



Séminaire « Vous avez dit Littératie » ? 23 Janvier 2017

En Europe, près d'un adulte sur deux ne possède pas les compétences nécessaires pour obtenir, comprendre et utiliser l'information en santé de façon autonome et fiable. Il s'agit là d'un enjeu majeur de santé publique qui se réfère à la notion de Littératie en santé.

Ce séminaire visait à produire des recommandations et pistes de travail sur l'adaptation des activités éducatives tenant compte des niveaux de littératie des bénéficiaires. Il a rassemblé 32 participants (professionnels, patients, institutionnels, chercheurs). Leurs travaux se sont appuyés sur des interviews de Catherine Corbeau (Montpellier) et en duplex de Maryvette Balcou Debussche (La Réunion), et Nathalie Boivin (Nouveau Brunswick).

La synthèse est retranscrite en 2 parties : 1) Les opinions partagées des participants sur le sujet, 2) Ce que les participants ont retenus et ce qu'ils pensent mettre en oeuvre

Partie 1 Opinions partagées sur la Littératie en Santé

Une définition de la littératie en santé ?

L'ensemble des compétences visant à comprendre, utiliser et évaluer l'information en santé dans le but d'utiliser cette information pour faire des choix/prendre des décisions pour sa santé et participer aux choix.

La LS recouvre également des capacités des personnes à critiquer **l'information en santé**.

Il s'agit également des compétences des personnes à comprendre, se repérer et utiliser **le système de soins**.

La LS doit être mise en lien avec **la capacité d'agir des personnes**. À opposer au modèle parternaliste/bio-médical et au fatalisme.

Cette notion ne se résume pas aux patients analphabètes. La majorité des personnes est confrontée un jour à des difficultés en LS en fonction du contexte.

La culture des personnes doit être prise en compte dans cette définition car la culture (au sens large) influence la LS.

Pour les soignants : la LS recouvre de leur capacité à **adapter leurs discours en fonction des personnes**.

En ce sens, La LS est **un enjeu majeur dans la formation des professionnels** afin qu'ils soient en mesure de rendre l'information en santé accessible aux usagers.

C'est la **rencontre entre les soignants et les personnes** (patients, usagers) mais aussi entre les soignants eux-mêmes et les usagers entre eux.

Comment repérer les personnes en difficulté de Littératie ?

Au cours d'entretiens

Les difficultés de langage peuvent être identifiées, mais pas toujours car les personnes peuvent adapter des stratégies d'adaptation quand elles sont en difficulté.

Un indicateur est le niveau de langage. La personne parle t'elle la langue et quel est son niveau de communication ? On peut poser la question directement.

Des items peuvent être inclus dans le dossier médical comme les compétences en lecture, écriture, le niveau d'étude, l'isolement social. Attention des personnes disent savoir lire et écrire et ce n'est pas le cas car elles le cachent par honte et ne veulent pas que le professionnel le sache.

Il est important de demander l'origine de la personne : ex la ville d'origine.

Attention à la personne qui se braque /dit « oui » à tout / négocie tout / fait des grimaces/ ne dit rien /répète mais n'arrive pas à reformuler. Dans tous ces cas, il faut se poser la question du niveau de Littératie.

Il faut veiller à identifier des problèmes à hiérarchiser / à lire /à écrire / à comprendre / à reformuler.

Une posture et une attention particulières

- être dans l'interaction avec la personne pour évaluer les difficulté de HL. Cela permet de connaître les représentations diverses et variées : ex les questions religieuses, ou non rationnelles. Aller au-delà d'une démarche descendante
- Attention, certaines personnes parlent bien mais malgré tout on ne se comprend pas. Il est important de demander à la personne de reformuler à l'instant T mais aussi lors d'un autre rendez-vous, d'une autre rencontre, soit par la même personne soit pas une autre personne qui a accès au dossier commun (ex d'une structure pluridisciplinaire)
- Lorsqu'on voit une personne plusieurs fois : le fait qu'elle n'ait pas compris ou qu'elle n'ait pas mis en œuvre les recommandations cela peut montrer une difficulté en HL.
- S'intéresser à la façon dont les personnes intègrent ce qu'elles ont compris. C'est la notion d'appropriation. Les difficultés d'appropriation peuvent être travaillées avec les personnes.
- Pour travailler les difficultés d'HL, il faut un suivi et une mise en confiance de la personne.
- La question de la temporalité est essentielle. Amener la personne à raconter : que sait-elle ? que fait-elle ? qu'attend-elle de nous ? Interroger la personne sur sa connaissance de la maladie, de son traitement peut être un moyen de connaître son niveau de Littératie.

Les notions à toujours travailler : interroger les personnes, demander de reformuler pour vérifier si elles ont compris. Si besoin nous devons expliquer différemment et recommencer l'interrogation et la demande de reformulation.

Que fait-on des personnes que nous ne voyons pas ? par exemple les hommes gitans. Nous ne sommes pas bien « armés » pour cela. Il est important d'avoir recours à des médiateurs. Des supports médiateurs doivent être créés ensemble : utilisation de pictogramme, d'images, d'un traducteur.

Conclusion : avoir une approche globale de la personne, environnementale, sociale économique mais sans mettre les personnes dans une case, sans les stigmatiser. Attention à bien différencier les personnes qui ne peuvent pas mettre en œuvre, des personnes qui n'ont pas envie de faire. Mais malgré tout l'envie vient avec la compréhension.

Que proposer de particulier aux personnes en difficulté de littératie ?

Une adaptation des supports – outils

- Des petits livrets avec des images
- Pictogramme - Ordonnance visuelle (pictogramme sur les ordonnances)

- Image - Carnet d'image iconographie/ carte
- Vidéos / photo Tutoriel vidéo
- Dessins Story board
- Enregistrement des conseils oraux
- Bricolage de l'intervenant en fonction des besoins et des difficultés

Des techniques de communication, mise en situation

- Démonstration des questions pratiques
- Carnet de diététicien avec la petite/moyenne/grande assiette-
- Gestes (main notamment pour les quantités)
- Mise en situation/ faire faire

Le support des pairs aidant

- Travail avec les aidants, d'autres personnes ressources
- Groupe de personnes avec les mêmes difficultés (pairs)
- Association des patients/ pairs/ aidants
- Intervention des autres personnes de l'équipe (en fonction des compétences de chacun)

Des médiateurs techniques facilitant l'expression

- Faciliter l'expression : laisser parler/ photo langage
- Reformuler à partir de ce que la personne verbalise/ remettre dans le contexte
- Ecoute/ reformulation
- Fractionner l'information/ planifier
- Réunions de groupe et interventions collectives
- Interprètes et médiateurs culturels
- Traducteurs
- Logiciels de traduction

Adapter le temps et l'espace

- Diversifier l'espace d'information (maison, bibliothèque)
- S'adapter aux différents modes de vie/ schéma thérapeutique
- Travailler par étapes
- Visite à domicile
- Accompagnement personnalisé

Quels freins, quelles difficultés du côté des soignants?

La formation et la posture des professionnels de santé :

- Les formations initiales sont plus basées sur le soin et peu tournées vers les notions d'éducation thérapeutique
- Ce sont des métiers techniques donc avec une tendance à privilégier cet aspect là
- Etre formé à poser la question ? être formé à savoir ce que c'est ?
- Le manque de connaissances des problèmes et représentations des patients, les disciplines de sociologie de la santé ou d'anthropologie de la santé ne sont pas enseignées.
- Inadaptation de certaines formations qui n'abordent pas les questions de Littérature en santé.
- Un frein interne au soignant, lié à sa position qui est une posture de sachant, qui parfois fait l'économie de ce que le patient peut apporter et délivre un message que tout le monde ne peut pas forcément recevoir, et n'est pas toujours adapté.

Les conditions de travail des soignants :

- La multiplicité des intervenants
- Des défauts de transversalité, de suivi des dossiers et de leur passage entre les différents secteurs, de transmission de l'information

Le manque de temps :

- Prendre le temps d'expliquer au patient peut être perçu comme une perte de temps, alors qu'il se révèle être plus tard du temps gagné
- Prendre le temps de questionner le patient sur ses connaissances

Les moyens :

- Manque de moyens pour savoir comment mieux adapter ses pratiques
- Manque de connaissances des ressources disponibles, des personnes ressources

Les moyens financiers :

- Le financement du temps pris par le médecin n'existe pas. Comment l'intégrer lorsque la rémunération se fait à l'acte ?
- Aspect financier sur beaucoup de niveaux, par exemple la consultation prend plus de temps lorsqu'elle n'est pas en Français.
- Les moyens financiers ne sont pas mis pour répondre aux exigences données.

Les outils :

- Manque d'outils pour le personnel soignant : difficulté d'évaluer simplement où en est la personne au niveau de la Littératie avec des outils faciles, simples, réalisables et adaptés au patient et au soignant. Par exemple on peut ne pas savoir lire et parfaitement comprendre comment prendre son traitement etc
- Comment s'en procurer de façon pérenne ? Comment y avoir accès ?

L'information :

- Le manque d'adaptation de l'information délivrée par les soignants envers le patient
- Le manque d'individualisation des informations
- L'écoute : le patient ne retient qu'une petite phrase de l'accompagnement à la prescription, et le reste...

Les langues et l'aspect culturel :

- La compréhension de la langue et du système (parcours personnel) de soins de la part du soigné
- Les représentations culturelles différentes sur la santé
- Le langage utilisé : niveau de langage, langage trop technique ou inadapté à la personne que l'on a en face.

Les représentations :

- Les représentations du soigné, de l'ensemble des services liés à sa santé
- Les schémas et représentations du soignant qui poussent à ignorer le savoir du patient : en se disant que le patient ne comprend pas, ne parle pas la langue et est handicapé. On peut parfois se dire qu'on ne peut pas rentrer en relation, on renonce alors qu'il peut exister des moyens de rentrer en relation.

Les déterminants sociaux :

- La non prise en compte des déterminants sociaux (mode de vie, conditions sociales, cercle familiale, habitat ; transport, environnement) par méconnaissance de leur importance.

Les relations avec la hiérarchie :

- Non soutien de la hiérarchie / Littératie de la hiérarchie

- Les objectifs et exigences chiffrés auquel on doit répondre. L'institution pousse à avoir des résultats rapidement.

Les patients intervenants :

- Les difficultés de trouver des patients intervenants, alors qu'ils peuvent être un levier pour agir sur les questions de littératie

Les stratégies sanitaires :

- Les stratégies sanitaires sont relativement cloisonnées
- Le modèle ETP en lui-même est limitant

Que proposer pour améliorer les pratiques des soignants par rapport aux personnes en difficulté ?

1) Il est nécessaire de définir les difficultés:

Nous sommes souvent sur un postulat, un présupposé, d'être avec des personnes qui lisent et qui comprennent. Or ce n'est pas le cas, donc tout dépend de leurs difficultés.

Quelles sont les demandes et les besoins des personnes en difficulté ?

- Diagnostic des demandes des personnes en difficulté.
 - Importance du bilan initial, mettre des critères de réalité.
 - Pouvoir évaluer les niveaux de compréhension à la première consultation (*à nuancer car ça peut prendre du temps voir plus loin*), de la pathologie, et après prendre les mesures adaptées.
- Repérage. Avoir des outils pour repérer les personnes en difficulté ? Ce n'est pas si évident de voir.
- Un dépistage systématique de tous les patients ?
 - Mettre dans le dossier ? Comment faire pour dépister ? Comment puis-je les repérer et ensuite toujours tenir compte de la littératie, de la compréhension. C'est un dépistage difficile car très variable selon la personne. Un outil objectif, est-ce possible ?
 - Un bilan est fait à l'entrée du patient dans un programme ETP. Mais est ce que les besoins sont entendus ? Tout dépend du programme. Il est souhaitable de bien repérer les besoins et demandes des personnes pour écrire le « fil rouge » d'une journée d'ETP.
 - Le bilan partagé doit aborder cette question. Il faut détecter cette difficulté. La 1^{ère} consultation peut ne pas suffire. Il faut du temps. *Par exemple sur des ulcères à traiter, si l'infirmière ne marque que des items techniques « plaies » mais ne renseigne rien sur l'environnement psychosocial les autres soignants n'auront pas de connaissance suffisante de la personne.*
- Une évaluation à caractériser, à formaliser
 - Quels types de difficultés rechercher ? langage, culturelle, visuelle, compréhension, handicap mental ? Les troubles cognitifs posent le problème du mode de communication ; les différences socio-culturelles, celui de la langue et/ou des codes de la vie.
 - Autres types de difficulté ? Par exemple « pas longtemps à l'école, très vite sur le marché de travail ».

- Croyances et représentations différentes, « inhabituelles ».
- Analphabétisme, illettrisme. Les difficultés socio-économiques majorent ces difficultés.
- Certaines personnes ne sont pas prêtes à entendre : il est nécessaire d'avoir un dialogue sur leurs difficultés, en parler et les aider à trouver des solutions. On peut schématiser 2 situations : celles qui sont dans le déni du diagnostic et celles qui ont des difficultés à suivre leur traitement.
- Mais face à une personne qui ne comprend rien ? Comment fait-on ? Quelles sont les ressources ?

2) Quels sont les outils nécessaires ?

Il faut que la prise en compte de la littératie fasse partie du soin et que les pratiques de soins en tiennent compte.

- Avoir des « machins », avoir accès à des outils, des médiateurs de la relation avec des personnes présentant des difficultés variées : humains, outils visuels.
- Les outils doivent être partagés entre soignants et soignés : une production partagée d'outils du soin. Par exemple écrire des cordels : livret d'éducation populaire (outils de réflexion présenté sur des cordes et vendu dans des marchés) qui permettent de présenter des réflexions sur le sujet, de constituer une culture commune en santé.
- Proposer des supports adaptés :
 - Avoir recours avec des visuels, par exemple des « ordonnances visuelles » (INSET Nancy) Une ordonnance peut être plus claire avec des pictogrammes, dessins.
 - Faire des dessins pour expliquer les prescriptions. Des images peuvent aider à la compréhension. Utiliser les couleurs.
 - Trouver des outils pour déclencher le dialogue.
 - Proposer des échanges en groupe restreint, 4 à 6 personnes maximum.
 - Appréhender les moyens que nous avons sur le territoire.
 - En particulier et en général, le recours à des tiers est une solution. Travailler en partenariat avec d'autres acteurs.
 - Identifier les ressources au sein des soignants (langue étrangère). La médiation est un moyen. Faire appel au secteur associatif, de patient et de quartier, aux personnes ressources des partenariats, des groupes, foyers. Exemple des jardins thérapeutiques..
 - Passer le relais. Apprendre à connaître ses limites. Avoir les ressources permet de passer la main à ceux qui savent. Sur le territoire. Etablir une liste de « numéro d'urgence ».
 - Proposer des activités dans un autre lieu, dans un autre contexte. Par exemple pour des patients diabétiques : proposer une activité en piscine pour l'estime de soi et par ce biais dans l'eau on parle diététique ou autre mais on communique différemment.

3) Un contexte général : les moyens donnés

Avoir les moyens, donner les moyens aux soignants : les former, disposer des ressources pour avoir accès à des pratiques différentes, prendre le temps de le faire.

Il faut une volonté politique pour détacher les soignants sur une ETP spécifique et qu'ils soient soutenus par la hiérarchie.

Il y a un frein financier pour faire cela. Le forfait de 250€ est très faible. La tarification de la consultation MG et infirmière est insuffisante. Peut-on prévoir une cotation spécifique pour personnes en difficultés ? Faire intervenir un interprète suppose qu'on puisse le rémunérer.

4) Formation des soignants et implication des personnes

Formation de soignants

Il faut d'abord aider les praticiens à reconnaître qu'il y a une difficulté, des difficultés. « Il m'a fallu 20 ans pour comprendre l'enjeu ». Les professionnels de santé ne connaissent pas ces notions, ne sont pas formés à cela.

Les formations doivent reposer sur des stratégies diverses en fonction de leur situation, de leur appétence à vouloir apprendre. En quoi cela impacte la qualité de soin ?

Est-ce que les formations en ETP incluent les problèmes de littératie ? On apprend essentiellement une posture, en ETP. Il faut aussi comprendre le but de l'ETP, l'enjeu relationnel, l'approche globale de la promotion de la santé. Il faudrait inclure la littératie en santé dans les 40h et dans les DU en ETP.

Les MG devraient avoir une formation en anthropologie de la santé, apprendre à ne pas stigmatiser certains patients. La littératie est un élément de déterminants de santé

Promouvoir les analyses de pratiques : Intégrer une pédagogie facilitant la reconnaissance des difficultés, un travail de réflexion sur ce qu'est la difficulté. Faciliter les échanges de pratiques avec des pairs soignants. (exemples de Staff avec la hiérarchie pour soulever les difficultés et trouver les solutions).

Les formations, les échanges de pratiques doivent être aussi élaborés avec les patients et les aidants. Ce n'est pas un travail en vase clos, mais pratico pratique.

Implication des personnes.

Utiliser des techniques simples de questions ouvertes du type « comment faites-vous , qu'est-ce que pouvez faire vous ? ».

Utiliser des outils éducatifs adaptés à ces personnes ; qu'est-ce que cela veut dire dans la pratique au quotidien ? Demander aux patients ce dont ils ont besoin, car ils n'ont sans doute pas les mêmes priorités que les professionnels de santé et travailler en plus sur des sessions pluridisciplinaires.

Partir du patient plutôt que des soignants.

On retourne à l'ETP. Mais éducation est ce que ce terme est réellement adapté ? On leur explique la vie ?

Partie 2 Ce que nous retenons collectivement et ce que nous voudrions mettre en œuvre. Et des choses que nous ne savons pas.

Ce qui est retenu

La définition de la littératie : être capable de chercher de l'information et de la comprendre. Une définition avec des contours plus précis mais non stabilisée : une notion individuelle et populationnelle, l'écrit et oral.

L'importance du problème : 50% de la population concernée. Les personnes ont honte de leur niveau de connaissances et de littératie.

Donc partons du principe que toutes les personnes ont des difficultés en littératie.

La littératie concerne tout le monde : patients et professionnels (délivrer une information mais est-elle bien comprise ? et comment fait-on sienne l'information). Les problèmes liés à la transmission de l'information et à son appropriation sont transposables dans tout métier. Il y a aussi des différences de littératie entre nous : les professionnels de santé, la « science » et les chercheurs

Le dépistage « frontal » est inefficace :

- Veiller aux signes cliniques de HL insuffisante, accueil, contact visuel, faire attention au patient.
- Nouveaux outils : prendre en compte les niveaux de littératie 3-4 et adapter les outils, créer d'autres supports, Le questionnaire HLQ sur la littératie ne semble pas très pratique en dehors de la recherche (44 questions qui n'apportent pas énormément). Existence du DLS plus simple (utilisable ?/ existe pour le diabète).

On a besoin de la littératie pour remettre les soignants dans ce « basique » : la relation et l'information transmise. C'est étonnant.

- Faire attention aux signes (il ne me regarde pas, il ne me pose aucune question, il dit toujours « oui » ...) Observer et rechercher des signes auxquels on n'est peut-être pas vigilants (corporels, signe d'impatience) ou par exemple « les patients qui oublient leurs lunettes ». L'agressivité ou quand une personne sur la défensive dès le départ, peuvent être un signe. Cela donne une plus-value au soin (amélioration de la qualité) et plus de chance que patient s'approprie la mise en place de ce qui va l'aider.
- Rendre le discours accessible, rendre le discours public (res - publique) S'interroger sur :
 - Comment faciliter le passage entre transmission et appropriation ?
 - comment le patient s'approprie l'information ?
 - Ce qu'il en fait ?
 - Comment il apprend ?
- Tenir en compte du référentiel du patient qui peut être décalé par rapport au notre et s'adapter
- Se repositionner : outil simple et complet, savoir s'arrêter à chaque contact pour prendre du recul et adopter d'emblée l'attitude qui va avec.
- La blouse blanche influence beaucoup lors des ateliers. Vision du patient différente sur le soignant et soignant qui parfois ne sait plus se comporter. Envisager des co-formations soignant -patient précaire, notamment sur les représentations de chacun sur le corps soignant. Donner au patient le pouvoir de donner son avis.

La formation des professionnels de santé est un enjeu :

- Moment clé délicat et à travailler, jeu de rôle, annonce de diagnostic.
- L'analyse des pratiques aide l'équipe à réfléchir sur ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas dans la relation de communication professionnel de santé – patient
- D'autres disciplines (éducation par exemple) peuvent nous aider à réfléchir sur « comment le patient apprend »
- Contacter les associations pour proposer la construction des supports communs (par exemple, sur l'alimentation et la santé), proposer des cours de français plus larges, avec des informations sur le système français
- Faire intervenir les patients dans la formation en santé depuis le début (formation initiale). Force des patients ressources qui reformulent et de la médiation humaine.

La littérature pose la question de la réciprocité soignant - soigné et de comment faciliter la rencontre ? Les personnes comprennent leur situation, ont une expérience de leur situation et ont sans doute des questions. Il convient de partir de ces savoirs et de ces questions.

- Poser une première question : « vous venez pour quoi ? qu'est-ce qui vous amène ?... », il s'agit ensuite de continuer par « expliquez-moi, racontez moi... » avant de partir dans les connaissances. Ce temps de clarification qui est fondamental. Partir du vécu et du potentiel du patient – Passer du « ce que JE peux faire » à « ce que LE PATIENT peut faire »,
- Assumer, dès le départ, que le patient peut être en difficulté pour me comprendre (mais sans l'infantiliser), et supposer que j'ai des difficultés à me faire comprendre. Il est important d'utiliser leurs capacités, de travailler sur la capacité des patients par rapport aux différents problèmes,
- L'importance d'accepter l'autre, un savoir être, sans jugement,
- Prendre en compte leur culture.

Prendre le temps est fondamental et est possible. Il faut être très attentif au lieu et à l'espace où l'ETP a lieu mais aussi au moment. Savoir détecter ce moment-là.

Travailler avec les patients : dans l'interaction, quand on construit un outil, pour la formation des soignants.

Ce qu'on va mettre en œuvre :

Mettre en œuvre avec des médiateurs (personnes) et/ou des médiations (objet). Or il y a aujourd'hui encore trop peu de support de médiation et il n'est pas évident de se les procurer. Multiplier les formes d'apprentissage pour s'adapter aux différentes manières d'apprendre. Mettre un espace pour les patients pour qu'ils puissent s'exprimer.

L'alliance thérapeutique pour le professionnel c'est :

- Repérer les lignes de HL,
- Se mettre à son niveau de compréhension de langage,
- Connaître les raisons pour lesquelles le patient est venu : que voulez-vous aborder ?
- S'appliquer sur la formulation, utiliser des techniques de bienveillance : dire « si vous voulez... », « ensemble »,
- Etre dans une relation plus transversale, horizontale,
- S'asseoir à côté du patient et pas face à face,
- Utiliser des techniques de reformulation dans les 2 sens – professionnel de santé ↔ patient : techniques d'écoute active, questions ouvertes,
- Faire un « bricolage relationnel construit »,
- Chercher des informations sur la culture du patient,
- Accueillir le patient, inviter c'est-à-dire ne pas donner d'ordre - ex : « asseyez-vous » remplacé par « je vous invite à vous asseoir »,
- Laisser la place au patient
- Verbaliser les raisons pour lesquelles le patient n'est pas d'accord,
- Partager le savoir,

- Partager le pouvoir,
- Ne pas lâcher, ne pas abandonner,
- S'adapter à la personne,
- Avoir une posture différente, faire attention à sa posture, créer des conditions favorables
- Refaire le point avec lui avant la fin d'entretien,
- Etre patient et vigilant,
- Regarder le patient, mieux l'observer,

Le tout avec humilité.

Ce qui reste compliqué à mettre en œuvre.

- Optimiser nos réunions d'équipe : échanger et nous entendre sur nos pratiques et nos difficultés – plutôt que de gaspiller le temps de réunion pour discuter des questions d'ordre pratique du jour le jour
- Revoir nos attitudes et postures :
 - Etre plus attentifs et observant
 - S'interroger plus, être vigilant sur moi-même
 - Aider le patient à se centrer sur lui, se percevoir
 - Sortir de la posture culpabilisante (« il ne comprend rien »)
 - Montrer au patient que je veux l'écouter
 - Ecoute active (poser des questions qui aident le patient à s'exprimer)
 - Inverser la direction du colloque singulier (c'est plutôt le patient qui doit parler au professionnel)
 - Utiliser les réunions de secteur, la formation continue et d'autres espaces de rencontre pour faire de l'analyse de pratiques
 - Au cours de l'analyse des pratiques, il faut passer de la plainte à quelque chose de plus constructif, qui nous permet de résoudre les problèmes – pour ce faire, on a besoin d'un intervenant externe

Les voies d'acquisition des compétences sont nécessaires mais elles sont très variables suivant les personnes. Les temps médical et soigné pas les mêmes et le patient doit avoir la possibilité de pouvoir l'exprimer.

- L'auto évaluation ETP et l'évaluation interne doivent aussi être un espace d'analyse de pratiques, en y ajoutant le regard du patient
- Travailler avec des professionnels « intermédiaires » (médiateurs culturels)

Ce qui serait utile à utiliser :

Un guide de bonne pratique Littératie en Santé très simple du professionnels de Santé pour le relire avant un entretien :

- Créer un climat de confiance dans une attitude détendue,
- Accueillir le patient, venir vers lui sans blouse blanche,
- Trouver des phrases types pour ne pas oublier,
- Mieux observer,
- Avoir une attitude, posture adaptée

- Aider à se présenter

Co-créer avec les patients des supports utilisables au domicile (exemple info sur le frigo) /Avoir des outils visuels

Existe-t-il des techniques pour connaitre le mode de communication du patient : auditif, sensoriel, tactile...

Quel est l'impact ? la santé défaillante est un fait à vivre dans l'environnement (maladie chronique) et il faut le vivre dans son environnement.

Comment concilier les normes médicale, sociale et du patient.

Comment mesurer ce qui a été appris dans le temps ?

Quelles sont les conditions de durabilité ?

Ont participé à ce travail :

AHAMED Houda - Pôle de ressources en ETP IDF

ALBINET Camille - Asalee Paris 18eme

AZOGUY-LEVY Sylvie – université Paris Diderot et LEPS

BALDASSIER Isabelle – Pôle de Santé de Créteil et de l'Est du Val de Marne

BAUX Dominique – MSP Gennevilliers

BIGEON Clothilde – Ville de Bobigny

BRUGEROLLES H l na - Pôle de ressources en ETP IDF

CAR Ivan – iCAR

CORBEAU Catherine – Médecin généraliste

COUTURIER Nicolas – Design Public

DECOTTIGNIES Annie – ARS DD77

DENARIE Aurélien –

DENIS

DJOUBI Zohra –

DOMENIGHETI Annie – Association les feux follets

DORSA Mariana - Pôle de ressources en ETP IDF

DUCOS Jean – ARS IDF

DUMOULIN Françoise – Asalee CMS Gennevilliers

FLOURY Delphine – ACSBE – La place santé

FRATTINI Marie-Odile – Promosant  IDF

FRIGOUT Séverine – NephroCare IDF

GAUDRON Elise -

GOMIS Araphie –

GRENIER Béatrice – Fondation Santé Service

GUILBERTEAU Anne – FEMASIF

GUIRAMAND Sonia – Sciences Po

LE GALL Maryvonne - NephroCare IDF

LOYER Cédric – CMS Bezons

MARGAT Aurore – LEPS

MUSSHE Alexandre -

NGUYEN Tu-Tam – Collectif outils du soin

PUGET Lydie – EPHAD de Conches

RAYMOND Régine – CMS Bezons

ROSSARD Jacques – SWAF

SANNIE Thomas - Pôle de ressources en ETP IDF

SENE Danièle - Asalee Paris 18eme

TRAYNARD Pierre-Yves - Pôle de ressources en ETP IDF

ZUCCHELO Alexia – Master de Santé Publique