méthode et le résultat de cette étude. Le but est d'identifier si le généraliste, au cours d'une simple consultation au cabinet, est capable de déterminer les patients en difficultés avec la compréhension des termes médicaux. Un total de 155 patients de plus de 18 ans (sans inclure les sourds et muets ou les patients de type psychiatrique) et parlant l'anglais ont participé à cette étude (140 ont participé à l'étude et 15 ont décliné en dernière minute).

Les médecins avaient deux à trois ans d'expérience professionnelle et parlaient parfaitement anglais. Dans la salle d'attente avant l'entretien avec le docteur, les expérimentateurs ont collecté les données démographiques (sexe, âge, ethnie, niveau de scolarité des patients) et ont fait passer le test de TOFHLA (expliqué plus haut, point III.2.b). Le généraliste est interrogé après sa consultation; il lui est demandé d'évaluer le niveau de compréhension du patient sur une échelle de1 à 5 (où 5 correspond à une très bonne compréhension).

Données démographiques des patients.

- Age : 51+ /- 16,4 ans

- Sexe : Femmes : 89 (63, 6%) et Hommes : 51 (36,4%)

- Origine : Caucasiens : 122 (87,1) et Afro- Américain : 18 (12,9%)

- Parlant et lisant l'anglais : 140 (100%)

- Niveau d'éducation :

  - Haute école : 60 (42,8%)
  - Graduat ou équivalent : 48 (34,3%)
  - Collège ou collège gradué : 32 (22,9%)

- S TOFHLA :

  - Score inadéquat (0-16 points) : 21 (15%)
  - Score marginal (17-22 points) : 13 (9,3%)
  - Score adéquat (23-36 points) : 106 (75,7%)

Cette étude montre que le médecin n'a pu identifier que 47% des patients considérés comme illettrés alors que le test TOFHLA en a cerné beaucoup plus (75,5%). Cela entraîne des soucis dans la mise en place du traitement, et dans sa compliance et cause parfois des erreurs graves. L'étude souffre de limitations méthodologiques : la population n'est pas représentative et ne constitue pas la patientéle habituelle du généraliste. Il n'y a pas de sélection randomisée donc un biais de sélection existe. Les conclusions de l'étude sont les suivantes: le généraliste n'arrive pas bien à différencier les patients à difficultés, il subsiste un réel problème de communication notamment par manque de compréhension des termes utilisés. Le médecin traitant doit prendre en compte ces différents points et tenter de trouver des solutions ; Il doit par exemple s'efforcer de s'exprimer à l'aide d'un vocabulaire simple, d'expliquer le traitement avec des images et/ou des vidéos de courte durée, d'utiliser des livres spécifiques aisément compréhensibles par le patient. Ces attentions permettront au malade de mieux comprendre sa pathologie et ainsi de mieux la soigner.

b. Le sida.

Il existe encore d'autres études reliant la mauvaise santé au degré d'illettrisme. *« Chez les patients atteints du sida, les illettrés auraient un taux de lymphocytes CD4 plus bas, une charge virale plus haute, des prises d'antirétroviraux moins rigoureuses, des hospitalisations plus fréquentes, et un niveau de santé ressenti plus bas… »* [14].

c. Le diabète.

Un autre exemple est celui du diabète [16]. Le diabète est une pathologie chronique complexe qui nécessite que le patient sache lire ses glycémies et comprenne bien son traitement, afin d'être le plus autonome possible et d'éviter une dégradation accélérée de sa santé. Une étude américaine montre que les personnes diabétiques ayant des difficultés de lecture ont des glycémies mal contrôlées, des LDL plus élevés, des rétinopathies et des complications cérébrovasculaires plus fréquentes. *Par exemple, 38% seulement des personnes ayant une faible compétence en matière de santé connaissaient les signes et symptômes d'une hypoglycémie par rapport à 73% des personnes ayant une compétence adéquate.* Ces personnes ont également des difficultés au niveau de la communication orale (compréhension ardue des explications médicales).

d. Autres exemples : gestion de la coagulation, asthme, contraception.

D'autres données américaines témoignent d'une certaine corrélation entre l'illettrisme et l'impact déficient d'un traitement dans les maladies chroniques, telles que la gestion de la coagulation (variation importante de l'INR) et l'asthme. La prise correcte d'un contraceptif oral est aussi influencée par le degré de lecture du patient. [17]

VI. SOLUTIONS.

Malgré la complexité de ce sujet en médecine générale, de nombreuses solutions peuvent être mises en place. En voici quelques-unes que le généraliste, les médias et les associations d'alphabétisation peuvent donner.

1. Sensibiliser les professionnels de santé.

Je pense que l'essentiel est d'inculquer tout d'abord au personnel soignant un réel respect de ces personnes, ainsi que l'envie de s'assurer que l'information médicale est correctement comprise par le patient. Il est important que les médecins comprennent qu'un traitement mal suivi peut résulter tout simplement un manque de compréhension de la part du patient. La méthode dite du « teach back » [14], qui consiste à vérifier la compréhension d'un nouveau concept en demandant au patient de le restituer, est une technique utile. Il est également important de limiter le nombre d'informations données par consultation et de les répéter à chaque contact. Le médecin doit garder son empathie et doit encourager le patient à participer à ses soins.

2. Aider les adultes en difficulté à améliorer leur capacité de lecture.

Il est essentiel que soient mis en place des programmes au niveau gouvernemental concernant l'éducation des adultes en difficulté de lecture. On peut orienter les personnes vers des associations telles, *Lire et Ecrire, Alpha santé, Atelier du soleil, ATD quart monde.* (Voir adresses sur Bruxelles et Namur à l'annexe 4)

Historiquement ces centres d'alphabétisation existent depuis les années 60. Au départ des bénévoles avaient mis cela en place pour les populations migrantes. Et dans les années 80, *ATD quart monde* et le Collectif d'Alphabétisation ont constaté la persistance de l'analphabétisme parmi la population belge et ont attiré l'attention des pouvoirs publics et des mouvements ouvriers sur ce problème.

Actuellement, en communauté française, des cours de lecture sont organisés par des écoles de promotion sociales, par le CPAS, et par environ 150 associations. Ces associations sont financées par les pouvoirs publics belges, principalement ceux de la communauté française, de la région Wallonne, région Bruxelles-capitale et ainsi que par des financements européens.

3. Distribuer des livrets pédagogiques accompagnés d'un encadrement (exemple ceux d'Atelier du soleil).

Ces livrets abordent des faits de la vie quotidienne. Ils ont été créés suite à une demande des apprenants de l'association Atelier du soleil. Trois récits ont été publiés, illustrant des mésaventures liées à la vie quotidienne : bons de mutuelle ou constat d'accident à remplir et factures de gaz ou d'électricité à payer. Ces récits sont accompagnés d'un support vidéo (*collection sans soucis de la vie quotidienne*). De ce matériel pédagogique découlent des jeux de formulation en séparant les images et le texte, des exercices où il faut classer des images en ordre logique, des jeux de rôles, des écrits de la vie quotidienne…

Personnellement, je trouve ce système très didactique et concret. Il permet aux personnes en difficultés de lecture d'apprendre rapidement et de façon ludique des notions fondamentales dans la vie de tous les jours.

4. Faire appel aux médias.

La radio ou la télévision sont d'excellents outils pour promouvoir des messages de prévention. Je pense à des spots diffusés avant le journal télévisé au moment où il y a un plus grand nombre de téléspectateurs.

5. Apprentissage de sa pathologie grâce aux ordinateurs.

Des données canadiennes [18] montrent que grâce à des programmes informatisés spécialisés l'illettré comprend mieux la pathologie dont il souffre. Cette nouvelle technique de communication prend de plus en plus de place dans le domaine médical et son efficacité a été démontrée. Ce genre de programme d'éducation à la santé est fructueux, car il se base sur la participation du patient, c'est-à-dire que celui-ci reste actif lors de sa formation. Cette méthode permet au patient de prendre pleinement conscience de sa santé. D'après cette étude les pharmacies et les cliniques médicales seraient les endroits adaptés pour implanter ces programmes. Les professionnels de la santé pourraient dès lors avoir des supports intéressants à présenter à leur patient, afin de mieux lui faire comprendre sa pathologie et le traitement nécessaire.

6. Prévoir des formes de communications efficaces en groupe.

Il est imaginable de travailler en groupe avec d'autres personnes de la collectivité (patients, soignants, éducateurs, sociologues) en les invitant (« méthode participative ») à enseigner aux autres leur savoir, leur vécu de la maladie autour d'une activité laissant place à l'oral. les comportements et attitudes des patients peuvent s'en trouver modifiés, entre autre dans le sens d'une plus grande responsabilité envers leur propre santé. Ce mode de communication se retrouve dans les maisons médicales sous le nom de « santé communautaire ».

De mon expérience personnelle en tant qu'assistante à la maison médicale le noyer, je peux témoigner des activités organisées dans le cadre de la santé communautaire. Des réunions d'informations sont organisées à propos du diabète. Celles-ci rassemblent les diabétiques inscrits à la maison médicale, des médecins du quartier et une diététicienne. Le but est d'informer les patients de l'importance de la nutrition dans la gestion de cette pathologie. Cela permet également d'offrir un espace de rencontre où les patients souvent issus d'une même classe sociale peuvent discuter à l'aise et sans jugements de leur vécu. A partir de là se sont mises en place d'autres activités, notamment ceux d'un atelier cuisine. Une fois par semaine, un groupe d'une douzaine de personnes assistée par une diététicienne se réunir et élaborer une recette de leur choix. C'est encore une fois une façon simple pour les personnes en difficulté de lecture et d'écriture de faire de la prévention sur leur santé.

7. Poser des questions au patient et laisser le patient poser ses questions.

En utilisant un questionnaire précis et bref, le médecin peut voir si son patient à compris le traitement administré. Le patient amène en consultation chaque boîte de médicament et il lui est demandé d'en donner le nom, l'indication, le dosage, le nombre de prise… Lors des visites à domicile le généraliste peut mieux se rendre compte de l'état et de l'organisation de la pharmacie de son patient. Il est important de rester à l'écoute des questions du patient. Il faut tenir compte de la complexité de certains traitements et essayer de diminuer le nombre de médicaments et de simplifier la prise au maximum. Il est également nécessaire d'éviter des packagings similaires qui peuvent induire le patient en erreur.

8. Importance de l'aide extérieure.

La famille, l'infirmière et l'aide familiale, constituent des supports essentiels pour le patient. Ils peuvent lui réexpliquer ce qu'il a mal compris et vérifier la prise du traitement. Ils peuvent également communiquer au médecin le bon fonctionnement ou non du médicament.

9. Les piluliers.

Le prix des piluliers traditionnels ou électroniques varient de 40 à 500 euros. Les piluliers électroniques, encore peu répandus, sont composés de 28 compartiments (7 jours et 4 prises) avec système sonore et/ou lumineux qui indique le moment de la prise ; certains ont même un lien sur internet pour prévenir la personne de référence. Il est évident que le coût de ce genre de système entrave son expansion parmi la population en besoin.

10. Utiliser des phrases imagées.

Le patient peut facilement visualiser sa pathologie et son traitement, si le médecin lui formule des phrases imagées en rapport avec des objets du quotidien. Exemple : « l'aorte c'est comme un pneu, il éclate il est trop gonflé, il est donc important de prendre son médicament contre la tension ». [19]

Dans ma pratique quotidienne, j'essaye d'appliquer le plus possible cette technique. Mais il est difficile de se mettre à la place de notre interlocuteur. Des exemples qui nous paraissent simples peuvent s'avérer compliqués pour le patient.

11. Utilisation de pictographies/pictogrammes.

Une étude clinique nommée *Development of pictographs depicing medications use instructions for low literacy medical clinic ambulatory de* Chuang MH, Lin CL, Wang YF, Cham TM, (Juin 2010) [20] a élaboré plusieurs types de pictographies sur base de quatre traitements différents, un premier à usage externe, un deuxième à prendre à un moment précis de la journée, un troisième à prendre en fonction des repas (avant, pendant et après le repas) et un quatrième qui faisait intervenir une quantité de pilules. On se rend compte qu'il est compliqué d'engendrer une compréhension commune au médecin et au patient devant ces images (des facteurs comme l'âge et la culture du patient peuvent également jouer un rôle dans l'analyse de ses images). Souvent, le généraliste ne donne pas suffisamment d'informations orales ou écrites sur la médication à prendre. Les questions importantes aux yeux des patients sont : « Combien de fois par jour et combien de pilules par jour faut-il prendre ? ». Il peut donc être intéressant de rendre habituelle l'utilisation de ces images dans la pratique quotidienne du médecin. (Voir annexe 5).

Le centre médico-psycho-social des Marolles « Entr'Aide des Marolles », utilisent aussi le système d'images. Les médecins, dentistes, infirmières, diététiciennes, kinés, psychologues ont tous un logo et une couleur qui leur sont propre. Cela permet aux patients de ne pas se tromper de lieu de rendez-vous ni de personne. (Voir annexe 6).

12. Prévenir le décrochage scolaire.

Le médecin généraliste doit rester attentif à la scolarité des enfants et adolescents. Des absences répétées à l'école sont les prémices d'un décrochage scolaire.

VII. CONCLUSION.

Il est intéressant de retenir de ce travail que :

- l'illettrisme est plus fréquent qu'on ne le pense ;

- il existe un lien socioéconomique entre le niveau de lecture et la santé ;

- le médecin généraliste, personne en première ligne des soins, doit avoir une place privilégiée dans la prise en compte de cette thématique.

On constate qu'il est difficile de déterminer précisément si les patients sont illettrés ou analphabètes, car cette distinction est très complexe à observer dans les faits concrets. Les diverses causes de l'illettrisme rendent complexe la mise en place de solutions. En effet, ce phénomène est difficilement repérable, notamment en raison des techniques utilisées par le patient en difficulté de lecture.

Le faible niveau scolaire n'est pas l'unique cause des difficultés de lecture, mais il y contribue en grande partie. L'éducation nationale a un rôle important à jouer. Il faut miser sur la prévention primaire, afin d'éviter que ce « phénomène » n'apparaisse, L'école doit mettre en place des programmes de soutien scolaire beaucoup plus tôt et former les parents à mieux détecter les premiers signes de difficultés de lecture chez leur enfant. Le généraliste doit être attentif au décrochage scolaire.

Le secteur de la santé peut aussi agir sur ce problème, car est important de reconnaître que l'illettrisme à un impact sur l'état de santé de nos patients. On observe des comportements inadéquats : la peur d'aller consulter directement un médecin, la mauvaise prise du médicament, le manque de lisibilité de l'écriture du soignant, l'incompréhension des effets secondaires, la difficulté d'autogestion des maladies chroniques (cancer, sida, diabète, asthme…). Il est donc essentiel pour le généraliste d'améliorer la communication avec sa patientèle. On peut se poser la question de savoir si l'évaluation du degré de lecture doit se faire à travers tous les tests cités plus haut. Néanmoins, ces tests peuvent être gênants pour le patient, car trop catégoriques. Ne peut-on pas rester tout simplement humain (comme le suggère les apprenants du groupe alpha que j'ai rencontré) et demander dans une relation de confiance établie à son malade « êtes-vous à l'aise avec l'écriture et la lecture ? ».
Il est indispensable que le médecin généraliste possède cette information au même titre que le DMI et la tension artérielle.

VIII. BIBLIOGRAPHIE.

[1] *Définition de l'analphabétisation et de l'illettrisme.* Dictionnaire le Petit Robert. Année 1997.

[2] *Etats des lieux de l'alphabétisation en communauté française Wallonie-Bruxelles.* Comité de pilotage permanent sur l'alphabétisation des adultes. Quatrième exercice. Année 2007-2008. (Pages 10-27)

[3] *Questions sur l'alphabétisation.* Brochure de lire et écrire. Septembre 2003. (Pages 14 à 17)

[4] *Sociologie de la maladie et de la médecine.* Philippe Adam, Claudine Herzlich. Edition : Armand Colin (collection 128). Année 2007-2009. (Pages 40 à 73)

[5] Fondation roi Baudouin, communiqué de presse, 31/05/2007.

[6] *Effets du niveau d'alphabétisme sur la santé des Canadiens et des Canadiennes.* Etude de profil. BURT PERRIN ASSOCIATES, Ontario ; Année 1998.

[7] *Analphabétisme et santé.* GOFFINET S-A. In : journal de l'alpha n°164. (Pages 66-74)

[8] Mémoire d'enseignement supérieur pédagogique de promotion sociale et de type court, *Education à la santé et alphabétisation: deux combats parallèles.* TOUNGOUZ NEVESSIGNISKY N. Année 2000-2001.

[9] Journal du médecin. Laima Baiche. 26 décembre 2010

[10] *Adults with severe reading and learning difficulties : a challenge for the Family Physician.* Mary S., Kelly, PhD and Ruth Gottesman. In: Adults with learning destabilities. May-June 1997; volume 10 (number 3). (Pages 199 à 205)

[11] *The single Item Literacy Screener: Evaluation of a brief instrument to identify limited reading ability.* Nancy S Morris, Charles D Maclean, Lisa D chew and Benjamin Littenberg. In: BMC Family Practice. March 2006; volume 7 (number 21). (Pages 1 à 7; page number not for citation purposes)

[12] TFE : *Outils et méthodes d'évaluation de l'observance : pertinence et faisabilité chez les personnes âgées en médecine générale.* Dr P.HUMBLET (Université de Liège, 2009-2010). (Pages 11 et 20 à 23)

[13] *Screening questions to predict limited health literacy. A cross sectional study of patients with diabetes mellitus.* Kelly Marvin Jeppesen, MPH, James D Coyle, PharmD, William F, Miser, MD, MA. In: Annals of family mdedicine. January/February 2009, volume 7 (number 1). (Pages 24 à 31)

[14] TFE : *Analphabétisme et santé.* Gilles Henrard, (Université de Liège, 2005-2007). (pages 5 et 6 ; pages 31 à 33)

[15] *Misperceptions of medical understanding in low-literacy patients, implication for cancer prevention.* Edwin S, Rogers, PhD, Lorraine S, Wallace, Barry D, Weiss, MD. In: Cancer control, july 2008; volume 13 (number 3); (Pages 225 à 229)

[16] *Impact des faibles compétences en matière de santé sur les résultats du diabète,* Lisa D Chew, In : Diabetes voice, octobre 2004, volume 49 (number 3). (Pages 30 à 32)

[17] *Impact of health literacy on health outcomes in ambulatory care patients : a systematic review.* Darcie L Keller, Julie Wright, heather A Pace. In: The annals of pharmacotherapy, septembre 2008, volume 42. (Pages 1272 à 1281)

[18] *Evaluation de l'applicabilité des nouvelles technologies de l'information et de la communication dans le domaine de l'éducation à la santé des adultes peu alphabétisés atteints de maladies cardiovasculaires,* Groupe de recherche Alpha santé, université Laval, (juin 2002)

[19] « *Docteur, ils parlent tous médecin ici ! », la santé du cœur ches les apprenants de Liré ét Ecrire,* Prévost Marianne, (Octobre 2009)

[20] *Development of pictographs depicing medications use instructions for low literacy medical clinic ambulatory.* Chuang MH, Lin CL, Wang YF, Cham TM. In : Journal of managed care pharmacy, JMPC, June 2010, volume 16 (numéro 5). (Pages 338 à 345)

IX. ANNEXES

ANNEXE 1 :

a) Questionnaire sur l'illettrisme en médecine générale. (Vision des médecins généralistes)

Données personnelles :

- Âge :
- Sexe :
- Lieu de travail : maison médicale ou cabinet solo
- Années d'expériences : 0-5ans ; 6-10 ans ; 11-15ans ; 16 ans et plus

1) Pourriez –vous donner un pourcentage des personnes ne parlant pas français sur votre patentèle globale ?
2) Comment vérifiez-vous que vos patients ont bien compris l'information donnée ?
3) Expérience personnelle : avez-vous déjà été confronté à une situation d'illettrisme ? (Décrire le cas)
4) En avez-vous déjà discuté avec d'autres professionnels de la santé ? (Exemple : kiné, infirmière, pharmacien…Expliquez) Mise en place d'une stratégie pour aider le patient ?
5) Pensez-vous avoir le temps en consultation de mettre ce phénomène en évidence ? Oui-non ? Expliquez pourquoi ?
6) Seriez-vous gêné d'en parler ouvertement à votre patient ? Et comment aborderiez-vous le sujet avec lui ?
7) Oseriez-vous lui poser la question directement ?
8) Connaissez-vous des adresses où le patient peut apprendre à lire et écrire près de chez vous ?
9) Avez-vous déjà eu des mauvaises expériences suite à une personne illettrée face à son traitement ?
10) Avis sur les différents tests de dépistage (voir TFE), lequel semble intéressant ?

b) Questionnaire sur l'illettrisme en médecine générale. (Témoignage de personnes illettrées)

Données personnelles :

- Sexe :
- Age :
- Pays d'origine ;
- Langue maternelle ;
- Années de fréquentation du centre :
- Situation socio professionnelle/ travail :
- Années/niveau d'études :

(- Quelles sont pour vous les raisons de votre difficulté de lecture et d'écriture ? Votre entourage est-il dans la même situation ?)

Questionnaire

Questions posées en faisant le tour de table (en groupe) :

1) Avez-vous un médecin traitant ?
2) Etes-vous à l'aise en consultation avec votre médecin traitant ? La lecture est-elle une épreuve en consultation?
3) Comprenez-vous facilement ce que votre médecin traitant vous explique ?
4) Aimeriez-vous que votre médecin traitant vous pose la question de votre degré de lecture ?
5) Avez-vous déjà abordé le sujet de difficulté de lecture et d'écriture avec votre médecin généraliste ?
6) Attendez-vous longtemps avant de consulter votre médecin traitant ?
7) Osez-vous lui poser des questions ?
8) A qui vous adressez vous, si vous n'avez pas compris votre traitement ?
9) Venez-vous seul en consultation ou accompagné ?
10) Est-ce difficile pour vous de comprendre votre traitement ?
11) Avez-vous déjà eu des conséquences graves lors de la prise d'un médicament ? (Achetez-vous vos médicaments sans ordonnances ?)

Thèmes abordés avec questions ouvertes :

- Quelles sont les aides que vous utilisez pour faire face à vos difficultés de lecture (chez le généraliste et dans la vie quotidienne) ?
- Quel est votre comportement face aux soignants ?
- Quels conseils pouvez-vous donner aux soignants s'ils sont en face de quelqu'un en difficulté de lecture ?

- Accepteriez-vous qu'on vous pose la question directement de votre de difficulté de lecture ? Et quelle réponse donneriez-vous ?

c) Données socio-économiques du groupe d'alphabétisation de Namur, alpha 5000.

Cette partie a été remplie après ma visite au centre alpha 500 à Namur. Malheureusement les 14 fiches des données personnelles n'ont plus été retrouvées au centre alpha.
Les éducatrices ont donc essayé de rassembler pour chaque groupe les informations demandées. Je vous les transmets tel que je les ai reçues.

Groupe 1 : « niveau non lecteurs »

- Nombre de participants : 12
- Sexe : mixte (hommes et femmes)
- Age : de 19 à 49 ans
- Pays d'origine :
    - ° Afrique centrale
    - ° Madagascar
    - ° Togo
    - ° Sénégal
    - ° Guinée
    - ° Gambie
    - ° Mauritanie
    - ° Maroc
- Langue maternelle : français, anglais, dialecte
- Envie de fréquenter le centre ? oui
- Années de fréquentation du centre : environ 2 ans
- Situation socio-professionnelle :
    - ° Chômeurs
    - ° Sans papiers
    - ° Mère au foyer
    - ° VIPO
- Années d'études : environ troisième primaire (enseignement belge)
- Quelles sont les raisons des difficultés de lecture et écriture ? Votre entourage est-il dans la même situation ?
    - ° Problèmes familiaux
    - ° Problèmes culturels
    - ° Pas de scolarité possible à cause de problèmes financiers
    - ° Pas d'infrastructures adéquates
    - ° Mauvaise santé
    - ° Délinquance
    - ° Priorité de survie, si provient d'un pays en guerre, pas de place pour l'école

L'entourage n'est pas toujours dans la même situation, souvent les enfants s'en sortent mieux.

Groupe 2 « Niveau écrit 1 »

- Nombre de participants : 15
- Sexe : mixte
- Age : de 18 à 52 ans
- Pays d'origine :
    - ° Belgique
    - ° France
    - ° Afrique
    - ° Italie
- Langue maternelle : français, italien, dialecte africain
- Envie de fréquenter le centre ? Oui et non > CPAS l'impose
- Années de fréquentation du centre : de 1 à 4 ans
- Situation socio professionnel :
    - ° Chômeurs
    - ° Titre service
    - ° Dépendants du CPAS ou de la mutuelle
- Années d'études : la majorité à son diplôme des primaires, mais pas d'enseignement spécialisé
- Quelles sont les raisons des difficultés de lecture et écriture ? Votre entourage est-il dans la même situation ?
    - ° Certain ont dû travailler très jeune
    - ° S'occuper de la famille (frère, sœur, parents, grands parents)
    - ° Désintérêt pour les études
    - ° Enfants placés car parents endettés
    - ° Manque de suivi par l'école
    - ° Racisme
    - ° Désintérêt pour les études suite à des soucis psychologiques (décès parents)
    - ° Retard mental
    - ° Handicap, dyslexie, dyscalculie

ANNEXE 2 :

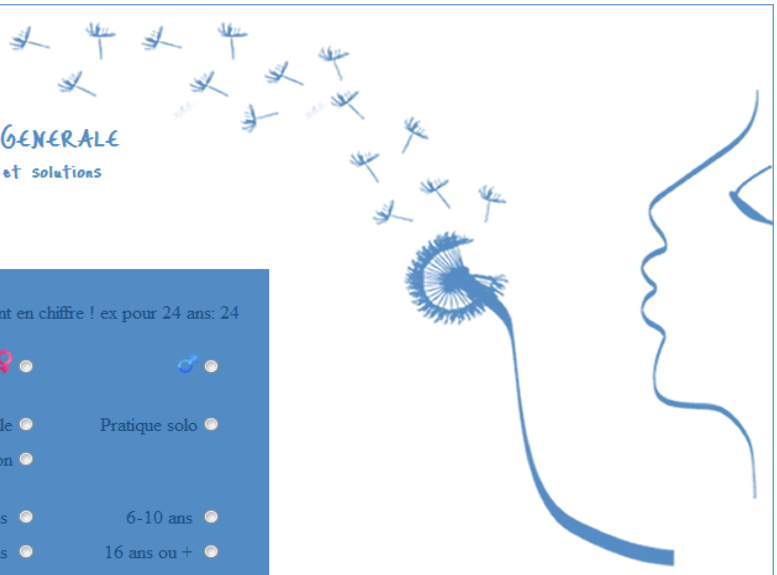
a) Questionnaire internet :

Données personnelles :

- Âge :
- Sexe :
- Lieu de travail : maison médicale ou cabinet solo
- Années d'expérience : 0-5 ans ; 6-10 ans ; 11-15 ans ; 16 ans et plus

Questions :

1) Dans ma pratique, je rencontre des patients illettrés ? Oui ; Non ; je ne sais pas
2) J'ai déjà cherché ou demandé de l'information à ce sujet ? Oui ; Non ; Je ne sais pas
3) Dans ma pratique, je vérifie que mes patients comprennent l'information que je leur donne verbalement ? Oui ; Non ; Je ne sais pas
4) Dans ma pratique, est ce que je donne une information écrite à mes patients concernant le traitement discuté en consultation? Oui ; Non ; Je ne sais pas
5) Dans ma pratique, je complète l'information verbale par de la documentation médicale écrite ciblée (dépliant sur un sujet précis de santé. Exemple : prévention, diabète…) ? Oui ; Non ; Je ne sais pas
6) Dans ma pratique, je fais appel à une tierce personne, si l'information donnée à mon patient est mal comprise ? Oui ; Non ; je ne sais pas
7) Dans ma pratique, je donne aux personnes peu alphabétisées des documentations simples et adaptées ? Oui ; Non ; Je ne sais pas
8) J'utilise le support (internet, lectures…) pour me procurer des informations concernant l'illettrisme ?
Oui ; Non ; Je ne sais pas
9) Je trouverais intéressant de développer un programme informatisé d'éducation à la santé qui s'adresse à des personnes peu alphabétisées ? Oui ; Non ; Je ne sais pas
10) Je trouverais intéressant de développer dans mon quartier des réunions d'éducation à la santé qui s'adresse à des personnes peu alphabétisées ? Oui ; Non ; Je ne sais pas
11) Je connais des organisations d'illettrisme près de chez moi ? Oui ; Non ; Je ne sais pas



L'illettrisme en médecine générale

Mise en évidence, conséquences et solutions

Données statistiques

Age* Uniquement en chiffre ! ex pour 24 ans: 24

Sexe* ♀ ○ ♂ ○

Lieu de travail* Maison médicale ○ Pratique solo ○ Association ○

Années d'expérience* 0-5 ans ○ 6-10 ans ○ 11-15 ans ○ 16 ans ou + ○

* Tous les champs marqués d'une étoile sont obligatoires

Questionnaire

1 - Dans ma pratique, je rencontre des patients illettrés ? *

Oui ○ Non ○ Je ne sais pas ○

2 - J'ai déjà cherché ou demandé de l'information à ce sujet ? *

Oui ○ Non ○ Je ne sais pas ○

3 - Dans ma pratique, je vérifie que mes patients comprennent l'information que je leur donne verbalement ? *

Oui ○ Non ○ Je ne sais pas ○

4 - Dans ma pratique, est ce que je donne une information écrite à mes patients concernant le traitement discuté en consultation? *

Oui ○ Non ○ Je ne sais pas ○

5 - Dans ma pratique, je complète l'information verbale par de la documentation médicale écrite ciblée (dépliant sur un sujet précis de santé. Exemple : prévention, diabète…) ? *

Oui ○ Non ○ Je ne sais pas ○

6 - Dans ma pratique, je fais appel à une tiers personne, si l'information donnée à mon patient est mal comprise ? *

Oui ○ Non ○ Je ne sais pas ○

7 - Dans ma pratique, je donne aux personnes peu alphabétisées des documentations simples et adaptées ? *

Oui ○ Non ○ Je ne sais pas ○

8 - J'utilise le support (internet, lectures…) pour me procurer des informations concernant l'illettrisme ? *

Oui ○ Non ○ Je ne sais pas ○

9 - Je trouverais intéressant de développer un programme informatisé d'éducation à la santé qui s'adresse à des personnes peu alphabétisées ? *

Oui ○ Non ○ Je ne sais pas ○

10 - Je trouverais intéressant de développer dans mon quartier des réunions d'éducation à la santé qui s'adresse à des personnes peu alphabétisées ? *

Oui ○ Non ○ Je ne sais pas ○

11 - Je connais des organisations d'illettrisme près de chez moi ? *

Oui ○ Non ○ Je ne sais pas ○

Commentaire(s) (facultatif)

* Tous les champs marqués d'une étoile sont obligatoires

Réinitialiser le formulaire | Envoyer

Questionnaire réalisé par le Dr. Kasel Maude

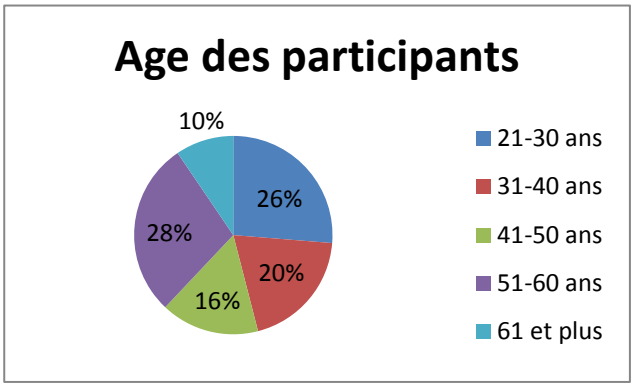
Powered by FDWEB

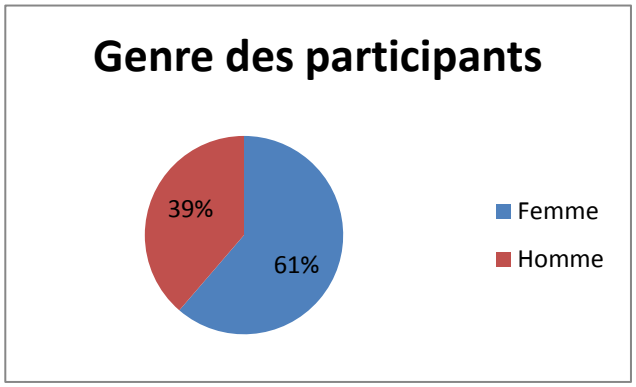
b) Résultats du questionnaire internet :

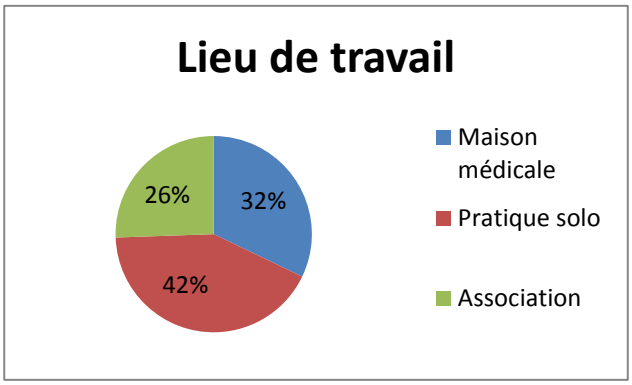
Voici les résultats récoltés lors de mon questionnaire envoyé par internet.

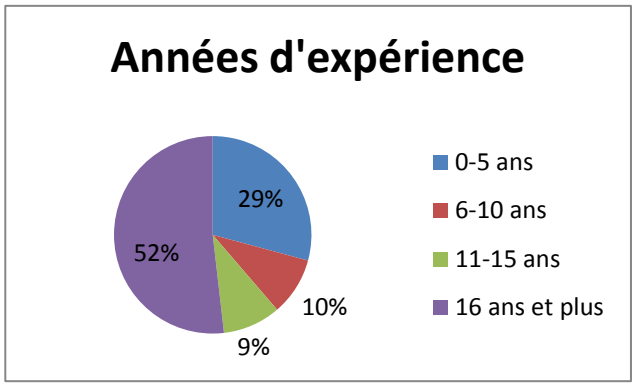
J'ai eu 137 réponses, avec une moyenne d'âge de 43 ans.

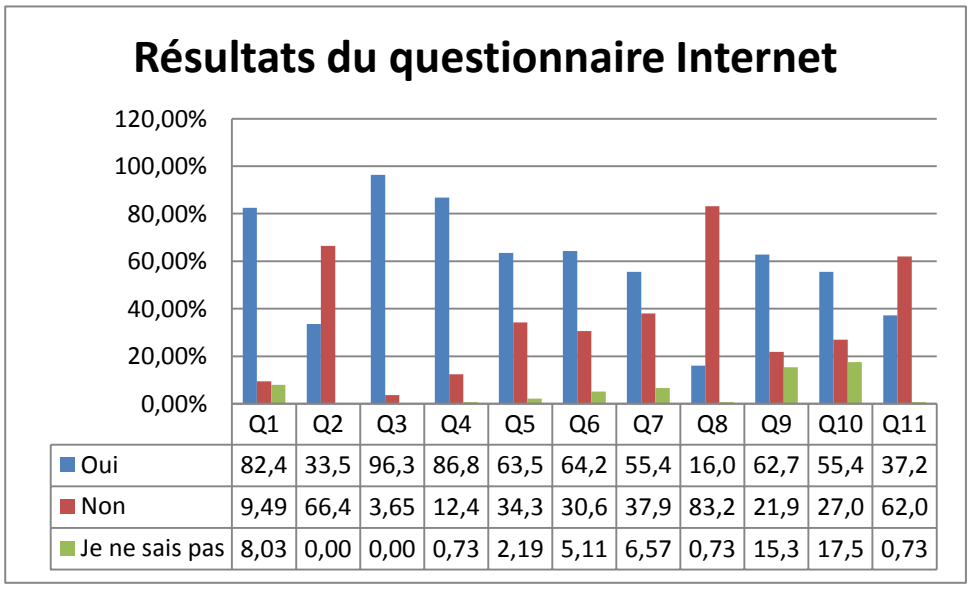
Voici sous forme de graphiques les données récoltées :











	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11
Oui	82,4	33,5	96,3	86,8	63,5	64,2	55,4	16,0	62,7	55,4	37,2
Non	9,49	66,4	3,65	12,4	34,3	30,6	37,9	83,2	21,9	27,0	62,0
Je ne sais pas	8,03	0,00	0,00	0,73	2,19	5,11	6,57	0,73	15,3	17,5	0,73

ANNEXE 3 : REALM test

On invite le patient à lire une liste de mot. On commence par trois mots faciles pour mettre le patient à l'aise et qui ne seront pas pris en compte dans le texte. Exemple : pilule, graisse. ….

On demande au patient de lire les mots dans la liste qui suit. Donner une feuille avec la liste des mots (sans les cadres pour inscrire le score) en ajoutant au début trois mots faciles (pilule, graisse, grippe) qui serviront à mettre le patient à l'aise et qui ne seront pas pris en compte dans le score.

Dites en guise d'introduction : « je voudrais vous entendre lire autant de mots que vous pouvez dans cette liste ; en commençant par le premier : merci de lire à haute voix ; si un mot vous pose problème, dites le comme vous pouvez ou dites « je passe » et passez au mot suivant »

Ménopause	☐
Antibiotiques	☐
Exercice	☐
Ictére	☐
Rectal	☐
Anémie	☐
Comportement	☐

Si le patient prend plus de 5 secondes pour lire un mot, dites «passe» et indiquez le mot suivant sur la liste si nécessaire. Score: 1 point par mot lu correctement et dans les temps.

Score 0 : ne pourra lire les instructions ou l'information écrite ; il faudra que les instructions orales lui soient répétées plusieurs fois ; utilisez éventuellement des illustrations.

Score 1 à 3 : pourra utiliser du matériel d'éducation simple, pourrait ne pas être capable de lire les instructions écrites sur les boites de médicaments.

Score 4 à 6 : se débrouillera avec le matériel d'éducation : ne sera pas offensé si on lui présente du matériel d'éducation très simple.

Score 7 : pourra lire tout type de matériel d'éducation.

La mesure du niveau d'alphabétisation en santé.

Deux outils, sont principalement utilisés pour quantifier le niveau d'alphabétisation en santé des patients.

Le **REALM** (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine) est un test d'une ou deux minutes qui mesure la capacité d'un patient à reconnaître et prononcer des termes communs ayant trait à la médecine et la santé

.

Scores and Grade Equivalents for the REALM Questionnaire

Grade equivalent	
Raw score	*Grade range*
0 to 18	Third grade and below; will not be able to read most low-literacy materials; will need repeated oral instructions, materials composed primarily of illustrations, or audio or video tapes
19 to 44	Fourth to sixth grade; will need low-literacy materials, may not be able to read prescription labels
45 to 60	Seventh to eighth grade; will struggle with most patient education materials; will not be offended by low-literacy materials
61 to 66	High school; will be able to read most patient education materials

Figure 1. Rapid estimate of adult literacy in medicine (REALM).

Reprinted with permission from Health literacy: A prescription to end confusion. Institute of Medicine, 2004. Accessed online July 8, 2005, at: http://www.nap.edu/books/0309091179/html/301.html.

Le **TOFHLA** (Test of Functional Health Literacy in Adults) est un test d'une vingtaine de minutes qui utilise des supports d'information écrits hospitalier pour tester la compréhension à la lecture et la capacité à calculer des patients. Il est disponible en Anglais et en Espagnol. Il existe une version courte du test (S-TOFHLA) qui prend 10 à 15 minutes.
Les niveaux d'alphabétisation en santé sont qualifiés de « inadequate », « marginal » ou « adequate ».

Ces 2 outils, comme les outils utilisés dans les études NALS et NAAL, ne mesurent qu'une partie des capacités associées à l'alphabétisation en santé telle que nous l'avons définie.
En outre, les tâches demandées pour juger du niveau d'alphabétisation (lire un mot, déchiffrer un dépliant, calculer une dose de sirop, etc.,…) sont réalisées hors de leurs contextes habituels.
A l'exception de la version espagnole du TOHFLA, ils ne sont disponibles qu'en anglais.

ANNEXE 4 : ADRESSES SUR WALLONIE ET BRUXELLES

NAMUR:

- Alpha 500, rue du Muzet 22, 5000 Namur.
Tel : 081/74 60 96

- Centre d'action interculturelle de la province de Namur, rue Dr Halbe 2, 5002 St Servais.
Tel : 081/73 71 76

- Centre d'information et d'éducation populaire, place l'Ilon 17, 5000 Namur.
Tel : 081/ 83 05 08

- Lire et Ecrire –Regionale de Namur, rue Reils namurwes 1, 5000 Namur.
Tel : 081/ 74 10 04

- Maison des jeunes et de la culture, rue des Bosquets 38, 5000 Namur.
Tel 081/ 74 54 36

- Vie féminine, place Ilon 17, 5000 Namur.
Tel : 081/ 22 68 74

BRUXELLES:

Bruxelles centre :

- Arc en Ville association de fait

  Rue d'Anderlecht 78, 1000 Bruxelles, Belgique

- Association Sportive et Educative Anneessens - ASE Anneessens asbl

  Rue de Soignies 30, 1000 Bruxelles, Belgique

- Ateliers du Soleil asbl

  Rue de Pavie 53, 1000 Bruxelles, Belgique

- Bruxelles Laïque asbl

  Avenue de Stalingrad 18-20, 1000 Bruxelles, Belgique

- Camelia - Femmes

Rue Marcq 17, 1000 Bruxelles, Belgique

- Camelia - Hommes asbl

  Rue d'Ophem 37, 1000 Bruxelles, Belgique

- Caria asbl

  Rue Haute 135, 1000 Bruxelles, Belgique

- Centre Social du Béguinage asbl

  Rue du Béguinage 3, 1000 Bruxelles, Belgique

- Centre TEFO

  Boulevard du Midi 58, 1000 Bruxelles, Belgique

- Comité général d'action des Marolles asbl

  Rue de la Prévoyance 56 - 1000 Bruxelles, Belgique

- Entraide Bruxelles

  Place Willems 10, 1020 Bruxelles, Belgique

- FORMOSA asbl

  Rue du grand Serment 10, 1000 Bruxelles, Belgique

- Habitat et Rénovation Querelle

  Rue des Tanneurs 124 - 1000 Bruxelles, Belgique

- La Chôm'Hier-AID asbl

  Rue Fransman 131, 1020 Bruxelles, Belgique

- Ligue de l'enseignement et de l'éducation permanente - LEEP

  Rue de Lenglentier 1A, 1000 Bruxelles, Belgique

Bruxelles Nord-Est :

- APAB (Association de la pensée d'Atatürk en Belgiqe) asbl

  Chaussée d'Haecht 201, 1030 Bruxelles, Belgique

- Ateliers des Petits Pas asbl

  Rue de la Marne 12, 1030 Schaerbeek, Belgique

- AVENIR ASBL

  Rue du Moulin 150, 1210 Bruxelles, Belgique

- Cati- Centre d'Alphabétisation pour Travailleurs Immigrés asbl

  Rue Philomène 39, 1030 Bruxelles, Belgique

- Cedas (Centre de Développement et d'Animation Schaerbeekois) asbl

  Rue Verte 210, 1030 Schaerbeek, Belgique

- Centre Culturel Arabe asbl

  Rue du Méridien 20, 1210 Saint-Josse, Belgique

- Centre Culturel d'Evere asbl

  Rue de Paris 108, 1140 Evere, Belgique

- Cours de Promotion sociale de Schaerbeek

  Avenue Ernest Renan 12, 1030 Bruxelles, Belgique

- CTL - LA BARRICADE asbl

  Chaussée de Haecht 66, 1210 Bruxelles, Belgique

- D+ Schaerbeek

  Rue de la Poste 156, 1030 Bruxelles, Belgique

- EPFC Etablissement de Promotion Sociale

  Boulevard du Triomphe 1, 1050 Bruxelles, Belgique

- ETOILE DU NORD ASBL

  Rue Saint-Francois 18, 1210 Bruxelles, Belgique

- Gaffi (Groupe Animation Formation Femmes Immigres) asbl

  Rue de Brabant 23, 1210 Bruxelles, Belgique

- GAMS Belgique asbl

  Rue Traversière 125, 1210 Saint-Josse, Belgique

- Harmonisation sociale schaerbeekoise

  Rue Vifquin 2, 1030 Schaerbeek, Belgique

Bruxelles nord-ouest :

- Actions et Savoirs

  Chaussée de Wemmel 69, 1090 - Bruxelles

- Alpha-Signes asbl

  Rue Piers 48, 1080 Molenbeek, Belgique

- Centre d'Entraide de Jette asbl

  Rue Henri Werrie 11, 1090 Jette, Belgique

- CESOA (Centre d'Etudes des Sciences Optiques Appliquées Etablissement de promotion sociale)

  blvd Léopold II 43, 1080 Bruxelles, Belgique

- Collectif Alpha (Molenbeek) asbl

  Rue Piers 48, 1080 Molenbeek, Belgique

- Institut Edmond Machtens Service d'un pouvoir public

  Rue Tazieaux 25, 1080 Bruxelles, Belgique

- L'Oranger asbl

  Rue Le Lorrain 104, 1080 Molenbeek, Bruxelles, Belgique

- La Porte Verte asbl

  Rue Haeck 44A , 1080 Molenbeek, Belgique

- La Rue asbl

  Rue Ransfort 61, 1080 Bruxelles, Belgique

- Le Piment asbl

  Rue de la Colonne 56, 1080 Molenbeek, Belgique

- Lire et Ecrire Bruxelles zone Nord-Ouest

  Jean Dubrucq 82, 1080 Bruxelles, Belgique

- Maison d'Entraide pour le Développement Social asbl

  rue Van Meyel 90, 1080 Molenbeek, Belgique

- Maison de la femme "CLES" asbl liée à un pouvoir public

  Boulevard Léopold II 102-104, 1080 Bruxelles, Belgique

- Maison en Couleurs asbl

  Rue Herkoliers 61, 1081 Koekelberg, Belgique

Bruxelles ouest **:**

- Agence Locale pour l'Emploi (ALE) d'Anderlecht

  Square Albert Ier 2, 1070 Anderlecht, Belgique

- Cactus (Le) asbl

  Rue Van Lint 16, 1070 Anderlecht, Belgique

- Centre Anderlechtois de Formation (CAF) asbl

  Rue du Chimiste 34-36, 1070 Anderlecht, Belgique

- Convergence

  Boulevard de la Révision 36, 1070 Bruxelles, Belgique

- Cours de Promotion Sociale Erasme Etablissement de promotion sociale

  Rue de la Procession 78, 1070 Anderlecht, Belgique

- La Rosée/Casg asbl

  Rue de la Rosée 9, 1070 Bruxelles, Belgique

- Le Manguier en Fleurs - Nti ya Mangulu Asbl

  Rue Edmond Delcourt 23, 1070 Bruxelles, Belgique

- Les Amis de l'Etincelle asbl

  Rue des vétérinaires 11, 1070 Bruxelles

- Lire et Ecrire Bruxelles Zone Ouest

  Square Albert 1er, 11-12, 1070 Bruxelles, Belgique

- Maison des Enfants d'Anderlecht (La) asbl

  Rue Van Lint 18, 1070 Anderlecht, Belgique

Bruxelles sud :

- Adeppi Bruxelles asbl

  Chausse d'Alsemberg 303, 1190 Bruxelles, Belgique

- Animation Prévention Socio-Culturelle Le PAS Service d'un pouvoir public

  Chaussée de Neerstalle 489, 1180 Uccle , Belgique

- Centre Familial Belgo-Immigré asbl

  Rue Dethy 58, 1060 Saint-Gilles, Belgique

- Collectif Alpha (Forest) asbl

  Boulevard de la Deuxième Armée Britannique 27, 1190 Forest, Belgique

- Collectif Alpha (Saint-Gilles) asbl

  Rue de Rome 12, 1060 Saint-Gilles, Belgique

- CONVIVIAL asbl-vzw

  Rue du Charroi 33-35, 1190 Bruxelles, Belgique

- Cours de Promotion Sociale de Saint-Gilles

  Rue Hôtel des Monnaies 128, 1060 Saint-Gilles, Belgique

- Cours de promotion sociale Uccle

  Avenue de Fré 62, 1180 Bruxelles, Belgique

- Entraide et Culture asbl

  Avenue Van Volxem 525, 1190 Forest, Belgique

- GAMA asbl

  Chaussée de Forest 199, 1060 Bruxelles, Belgique

- Hispano-Belga asbl

  Chaussée de Forest 244, 1060 Saint-Gilles, Belgique

- Lire et Ecrire Bruxelles Zone Sud

  Rue de la Victoire, 26 1060 Bruxelles, Belgique

- Maison des Femmes

  Rue de Mérode 331-333, 1190 Forest, Belgique

- Maison Mosaïque Saint-Gilles (Vie Féminine) asbl

  Rue Jean Robie 31, 1060 Bruxelles, Belgique

- Nadi asbl

  Rue Hôtel des Monnaies 156 A, 1060 Saint-Gilles, Belgique

Bruxelles sud :

- Alpha-Andromède

  Avenue Andromède 63, 1200 Woluwé-Saint-Lambert, Belgique

- CAP Emploi - CPAS Ixelles

  Avenue Guillaume Macau 45, 1050 Ixelles, Belgique

- Centre Culturel d'Etterbeek - Espace Senghor asbl

  Avenue du Maelbeek 18, 1040 Bruxelles, Belgique

- Ciré asbl

  Rue du Vivier 80-82, 1050 Ixelles, Belgique

- EPFC Etablissement de Promotion Sociale

  Boulevard du Triomphe 1, 1050 Bruxelles, Belgique

- Espace Couleurs Femmes Ixelles - Vie féminine Association de fait

  Rue Malibran 45, 1050 Bruxelles, Belgique

- Institut Auderghemois de Promotion Sociale

  Chaussée de Wavre 1649, 1160 Bruxelles, Belgique

- Le Maître Mot Asbl

  Chaussée de Wavre 282, 1050 Bruxelles, Belgique

- Lire et Ecrire Bruxelles Zone Sud-Est

  Rue du Viaduc 133, 1050 Bruxelles, Belgique

- Maison de Quartier "Le Pavillon"

  rue de la stratégie 3, 1160 Auderghem, Bruxelles, Belgique

- Maison de Quartier du Dries

  Dries 38 - 1170 Bruxelles

- Maison Mosaïque Etterbeek (Vie Féminine) association de fait

  Avenue Eudore Pirmez 47, 1040 Etterbeek, Belgique

ANNEXE 5 : PICTOGRAMMES

FIGURE 1 First Edition of Pictographs[a]

Category	Meaning of Pictograph	Pictograph #1	Pictograph #2	Pictograph #3
(I) Route for external use	(a) For ophthalmic use			
	(b) For otic use			
	(c) For nasal use			
(II) Medication administration time	(a) In the morning			
	(b) At noon			
	(c) In the evening			
	(d) At bedtime			
(III) Medication administration before, after, or with meals	(a) Before meal			
	(b) After meal			
	(c) With meal			

FIGURE 2 Patient Version of Survey Instrument with Revised Pictographs

Dear Sir or Madame:

Please help us to provide the most clear instructions for medication use by answering the following questions. Your participation will help us serve you better, and help other patients, too. So that we can understand how people think about the instructions they receive with their medication, please completely fill out all information on the survey. Thanks for your time!

(1) Personal Information

1. Gender: ❒ Male ❒ Female
2. Age (yrs): ❒ ≤20 ❒ 21-30 ❒ 31-40 ❒ 41-50 ❒ 51-60 ❒ 61-70 ❒ >70
3. Education: ❒ ≤Grade 6 ❒ Grade >6 to ≤9 ❒ >High School to College degree ❒ >College degree ❒ Other (please describe):_____
4. Occupation: ❒ Businessman ❒ Public Servant ❒ Retired ❒ Other (please describe):_____
5. Residence: ❒ Chiayi County ❒ Yunlin County ❒ Other (please describe):_____

(2) Please select one pictograph (put √ in the column with the pictograph) which best represents the category indicated.

Category	Meaning of Pictograph	Pictograph #1	Pictograph #2	Pictograph #3	Other: Any One Is Fine	Other: Do Not Understand
(I) Route for external use	(a) For ophthalmic use					
	(b) For otic use					
	(c) For nasal use					
(II) Medication administration time	(a) In the morning					
	(b) At noon					
	(c) In the evening					
	(d) At bedtime					
(III) Medication administration before, after, or with meals	(a) Before meal					
	(b) After meal					
	(c) With meal					
(IV) Administration quantity	(a) Half tablet					
	(b) One tablet					
	(c) Two tablets					
	(d) Three tablets					

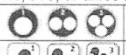
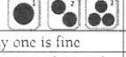
(3) Please give us your other thoughts about the pictographs in the space below. Thank you for your help!

TABLE 2 Pictograph Comprehension and Preference for Patients Versus Medical Staff

	Patients n = 250 % (n)	Medical Staff n = 250 % (n)	*P* Value[a]
(I) Route for external use			
A. For ophthalmic use			
#1	7.6 (19)	3.6 (9)	<0.001
#2	39.6 (99)	15.6 (39)	
#3	46.0 (115)	79.6 (199)	
Any one is fine	6.4 (16)	1.2 (3)	
Do not understand	0.4 (1)	0.0 (0)	1.000
B. For otic use			
#1	7.6 (19)	2.8 (7)	<0.001
#2	52.0 (130)	30.8 (77)	
#3	33.2 (83)	64.4 (161)	
Any one is fine	6.8 (17)	1.2 (3)	
Do not understand	0.4 (1)	0.8 (2)	1.000
C. For nasal use			
#1	8.4 (21)	3.6 (9)	<0.001
#2	40.8 (102)	21.2 (53)	
#3	43.6 (109)	74.4 (186)	
Any one is fine	6.8 (17)	0.8 (2)	
Do not understand	0.4 (1)	0.0 (0)	1.000
(II) Medication administration time			
A. In the morning			
#1	26.4 (66)	13.2 (33)	<0.001
#2	18.4 (46)	24.0 (60)	
#3	46.4 (116)	59.6 (149)	
Any one is fine	8.0 (20)	2.0 (5)	
Do not understand	0.8 (2)	1.2 (3)	0.686
B. At noon			
#1	20.4 (51)	6.4 (16)	<0.001
#2	24.4 (61)	42.0 (105)	
#3	48.0 (120)	47.6 (119)	
Any one is fine	6.8 (17)	0.4 (1)	
Do not understand	0.4 (1)	3.6 (9)	0.020
C. In the evening			
#1	28.8 (72)	26.0 (65)	<0.001
#2	48.4 (121)	39.2 (98)	
#3	10.8 (27)	29.6 (74)	
Any one is fine	10.8 (27)	4.0 (10)	
Do not understand	1.2 (3)	1.2 (3)	1.000
D. At bedtime			
#1	26.8 (67)	55.2 (138)	<0.001
#2	25.6 (64)	22.0 (55)	
#3	18.8 (47)	20.4 (51)	
Any one is fine	12.0 (30)	1.6 (4)	
Do not understand	16.8 (42)	0.8 (2)	<0.001
(III) Medication administration before, after, or with meals			
A. Before meal			
#1	22.0 (55)	20.8 (52)	<0.001
#2	21.6 (54)	10.8 (27)	
#3	34.8 (87)	60.8 (152)	
Any one is fine	10.8 (27)	1.2 (3)	
Do not understand	10.8 (27)	6.4 (16)	0.110
B. After meal			
#1	20.4 (51)	18.8 (47)	<0.001
#2	21.6 (54)	12.0 (30)	
#3	34.4 (86)	64.4 (161)	
Any one is fine	11.6 (29)	0.8 (2)	
Do not understand	12.0 (30)	4.0 (10)	0.001
C. With meal			
#1	10.0 (25)	8.8 (22)	<0.001
#2	12.8 (32)	12.4 (31)	
#3	59.2 (148)	76.0 (190)	
Any one is fine	9.2 (23)	0.4 (1)	
Do not understand	8.8 (22)	2.4 (6)	0.003
(IV) Administration quantity			
A. Half tablet			
#1	13.6 (34)	15.6 (39)	<0.001
#2	25.6 (64)	67.2 (168)	
#3	50.4 (126)	15.2 (38)	
Any one is fine	7.6 (19)	0.8 (2)	
Do not understand	2.8 (7)	1.2 (3)	0.222
B. One, two, or three tablets			
#1	16.4 (41)	11.2 (28)	0.012
#2	44.4 (111)	56.0 (140)	
#3	18.0 (45)	19.6 (49)	
Any one is fine	17.6 (44)	12.4 (31)	
Do not understand	3.6 (9)	0.8 (2)	0.063

[a] *P values calculated using Fisher's exact test.*

TABLE 3 Pictograph Comprehension and Preference by Patient Age Group

	60 Years or Younger n = 108 % (n)	61-70 Years n = 66 % (n)	71 Years or Older n = 76 % (n)	*P* Value[a]
(I) Route for external use				
A. For ophthalmic use				
#1	11.1 (12)	6.1 (4)	3.9 (3)	0.288
#2	42.6 (46)	37.9 (25)	36.8 (28)	
#3	42.6 (46)	50.0 (33)	47.4 (36)	
Any one is fine	3.7 (4)	6.1 (4)	10.5 (8)	
Do not understand	0.0 (0)	0.0 (0)	1.3 (1)	0.562
B. For otic use				
#1	12.0 (13)	6.1 (4)	2.6 (2)	0.154
#2	49.1 (53)	53.0 (35)	55.3 (42)	
#3	35.2 (38)	33.3 (22)	30.3 (23)	
Any one is fine	3.7 (4)	7.6 (5)	10.5 (8)	
Do not understand	0.0 (0)	0.0 (0)	1.3 (1)	0.562
C. For nasal use				
#1	11.1 (12)	4.5 (3)	7.9 (6)	0.389
#2	38.0 (41)	39.4 (26)	46.1 (35)	
#3	46.3 (50)	48.5 (32)	35.5 (27)	
Any one is fine	4.6 (5)	7.6 (5)	9.2 (7)	
Do not understand	0.0 (0)	0.0 (0)	1.3 (1)	0.562
(II) Medication administration time				
A. In the morning				
#1	23.1 (25)	27.3 (18)	30.3 (23)	0.297
#2	22.2 (24)	12.1 (8)	18.4 (14)	
#3	49.1 (53)	51.5 (34)	38.2 (29)	
Any one is fine	5.6 (6)	7.6 (5)	11.8 (9)	
Do not understand	0.0 (0)	1.5 (1)	1.3 (1)	0.329
B. At noon				
#1	21.3 (23)	19.7 (13)	19.7 (15)	0.290
#2	30.6 (33)	18.2 (12)	21.1 (16)	
#3	44.4 (48)	54.5 (36)	47.4 (36)	
Any one is fine	3.7 (4)	7.6 (5)	10.5 (8)	
Do not understand	0.0	0.0	1.3 (1)	0.562
C. In the evening				
#1	30.6 (33)	24.2 (16)	30.3 (23)	0.303
#2	50.0 (54)	50.0 (33)	44.7 (34)	
#3	10.2 (11)	16.7 (11)	6.6 (5)	
Any one is fine	7.4 (8)	9.1 (6)	17.1 (13)	
Do not understand	1.9 (2)	0.0 (0)	1.3 (1)	0.788
D. At bedtime				
#1	35.2 (38)	24.2 (16)	17.1 (13)	0.073
#2	25.0 (27)	21.2 (14)	30.3 (23)	
#3	20.4 (22)	19.7 (13)	15.8 (12)	
Any one is fine	9.3 (10)	15.2 (10)	13.2 (10)	
Do not understand	10.2 (11)	19.7 (13)	23.7 (18)	0.040
(III) Medication administration before, after, or with meals				
A. Before meal				
#1	35.2 (38)	10.6 (7)	13.2 (10)	0.002
#2	20.4 (22)	22.7 (15)	22.4 (17)	
#3	29.6 (32)	40.9 (27)	36.8 (28)	
Any one is fine	9.3 (10)	15.2 (10)	9.2 (7)	
Do not understand	5.6 (6)	10.6 (7)	18.4 (14)	0.022
B. After meal				
#1	31.5 (34)	12.1 (8)	11.8 (9)	0.007
#2	21.3 (23)	19.7 (13)	23.7 (18)	
#3	30.6 (33)	39.4 (26)	35.5 (27)	
Any one is fine	10.2 (11)	16.7 (11)	9.2 (7)	
Do not understand	6.5 (7)	12.1 (8)	19.7 (15)	0.025
C. With meal				
#1	15.7 (17)	6.1 (4)	5.3 (4)	0.037
#2	13.0 (14)	13.6 (9)	11.8 (9)	
#3	60.2 (65)	60.6 (40)	56.6 (43)	
Any one is fine	6.5 (7)	13.6 (9)	9.2 (7)	
Do not understand	4.6 (5)	6.1 (4)	17.1 (13)	0.014
(IV) Administration quantity				
A. Half tablet				
#1	23.1 (25)	6.1 (4)	6.6 (5)	0.012
#2	26.9 (29)	25.8 (17)	23.7 (18)	
#3	43.5 (47)	57.6 (38)	53.9 (41)	
Any one is fine	5.6 (6)	7.6 (5)	10.5 (8)	
Do not understand	0.9 (1)	3.0 (2)	5.3 (4)	0.204
B. One, two, or three tablets				
#1 	17.6 (19)	18.2 (12)	13.2 (10)	0.496
#2	46.3 (50)	39.4 (26)	46.1 (35)	
#3 	18.5 (20)	19.7 (13)	15.8 (12)	
Any one is fine	16.7 (18)	19.7 (13)	17.1 (13)	
Do not understand	0.9 (1)	3.0 (2)	7.9 (6)	0.041

[a] *P* values calculated using Fisher's exact test.

ANNEXE 6 : IMAGES MAROLLES

KINE

PRENDRE RENDEZ-VOUS À L´ACCUEIL :
Avec votre Prescription Médicale.

LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
AXELLE MALLAND 14h00 – 18h00	SANDRINE WERTS 09h00 – 18h00	AXELLE MALLAND 14h00 – 18h00	SANDRINE WERTS 09h00 – 18h00	AXELLE MALLAND 14h00 – 18h00

SERVICE PSYCHOLOGIQUE

Ψ

Permanence :

Lundi : 14h00 à 16h00
Mercredi : 11h00 à 12h30
Vendredi : 10h00 à 12h00

RENDEZ-VOUS: 02/ 510.01.80	
PSYCHOLOGUE	Solange Cartuyvels
PSYCHIATRIE	Yves Abourachid
PSYCHOMOTRICIENNE	Marguerite Blondeel
LOGOPEDE	Gaëlle Lufin
TRAVAILLEUR SOCIAL	Benoît Deléhouzée

SERVICE SOCIAL

CENTRE D'ACTION SOCIALE GLOBALE
Centre agréé par la Commission Communautaire Française

PERMANENCE : DE 8H30 A 12H30				
LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
Renée Vanliefland	Jacques Janssens	Ingrid Gabriels	Ghislaine Antheunissens	Alain Caufriez

OU SUR RENDEZ-VOUS: 02/ 510.01.80

Entr'Aide des Marolles ASBL
CENTRE MEDICO-PSYCHO-SOCIAL
RUE DES TANNEURS 169
1000 BRUXELLES

MEDECINE GÉNÉRALE

8h30 «RENDEZ-VOUS DU JOUR»
A l'accueil: Vous avez la priorité.

9h00 Par téléphone
02/ 510. 01. 80

«RENDEZ-VOUS À L'AVANCE » A l'accueil ou par téléphone.

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
Dr. Humbert de MEESTER	09h00-11h00 11h00-11h30	14h30-15h40 15h40h16h00	17h00-17h20 17h20-19h00	11h00-12h00 (12h30)	
Dr. Paul de RUYCK	10h00-10h30 10h30-13h00	8h45-10h45 10h45-11h15	9h30-10h00 10h00-12h30	13h30-14h00 14h00-15h45	9h30-10h00 10h00-12h30
Dr. Céline EGO	13h40-17h00		9h40-12h20	13h40-15h40	9h40-12h20 14h00-15h40
Dr. Saphia MOKRANE	13h40-16h00 16h00-17h40	09h00-11h00 11h00-12h40	13h40-14h40 14h40-17h00	09h00-10h40 10h40-12h00	
Dr. Thierry LETHE		11h10-11h30 11h30-12h25		09h10-09h50 09h50-10h10	

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE-RHUMATOLOGIE

Sur RENDEZ VOUS :

Dr. Jean-Marie BEGUIN	VENDREDI 16h00 à 17h30

PEDICURE

SUR RENDEZ-VOUS: 02/ 510.01.80

Michèlle Dumonceau	PREMIER LUNDI DU MOIS

CONSULTATIONS O.N.E.

POUR LES FEMMES ENCEINTES
Suivi gratuit de la grossesse

CONSULTATION Sur Rendez-Vous **02/510.01.88**	MARDI	09h00-13h00	Dr Tsien Nancy Moortgat
	JEUDI	09h00-13h00	S. Kahya N Van Raemdonck
PERMANENCE Rendez-vous Conseils Informations	MARDI	14h00 – 15h00	Nancy Moortgat
	JEUDI	14h00 – 15h00	N. Van Raemdonck

POUR LES ENFANTS
Suivi médical préventif gratuit

		PERMANENCE Rendez-vous, conseils, informations	CONSULTATION Sur Rendez-vous
Béatrice de Jaer	LUNDI **0 /3 ans**	14h00 – 15h30	16h00 – 18h00
Marie Ryckmans	MARDI **0/ 3ans**	08h00 – 09h00 13h00 – 14h00	9h00 – 11h30
Sophie Vandendriessche		13h30 – 14h30	14h00 – 16h30
Anne Debusscher	JEUDI **3 à 6 ans**	15h30 - 16h00	16h00 - 17h30
Anne Debusscher	VENDREDI **0/ 3 ans**	13h00 - 14h00	9h30 – 11h30

AIDE MENAGERE :
Renseignements au service social (CASG) : **02/510.01.92**

A PAYER :

NOM :

KINÉSITHÉRAPIE

Entr'Aide des Marolles
CENTRE MEDICO-PSYCHO-SOCIAL

Tout rendez-vous NON ANNULÉ 24H à l´avance entraînera une **AMENDE de 5€.**

02/ 510.01.80

Une RDV non annulé et non prévenu entraîne l´**annulation de tous les RDV.**

N°	DATE	HEURE
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Veuillez vous présenter 10 minutes avant le rendez-vous.

NOM :

ENTRAIDE DES MAROLLES
02/510 01 80

MEDICINE DENTAIRE

Inscription : *avec la Carte SIS ou Carte MEDICALE ou Carte d´IDENTITE.*

JOUR	DATE	HEURE

Veuillez vous présenter **10 minutes** avant le rendez vous.

Tout rendez – NON ANNULÉ 24h à l´avance entraînera une **AMENDE de 5€.**

Entr'Aide des Marolles ASBL
CENTRE MEDICO-PSYCHO-SOCIAL

RENDEZ-VOUS

Docteur :
Saphia MOKRANE

Veuillez-vous présenter 15 min avant votre rendez-vous à l'accueil avec votre :
CARTE SIS + CARTE D'IDENTITÉ et/ou
CARTE MEDICALE
En cas d'annulation, il faut prévenir !!!!!!!

NOM :

JOUR	DATE	HEURE

NOM:

Entr'Aide des Marolles ASBL

CONSULTATION EN DIÉTÉTIQUE

RENDEZ – VOUS

DATE	HEURE

Veuillez vous présenter **5 minutes** avant le rendez vous.

Tel: 02/ 510.01.80

169 RUE DE TANNEURS - 1000 BRUXELLES

ANNEXE 7 : TEMOIGNAGE ANONYME

To: kasel2@hotmail.com
Subject: votre demande dans le cadre du TFE
Date: Wed, 16 Feb 2011

Je reviens vers vous suit à la demande que vous m'avez adressée dans la cadre de votre TFE sur les problèmes posés par l'illettrisme en médecine générale. Votre demande a été répercutée en réunion à la maison médicale. En ce qui concerne la possibilité d'interview de personnes illettrées, nous ne pourrons malheureusement pas vous aider. Nous sommes tous d'accord autour du fait que l'illettrisme de certains patients est un sujet extrêmement délicat, que les patients abordent rarement avec le médecin, jamais de leur propre initiative, et que nous découvrons toujours tardivement ; nous ne pouvons parfois que le supposer. Cette question, quasi systématiquement, est entachée d'une grande honte pour les patients. Il ne nous est donc pas possible de leur demander une interview à ce sujet par une personne tierce, étrangère à la maison médicale. Nous sommes cependant conscients qu'il s'agit d'une question fondamentale dans la relation médecin patient. Peut être les associations d'alphabétisation pourraient-elles mieux vous aider. A votre disposition si vous souhaitez d'autres renseignements ou avis.

RE: votre demande dans le cadre du TFE

Envoyé : dimanche 20 février 2011
À : 'Maude Kasel' (kasel2@hotmail.com)

Je vais me renseigner : Il y a à Namur une équipe de Lire et écrire et un autre centre qui s'appelle Alpha 5000. Je vais essayer de vous renseigner des personnes de contact.

C'est effectivement une difficulté que de lever cette honte. La position sociale du médecin et la représentation qui est véhiculée sur son niveau d'instruction sont vraisemblablement des freins majeurs pour ce type de patient. On peut bien sur tenter de gagner leur confiance et tenter de leur renvoyer une meilleure image d'eux-mêmes mais nous médecins sommes peu de chose face à l'ampleur de la tâche ; ce n'est pas une raison cependant pour ne pas essayer !

Leur donner la parole, certes. Mais il faut pour cela qu'ils puissent la prendre. Le poids de la honte est très puissant pour faire taire et ces personnes sont souvent aussi prisonnières d'elles mêmes, de leur propre angoisse à se montrer à autrui. Il me paraît délicat d'insister pour qu'ils en parlent. Il y a à Namur une association qui s'appelle LST qui organise des activités et des groupes de rencontre pour des personnes vivant dans la précarité. Dans ce genre de lieu, des gens osent – souvent pour la première fois – prendre la parole en leur nom et dire leur avis. C'est pour certains un point de départ pour renouer avec la parole. Parfois c'est au départ de là qu'ils osent enfin s'adresser à moi comme médecin et parler de leur situation, de leur vie. Vous voyez, le chemin peut être très long. Je me demande si vous n'auriez intérêt à rencontrer d'abord les professionnels qui travaillent dans les centres d'alpha et aussi peut-être des gens de LST ou ATD quart monde.