

unisanté

Centre universitaire
de médecine générale
et santé publique · Lausanne

Communication du risque et littératie en santé

Marie-Anne Durand – Adjointe Scientifique
13 octobre 2022



CONFLITS D'INTÉRÊTS

Financier

Marie-Anne Durand a développé l'outil d'aide à la décision "Option Grid™", qui est sous-licence auprès de la compagnie EBSCO Health. Elle est consultante pour EBSCO Health. Pas d'autres conflits à déclarer.

Non-financier

Marie-Anne Durand a développé des mesures de la décision partagée. Pas d'autres conflits à déclarer.

POURQUOI COMMUNIQUER LES RISQUES ?

- La communication des risques cliniques aux patients et à leurs familles est un **impératif éthique**.
- Communiquer les risques et les avantages de manière claire et accessible est **une condition préalable essentielle à la prise de décision partagée**.
- Tous les patients, quel que soit leur position socio-économique, niveau d'éducation et de littératie en santé doivent pouvoir assimiler des informations complexes sur les risques des traitements, des tests ou d'autres procédures préventives.

DIFFÉRENTS DEGRÉS D'INNUMÉRISME



DEFINIR LA LITTÉRATIE EN SANTÉ



- ❖ La capacité d'un individu à obtenir, traiter et comprendre des informations de santé afin de prendre des décisions appropriées en matière de santé.
- ❖ La compréhension des informations relatives à la santé est essentielle pour prendre des décisions appropriées en matière de santé, promouvoir l'adhésion thérapeutique et améliorer les résultats en santé.

POURQUOI LA LITTÉRATIE EN SANTÉ (LS) EST-ELLE IMPORTANTE ?



- ❖ Une LS limitée est associée à de moins bons résultats en santé, à une morbidité plus importante, à un moins bon état de santé général, à une plus grande utilisation des services de santé et à une mortalité plus élevée.
- ❖ De plus en plus reconnue dans les politiques de santé mondiales.
- ❖ Étude européenne montre que 47% des participants auraient une LS limitée.

DÉTERMINANTS ET ASSOCIATIONS

- De nombreuses études suggèrent qu'une LS limitée affecte préférentiellement les patients en situation de précarité financière, de position socioéconomique inférieure, de niveau de scolarité inférieure et d'un âge plus avancé.
- La relation entre position socioéconomique et niveau de littératie suit la forme d'un gradient: le niveau de littératie en santé augmente avec la position socioéconomique.

UNE TÂCHE COMPLEXE



- Communiquer les risques cliniques de manière transparente et accessible est plus complexe qu'il n'y paraît.
- Les données sont rarement à disposition pour toutes les situations cliniques de votre pratique courante.
- Biais d'interprétation potentiel induit par la présentation des données cliniques dans les revues médicales scientifiques.

CONSEILS POUR MIEUX COMMUNIQUER LES RISQUES

DOI: 10.1093/ncidjy318
Advance Access publication on September 19, 2011.

Published by Oxford University Press

COMMENTARY

Helping Patients Decide: Ten Steps to Better Risk Communication

Angela Fagerlin, Brian J. Zikmund-Fisher, Peter A. Ubel

Manuscript received February 2, 2011; revised July 18, 2011; accepted July 20, 2011.

Correspondence to: Angela Fagerlin, PhD, Center for Bioethics and Social Sciences in Medicine, 300 North Ingalls St, Rm 7C27, Ann Arbor, MI 48106-1215 (e-mail: fagerlin@umich.edu).

With increasing frequency, patients are being asked to make complex decisions about cancer screening, prevention, and treatment. These decisions are fraught with emotion and cognitive difficulty simultaneously. Many Americans have low numeracy skills making the cognitive demands even greater whenever, as is often the case, patients are presented with risk statistics and asked to make comparisons between the risks and benefits of multiple options and to make informed medical decisions. In this commentary, we highlight 10 methods that have been empirically shown to improve patients' understanding of risk and benefit information and/or their decision making. The methods range from presenting absolute risks using frequencies (rather than presenting relative risks) to using a risk format that clarifies how treatment changes risks from preexisting baseline levels to using plain language. We then provide recommendations for how health-care providers and health educators can best to communicate this complex medical information to patients, including using plain language, pictographs, and absolute risks instead of relative risks.

J Natl Cancer Inst 2011;103:1436-1443

MÉDECINE GÉNÉRALE ET SANTÉ PUBLIQUE

Communication des risques en santé : revue de littérature et recommandations pour la pratique clinique

Marie-Anne Durand, Kevin Selby, Patrick Bodenmann, Khalil Zaman, Cyril Ducroz, Jacques Cornuz

DOI: 10.5379/REVME.2010.16.713.2092

Résumé

En conformité avec les principes de médecine basée sur les preuves, communiquer les risques cliniques aux patients et à leurs proches est un préambule essentiel au consentement et à la prise de décision éclairée. La communication des risques cliniques peut s'effectuer pendant et après les consultations, verbalement ou par écrit, en s'appuyant sur les dernières données scientifiques disponibles. De nombreuses études démontrent que la population est confrontée à différents degrés d'innomérisation, soit des difficultés plus ou moins importantes dans la maîtrise des chiffres. Il est ainsi impératif de communiquer les risques de façon adaptée aux numératie et littératie en santé variables des patients. Cet article présente une synthèse des travaux internationaux sur la communication des risques, ainsi que des recommandations pour la pratique clinique.

provided from <https://academic.oup.com/pollant>

Ref : Zipkin DA, Umscheid CA, Keating NL, et al. Evidence-based risk communication : a systematic review. *Ann Intern Med.* 2014;161(4):270-280.

CONSEIL 1 : UTILISER UN LANGAGE CLAIR



À éviter

- les anglicismes ou les emprunts à la langue anglaise.
En live / Faire un débriefing / Junk food / En direct / Faire le filon / Malbouffe
- les expressions imagées, les métaphores, les périphrases.
Avoir le cœur sur la main / Les forces de l'ordre / Être généreux / La police
- les figures de style qui risquent d'être mal comprises.
Il n'est pas certain que ce soit important / Ce n'est pas important
- les noms de couleur peu connus. Choisissez de préférence la couleur commune, suivie d'un qualificatif : foncé, clair ou vif.
Ocre / Orange ou jaune foncé

Pour les personnes en situation de handicap

Préférez des mots de 1 à 2 syllabes.

2.2. Les phrases

- Préférez les structures grammaticales simples : sujet, verbe, complément.
- Formulez des phrases simples, comprenant un seul verbe conjugué.
Mathilde, qui a obtenu son diplôme au Québec, travaille dans notre établissement depuis deux semaines. / Mathilde travaille dans notre établissement depuis deux semaines. Elle a obtenu son diplôme au Québec.
- Choisissez les temps de conjugaison les plus simples : présent, imparfait, passé composé, futur simple.
- Conjuguiez le verbe au même temps tout le long du document.

- Préférez les phrases actives aux phrases passives.
Le dossier d'inscription est à faire signer par l'étudiant. / L'étudiant doit signer le dossier d'inscription.
- Choisissez des phrases affirmatives plutôt que négatives.
Ne roulez pas à gauche. / Roulez à droite.

À éviter

- les verbes au conditionnel,
- les mots inutiles ou superflus qui n'ajoutent rien au sens de la phrase.

Pour les personnes en situation de handicap

- Préférez des phrases de 7 à 12 mots ou de 30 à 60 caractères.
Commencez une nouvelle phrase sur une nouvelle ligne.
- Préférez les phrases qui tiennent sur une seule ligne et qui se terminent sur une même page. Si la phrase est plus longue, coupez la phrase à l'endroit de la conjonction ou à l'endroit où il y a une pause lorsqu'elle est lue à voix haute.
- Évitez les compliments avant le verbe.
Il ne lui a pas donné l'autorisation. / Il n'a pas donné l'autorisation à l'animateur.
- Privilégiez les phrases courtes pour tenir compte de l'espace nécessaire pour un texte en caractères agrandis.

CONSEIL 1 : UTILISER UN LANGAGE CLAIR

- Une communication que vos patients et patients peuvent comprendre du premier coup.
- Veiller à ce que le langage soit clair et compréhensible pour tous.

"Si vos lecteurs peuvent trouver le matériel dont ils ont besoin, le comprendre le la première fois qu'ils le lisent, et utilisent ces informations pour accomplir leur tâche (ou la tâche que vous voulez qu'ils accomplissent), c'est du langage clair."



RÉDIGER ET PARLER EN LANGAGE CLAIR

- **Les principes les plus courants :**

- ✓ Mettez les informations les plus importantes en premier ;

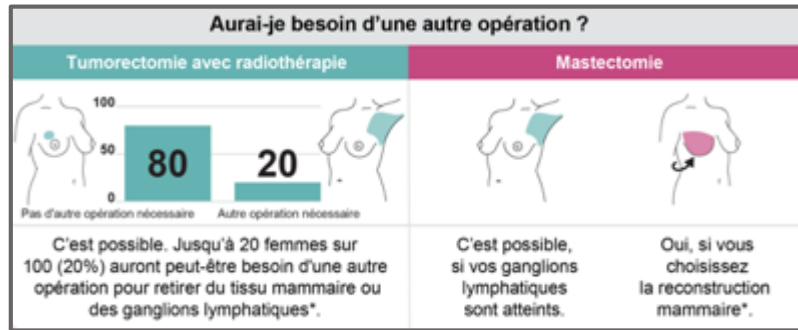
- ✓ Limitez vos messages (raccourcissez et regroupez les informations) ;

- ✓ Utilisez "vous" et d'autres pronoms ;

- ✓ Utilisez des analogies (par exemple, "pile ou face" ou "tirer des noms d'un chapeau").

CONSEIL 2 : REPRÉSENTATIONS GRAPHIQUES

- Peuvent être utilisées lorsque disponibles, mais ne conviennent pas à tous et **doivent toujours être accompagnées de chiffres**.
- Cela permettra aux patients ayant une faible littératie graphique de se concentrer uniquement sur les chiffres.



CONSEIL 2 : REPRÉSENTATIONS GRAPHIQUES

- Notre étude sur la compréhension des pictogrammes indique que 77% de l'échantillon interrogé trouve les pictogrammes déroutants.
- Il est difficile de recommander l'utilisation de diagrammes à barres ou de pictogrammes pour favoriser la compréhension.
- D'autres travaux sont nécessaires pour déterminer quelle représentation graphique est supérieure.

Refs : Alam S, Elwyn G, Percac Lima S, Grande SW, Durand MA. Assessing the acceptability and feasibility of encounter decision aids for early stage breast cancer targeted at underserved patients. *BMC informatique médicale et prise de décision*. 2016;16(1):147.
Nayak JG, Hartzler AL, Macleod LC, Izard JP, Dalkin BM, Gore JL. Relevance of graph literacy in the development of patient-centered communication tools. *Patient Educ Couns*. 2016;99(3):448-454. Durand M, Yen RW, O'Malley AJ, Elwyn G, Mancini J. Graph literacy matters : Examen de l'association entre la littératie graphique, la littératie en santé et la numératie dans une population admissible à Medicaid. *PLoS ONE*, 11 novembre 2020, 15(11).



CONSEIL 3 : RISQUE ABSOLU

- Imaginez un médicament qui pourrait être utilisé pour réduire le risque futur de cancer du sein.
- En utilisant le risque relatif, on peut dire que le risque de cancer du sein pourrait être réduit de 50 % au cours des cinq prochaines années.
- Nous vous recommandons plutôt d'utiliser une expression de **risque absolu** :

"Le risque de cancer du sein à 5 ans pourrait être réduit de 4 à 2 %".

CONSEIL 4 : FRÉQUENCES NATURELLES

Parler du risque d'impuissance après une opération pour le cancer de la prostate :

- On pourrait dire que l'impuissance survient chez **60% des hommes après une prostatectomie radicale.**
- Ou vous pouvez dire que l'impuissance survient chez **60 hommes sur 100 (60 %) après une prostatectomie radicale.**

Les fréquences naturelles (**60 hommes sur 100**) sont considérées comme plus faciles à comprendre que les pourcentages, mais des recherches supplémentaires sont nécessaires.

CONSEIL 5 : TABLEAU RÉCAPITULATIF

High Blood Pressure: Treatment Options with Single Medicines

This decision aid is for people with high blood pressure who are considering which medicine to take. It is for people with a 5% to 20% risk of having a heart attack or stroke within 10 years. It is not for people who need blood pressure medicine due to other health conditions. It is also not for people who need more than one blood pressure medicine or are pregnant. About High Blood Pressure

Hidden: Angiotensin Receptor Blockers (ARBs) - Grid View - optiongrid

PATIENT QUESTIONS	Thiazide Diuretics	Calcium Channel Blockers (CCBs)	Angiotensin Converting Enzyme (ACE) Inhibitors
What does the option involve?	You will take 1 to 2 pills every day. Most people need blood tests.	You will take 1 to 2 pills every day. Most people do not need blood tests.	You will take 1 to 2 pills every day. Most people need blood tests.
How much will it lower my risk of heart attack or stroke within 10 years?	For all options: About 1 to 5 of 100 people (1% to 5%) avoid a heart attack or stroke due to the medicine. Because: Without medicine , about 5 to 20 of 100 people (5% to 20%) have a heart attack or stroke. With medicine , about 4 to 15 of 100 people (4% to 15%) have a heart attack or stroke.	For all options: About 1 to 5 of 100 people (1% to 5%) avoid a heart attack or stroke due to the medicine. Because: Without medicine , about 5 to 20 of 100 people (5% to 20%) have a heart attack or stroke. With medicine , about 4 to 15 of 100 people (4% to 15%) have a heart attack or stroke.	For all options: About 1 to 5 of 100 people (1% to 5%) avoid a heart attack or stroke due to the medicine. Because: Without medicine , about 5 to 20 of 100 people (5% to 20%) have a heart attack or stroke. With medicine , about 4 to 15 of 100 people (4% to 15%) have a heart attack or stroke.
What are the side effects?	This medicine sometimes causes changes in levels of potassium or sodium, or how the kidneys are working.	This medicine sometimes causes swelling, usually in the legs.	This medicine sometimes causes: • changes in how the kidneys are working. • changes in levels of potassium. • a cough.
What else should I know?	This medicine may make you pee more often. Low-cost generics are available.	Low-cost generics are available.	Although rare, if you have swelling in your lips, tongue, or face, see a healthcare professional right away. Low-cost generics are available.
What are some common names?	Hydrochlorothiazide and chlorthalidone	Amlodipine and felodipine	Lisinopril and enalapril

Early-Stage Breast Cancer Treatment Options (Continued) Page 2 of 4

PATIENT QUESTIONS	Lumpectomy with Radiation	Mastectomy
How long will I live?	About 65 to 83 of 100 people (65% to 83%) live 10 years or more .  100 50 0 65-83 people Live 10 years or more	About 66 to 80 of 100 people (66% to 80%) live 10 years or more .  100 50 0 66-80 people Live 10 years or more
Will cancer come back anywhere?	About 29 to 36 of 100 people (29% to 36%) have cancer come back within 20 years .  100 50 0 29-36 people Cancer comes back within 20 years	About 30 of 100 people (30%) have cancer come back within 20 years .  100 50 0 30 people Cancer comes back within 20 years

CONSEIL 6 : HORIZONS TEMPORELS



- Il est très facile d'ignorer l'élément temporel du risque en se concentrant davantage sur la comparaison de l'ampleur du risque.
- Un patient de 50 ans qui apprend qu'il a un risque à vie de 17 % de cancer de la prostate a tendance à penser intuitivement que ce risque est important, et donc plus préoccupant, que si on lui présente un risque de 5 % de cancer de la prostate sur 10 ans.

BIAIS POTENTIEL : L'ODRE DES INFORMATIONS



- Sachez que l'ordre dans lequel vous décrivez les risques et les avantages d'un traitement à un patient peut modifier la façon dont il perçoit ces risques.
- Si le risque est décrit après les avantages, cette information aura tendance à être plus marquante et plus influente. C'est ce qu'on appelle un **"effet de récence"**.
- Il se peut qu'il n'y ait pas de solution. Il est important que vous en soyez conscient.

3 ÉTAPES POUR COMMUNIQUER LES RISQUES

MÉDECINE GÉNÉRALE ET SANTÉ PUBLIQUE

Communication des risques en santé : revue de littérature et recommandations pour la pratique clinique

Marie-Anne Durand , Kevin Selby , Patrick Bodenmann , Khalil Zaman , Cyril Ducros , Jacques Cornuz

DOI: 10.53738/REVMED.2020.16.713.2092

Résumé

En conformité avec les principes de médecine basée sur les preuves, communiquer les risques cliniques aux patients et à leurs proches est un préambule essentiel au consentement et à la prise de décision éclairée. La communication des risques cliniques peut s'effectuer pendant et après les consultations, verbalement ou par écrit, en s'appuyant sur les dernières données scientifiques disponibles. De nombreuses études démontrent que la population est confrontée à différents degrés d'innumérisme, soit des difficultés plus ou moins importantes dans la maîtrise des chiffres. Il est ainsi impératif de communiquer les risques de façon adaptée aux numératie et littératie en santé variables des patients. Cet article présente une synthèse des travaux internationaux sur la communication des risques, ainsi que des recommandations pour la pratique clinique.

ÉTAPE 1 : Décrire l'équilibre clinique et la nécessité d'en discuter ensemble

- Utiliser des mots simples, des termes neutres et non émotionnels.
- Expliquez que chaque option présente des avantages et des inconvénients. Vous allez maintenant décrire les principaux d'entre eux. Les outils d'aide à la décision peuvent aider.
- Décrivez l'incertitude et le manque de données disponibles pour chaque événement. **Expliquez qu'il est impossible de savoir quels événements affecteront quels patients, et avec quel niveau de gravité.**

ÉTAPE 2 : Présenter les données disponibles

- Décrire les probabilités avec fréquences naturelles et pourcentages.
- Pour les fréquences naturelles, utilisez le même dénominateur (soit 100, soit 1000, mais pas les deux).
- Exprimez les avantages et les risques en valeurs absolues.
- Limitez l'utilisation du concept du "nombre de patients nécessaires pour traiter..."

ÉTAPE 3 : Vérifier la compréhension et les questions éventuelles

- La méthode du "teachback" vous permet de vérifier la compréhension de la personne en face de vous.
- Dans les situations complexes, vous pouvez demander aux patients de résumer ce dont ils se souviennent des risques et des avantages de chaque option.
- Si le patient semble confus, anxieux ou en totale contradiction avec ce que vous venez d'expliquer, il est nécessaire de le questionner et de lui fournir à nouveau l'explication, en utilisant d'autres techniques de l'étape 2.

Merci pour votre attention !



Marie-Anne.Durand@unisante.ch

unisanté

Centre universitaire de médecine générale et santé publique • Lausanne