

# Étude exploratoire sur l'analphabétisme en lien avec la santé et le vieillissement de la population



2008-2009

Secteur de la formation professionnelle et technique et de la formation continue

# Étude exploratoire sur l'analphabétisme en lien avec la santé et le vieillissement de la population



2008 - 2009

Secteur de la formation professionnelle et technique et de la formation continue

Direction de l'éducation  
des adultes et de l'action  
communautaire

# Équipe de production

## **Coordination**

Andrée Racine

Responsable du dossier de l'alphabétisation et du Programme des initiatives fédérales-provinciales conjointes en matière d'alphabétisation  
Direction de l'éducation des adultes et de l'action communautaire (DEAAC)  
Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport

## **Rédaction de la version définitive du rapport de recherche**

Margot Désilets, consultante

## **Collaboration à la recherche et à la rédaction**

Julie Campeau, consultante

Le présent document a été produit en partie dans le contexte du Programme des initiatives fédérales-provinciales conjointes en matière d'alphabétisation.

© Gouvernement du Québec

Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport,

ISBN 978-2-550-54919-2 (PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 2008

Bibliothèque nationale du Canada

## Table des matières

PROBLÉMATIQUE.....	1
1 DE L'ALPHABÉTISME À LA LITTÉRATIE EN RAPPORT AVEC LA SANTÉ..	5
1.1 Définition de l'alphabétisme .....	5
1.2 Définition de la littératie.....	7
1.3 La littératie et la santé.....	8
2 L'ORIGINE DE L'INTÉRÊT POUR LA LITTÉRATIE ET LA SANTÉ .....	9
3 LA SITUATION ACTUELLE DE LA LITTÉRATIE EN MATIÈRE DE SANTÉ.	11
4 LA SITUATION DU QUÉBEC PAR RAPPORT AUX AUTRES PROVINCES CANADIENNES .....	13
5 L'INFLUENCE DU NIVEAU DE LITTÉRATIE SUR LA SANTÉ .....	17
5.1 Les effets directs.....	18
5.2 Les effets indirects .....	19
6 LA LITTÉRATIE ET LES AÎNÉS .....	23
6.1 Un portrait des aînés.....	23
6.2 Les capacités de lecture des canadiens âgés.....	24
6.3 Un aperçu de l'état de santé et du bien-être des aînés.....	26
6.4 Les effets de la faible littératie sur la santé des aînés.....	28
7. LES RECHERCHES, LES ÉTUDES ET LES PROJETS EN COURS .....	29
7.1 Les principales recherches québécoises et canadiennes .....	30
7.2 Des projets de rédaction en style clair et simple .....	31
7.3 La traduction et l'interprétation de l'information sanitaire .....	32
7.4 Des publications.....	32
7.5 L'intégration de notions de santé dans les ateliers d'alphabétisation.....	34
7.6 Des initiatives d'alphabétisation familiale .....	35
7.7 L'expérience du carrefour d'éducation populaire de Pointe-Saint-Charles ....	35
7.8 D'AUTRES RÉALISATIONS.....	39
8 LES AVANTAGES À POURSUIVRE LA RECHERCHE EN MATIÈRE DE SANTÉ-ALPHABÉTISATION.....	41
8.1 Clarifier l'enjeu .....	41
8.2 Formuler des arguments .....	42
8.3 Changer les choses .....	42

8.4	Présenter une perspective d'assise théorique .....	43
9	DES SUGGESTIONS D'ACTIVITÉS DE RECHERCHE .....	47
10	DES PROPOSITIONS D' ACTIONS .....	49
	CONCLUSION.....	55
	BIBLIOGRANPHIE .....	57

## Problématique

Les dernières enquêtes sur l'alphabétisation et les compétences des adultes, particulièrement l'Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes (EIAA) menée en 1995 et l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes (EIACA) menée en 2003, ont démontré qu'un faible niveau de capacités de lecture a des effets négatifs importants sur la santé. Non seulement l'analphabétisme est un important déterminant de la santé, mais il est également associé de très près aux autres conditions socioéconomiques qui ont une incidence sur la santé : revenu, statut social, emploi, soutien social, développement de la petite enfance, culture et rapports entre les sexes.

Par exemple, l'EIACA, menée en 2003, a tenté d'explorer le domaine de l'alphabétisation liée à la santé sur le thème « Santé et sécurité » à partir de documents portant sur les drogues et l'alcool, la prévention et le traitement des maladies, la sécurité et la prévention des accidents, les premiers soins, les urgences et les mesures à prendre pour rester en santé.

D'après cette enquête, les effets directs de l'analphabétisme ont trait notamment :

- à la compréhension de toute information sur la santé, par conséquent sur le respect des conseils concernant les soins, la prise de médicaments, la compréhension des étiquettes de produits alimentaires et des consignes de sécurité;
- à l'obtention des services nécessaires pour demeurer en santé et à leur accès;
- à l'interaction avec les professionnels de la santé;
- à la réclamation de soins médicaux appropriés au bon moment.

Les personnes peu alphabétisées, dont plusieurs vivent en contexte de vulnérabilité, peuvent aussi souffrir d'un approvisionnement alimentaire inapproprié, vivre dans un logement insalubre, travailler dans un milieu dangereux, se sentir isolées et exclues, subir beaucoup de stress et manquer d'assurance, avoir des difficultés à adopter des habitudes de vie saines ou être aux prises avec des obstacles qui nuisent au développement de leurs enfants pendant leur croissance. S'ajoute à cette problématique le vieillissement de la population qui doit inciter à une prise en charge responsable de sa santé, souvent difficile en milieu défavorisé, car les moyens qui permettraient d'encourager cette prise en charge sont souvent inaccessibles ou inexistantes.

Les différentes activités liées à la santé, examinées dans cette enquête, touchent à la promotion et à la protection de la santé, à la prévention des maladies, aux soins et au maintien de la santé de même qu'à l'accès à l'information sur Internet.

Pour approfondir cette problématique et trouver des solutions, des contacts ont déjà été établis, dans certaines régions, entre les professionnels de la santé et ceux de l'éducation des adultes. Cependant, ces contacts ne donnent pas nécessairement lieu à des actions de partenariat, mais plutôt à l'expression d'un souhait de concertation pour répondre à plusieurs besoins des personnes peu alphabétisées qui fréquentent les milieux de la santé. C'est le cas, par exemple, de la mise en œuvre des programmes à l'intention des jeunes mères de moins de 20 ans qui vivent en contexte de vulnérabilité, des jeunes pères, des familles en milieu d'extrême pauvreté ou des programmes dont l'objet est le développement du lien d'attachement entre parents et enfants (Programme de soutien aux jeunes parents, PSJP). D'autres programmes ont trait aux situations vécues par les communautés culturelles, qui, dans leur parcours migratoire, éprouvent des problèmes qui fragilisent leur santé et leur bien-être. À plusieurs reprises, les spécialistes soulignent qu'un handicap à l'atteinte des résultats attendus, dans ces programmes, est la faible scolarisation, et souvent l'analphabétisme presque complet, des populations visées par ces programmes.

De plus, la Politique gouvernementale d'éducation des adultes et de formation continue<sup>1</sup> invite à une formation continue de chaque citoyen et de chaque citoyenne, qui s'échelonne tout au long de la vie, centrée sur la personne dans toutes ses dimensions, avec des préoccupations pour certains groupes de la population. En ce sens, la Politique rappelle le caractère pluridimensionnel de l'éducation des adultes et de la formation continue qui englobe la personne dans toutes ses dimensions.

À la suite de cette constatation, il a été jugé important et urgent de mettre en œuvre un projet en vue d'une meilleure analyse de la situation décrite plus haut afin de proposer des actions de partenariat pertinentes et efficaces.

En octobre 2006, le Séminaire international sur l'alphabétisation a eu lieu à Québec. Il regroupait des personnes venant des autres provinces et territoires du Canada, de la France, de la Belgique et de l'Allemagne. Ce séminaire s'est poursuivi en avril 2008, à l'occasion du Forum interactif pancanadien sur la littératie et l'alphabétisation. Les informations livrées par les experts au Séminaire tenu en 2006 ainsi que les participantes et les participants au Forum tenu en 2008 nous ont permis d'enrichir les données de la présente étude.

Pour répondre aux nécessités de notre étude et être cohérentes par rapport aux sources les plus fréquentes dans le domaine, nous emploierons, à quelques reprises, le terme « littératie ». À noter que dans la littérature sur l'alphabétisation et la santé, ce terme est souvent employé pour rendre compte de l'ensemble des compétences de base rattachées à la compréhension et à

l'utilisation de l'information écrite et orale chez les adultes en matière de santé. Il faut retenir toutefois qu'au Québec c'est le terme « alphabétisation » qui est généralement employé pour faire état des compétences de base des adultes et de l'intervention qui est faite sur le plan de l'apprentissage en formation de base.

---

1. MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT, *Politique gouvernementale d'éducation des adultes et de formation continue*, Québec, gouvernement du Québec, 2002, 43 p.



# 1 De l'alphabétisme à la littératie en rapport avec la santé

## 1.1 Définition de l'alphabétisme

### ***D'après les données de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes (EIAA) (1995)***

Un rapport de Burt Perrin<sup>2</sup>, chercheur indépendant canadien dont plusieurs ouvrages portent sur la santé et l'analphabétisme, permet de définir l'alphabétisme selon les observations qui suivent : « L'alphabétisme n'est pas un objectif fixe, l'alphabétisme va au-delà du seul savoir lire, écrire ou calculer. C'est aussi comprendre et être capable d'utiliser l'information requise pour bien fonctionner ». Comme on le fait remarquer dans l'Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes (EIAA)<sup>3</sup>, dont le rapport a été publié en 1995, même si la plupart des gens savent lire, la véritable question est de savoir si leurs capacités de lecture et d'écriture leur permettent de vivre et de travailler dans la société d'aujourd'hui. À mesure que les exigences de la société changent, le niveau des capacités de lecture et d'écriture nécessaires pour bien fonctionner augmente.

L'alphabétisme suppose la compréhension de la langue écrite et de la langue parlée. Il constitue un facteur clé dans la capacité de comprendre et de suivre les instructions verbales des professionnels de la santé, comme les médecins, les pharmaciens ou les physiothérapeutes.

Toujours selon Perrin, les constatations de l'EIAA révèlent les conséquences suivantes : on n'est pas soit alphabète, soit analphabète. L'alphabétisme désigne tout un continuum de capacités. En effet, très peu de personnes sont complètement incapables de lire ou d'écrire quoi que ce soit. Cependant, près de la moitié des adultes canadiens possèdent des capacités de lecture limitées qui nuisent à leur fonctionnement dans la société. Ces personnes sont particulièrement vulnérables aux changements de contextes qui touchent à l'ensemble de leurs conditions de vie familiales, sociales et économiques.

Les connaissances qu'une personne possède sur différents sujets, mais en particulier sur la santé, ont un effet important sur sa capacité de comprendre l'information écrite et l'information verbale. Par exemple, la capacité d'une personne de comprendre de l'information sur la santé peut dépendre de la mesure dans laquelle l'information se rattache à ses propres connaissances.

---

2. Burt PERRIN et autres, *Effets du niveau d'alphabétisme sur la santé des Canadiens et des Canadiennes : étude de profil*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada et Santé Canada, 1998, 26 p.

3. Stan JONES et autres, *Littératie, économie et société : résultats de la première Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes*, Ottawa, Organisation for Economic Co-operation and Development, Educational Testing Service et Secrétariat national à l'alphabétisation, 1995, 217 p.

### ***D'après les données de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes (EIACA) (2003)***

Dans le contexte de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes (EIACA)<sup>4</sup>, on dénombre quatre domaines de compétences pour mesurer l'alphabétisme des adultes :

- 1) la compréhension de textes suivis : compréhension et utilisation de l'information contenue dans des éditoriaux, des reportages, des brochures, des dépliants, des manuels, etc.;
- 2) la compréhension de textes schématiques : repérage et utilisation de l'information contenue dans des tableaux, des diagrammes, des cartes géographiques, etc.;
- 3) la numératie : traitement de l'information mathématique présente dans des activités de la vie courante (établir le solde d'un compte-chèques, calculer un pourboire, etc.);
- 4) la résolution de problèmes : capacité de prendre des mesures concrètes dans des tâches complexes pour lesquelles il n'y a pas de procédure courante de résolution.

L'EIACA établit les niveaux de compétence suivants<sup>5</sup> :

- **Le niveau 1** désigne des capacités de lecture très faibles : la personne peut, par exemple, avoir de la difficulté à déterminer, à partir des renseignements indiqués sur l'emballage, la dose exacte de médicament à donner à un enfant;
- **Au niveau 2**, les personnes peuvent seulement se servir de textes simples, présentés clairement et dans lesquels les tâches à accomplir ne sont pas trop complexes. Cette catégorie est importante, car elle permet de repérer les personnes qui se débrouillent dans la vie quotidienne avec le peu de capacités de lecture qu'elles possèdent, mais qui auraient de la difficulté à s'adapter à un nouvel emploi qui nécessiterait un niveau supérieur d'alphabétisme;
- **Le niveau 3** est considéré dans plusieurs pays comme un seuil minimal à maintenir, bien que certaines professions requièrent des capacités supérieures;
- **Aux niveaux 4 et 5**, les capacités de lecture sont de plus en plus élevées, car le répondant doit pouvoir manipuler plusieurs sources d'information à la fois ou résoudre des problèmes plus complexes. Il semble que ces exigences soient nécessaires pour certains emplois.

---

4 Satva BRINK, *EIACA de 2003 : principales données de recherche*, Ottawa, Secrétariat national à l'alphabétisation, Direction de la politique sur l'apprentissage, 2005, 52 p.

5. [http://www.statcan.ca/cgi-bin/imdb/p2SV\\_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=4406&lang=en&db=IMDB&dbg=f&adm=8&dis=2](http://www.statcan.ca/cgi-bin/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=4406&lang=en&db=IMDB&dbg=f&adm=8&dis=2).

## 1.2 Définition de la littératie

L'Institut de la statistique du Québec emploie le terme « littératie », de plus en plus usuel en français, pour rendre compte de l'ensemble des compétences de base rattachées à la compréhension et à l'utilisation de l'information écrite chez les adultes. Plus précisément, le concept de littératie, pratiquement synonyme d'alphabétisme, se définit comme « l'aptitude à comprendre et à utiliser l'information écrite dans la vie courante, à la maison, au travail et dans la collectivité en vue d'atteindre des buts personnels et d'étendre ses connaissances et ses capacités <sup>6</sup> ».

Comme le mentionnent Elsie Petch, Barbara Ronson et Irving Rootman, dans leur rapport sur la littératie et la santé au Canada<sup>7</sup>, pour fonctionner dans la société, les individus ont besoin de maîtriser des compétences qui leur permettront d'exécuter des tâches simples telles que conduire une voiture, voter à une élection ou acquérir de nouvelles compétences pour le travail. L'apprentissage se fait également par la télévision et la radio. Il n'est donc pas nécessaire de lire pour obtenir de nouvelles informations. D'autres types de littératie comme celle des médias, de l'informatique et de l'expression orale sont très importantes de nos jours. La littératie étant liée à la capacité de contrôler sa propre vie, il y aurait donc plusieurs sortes de littératie autres que celles qui se rattachent à la capacité de lire et d'écrire. Cet aspect de la littératie a fortement été souligné par les experts sur le thème de la santé et l'analphabétisme lors du Séminaire international sur l'alphabétisation tenu en 2006.

Selon le Centre d'alphabétisation du Québec (The Centre for Literacy)<sup>8</sup>, la littératie est un éventail complexe d'habiletés qui exige la compréhension et l'utilisation des symboles dominants d'une culture, soit l'alphabet, les nombres et les pictogrammes, pour le développement personnel et collectif. La nature de ces habiletés et ce qu'elles nécessitent varient d'une situation à une autre.

Dans une société où la technologie prend une grande place, la définition de la littératie s'étend donc au-delà des capacités à lire, à écrire, à parler et à écouter pour inclure de multiples formes de littératie comme une littératie visuelle, médiatique et informative. Ces nouvelles compétences sont centrées sur la capacité individuelle de porter un jugement critique sur l'information reçue quotidiennement.

Ainsi, la culture, définie ici comme l'ensemble des connaissances acquises jusqu'à ce jour, représente les bases de la littératie en ce sens qu'elle se rattache à tous les aspects de la vie

---

6. Renald LEGENDRE, *Dictionnaire actuel de l'éducation*, 3<sup>e</sup> éd., Montréal, Guérin, 2005, 1 554 p.

7. Elsie PETCH, Barbara RONSON et Irving ROOTMAN, *La littératie et la santé au Canada : ce que nous avons appris et ce qui pourrait aider dans l'avenir. Un rapport de recherche. Édition en langage clair et simple*, Ottawa, Institut de recherche en santé du Canada, 2004, 36 p.

personnelle et communautaire. C'est une base essentielle, pour apprendre tout au long de la vie, qui doit être considérée comme faisant partie des droits de la personne.

### 1.3 La littératie et la santé

La littératie en matière de santé est le degré auquel les individus ont la capacité d'obtenir, de traiter et de comprendre de l'information de base sur la santé et d'obtenir les services nécessaires pour prendre des décisions appropriées<sup>9</sup>.

D'autre part, la définition de la littératie en matière de santé, utilisée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), s'énonce comme suit :

- Une personne doit être capable d'obtenir de l'information sur la santé;
- Une personne doit être capable de comprendre l'information;
- Une personne doit utiliser l'information pour améliorer sa santé ou la santé de sa famille ou de sa collectivité;
- Une personne n'est pas toujours obligée de lire ou d'écrire pour obtenir de l'information sur la santé et pour l'utiliser.

D'après l'OMS, les principaux tests pour déterminer la littératie en matière de santé sont le Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) (estimation rapide de la littératie des adultes en médecine) et le Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) (test de la littératie fonctionnelle des adultes en matière de santé). Ces dernières données sont incluses dans le rapport de Petch, Ronson et Rootman<sup>10</sup>.

À remarquer que la plupart des tests n'existent qu'en anglais et permettent seulement de vérifier les capacités de lecture et d'écriture. Il ne semble pas y avoir de tests sur la littératie en matière de santé pour vérifier la capacité d'écouter et de parler, ce qui est quand même important pour permettre aux personnes d'obtenir de l'information sur la santé, et pour vérifier la compréhension des consignes reçues.



---

8. Centre d'alphabétisation du Québec : <http://www.centreforliteracy.qc.ca/aboutusf.htm>.

9. Satva BRINK, 2005. |

10. Elsie PETCH, Barbara RONSON et Irving ROOTMAN, 2004.

## 2 L'origine de l'intérêt pour la littératie et la santé

L'intérêt canadien pour la littératie et la santé remonte à la fin des années 80 et aux années 90, alors que Southam News (1987), Statistique Canada (1992) et Développement des ressources humaines Canada (DRHC)/Statistique Canada (1994, 1997) amorçaient une série d'enquêtes de très grande envergure sur les niveaux de littératie des Canadiens. En même temps, le discours du trône de 1986 engage le gouvernement fédéral à « collaborer avec les provinces (et les territoires), le secteur privé et les organismes bénévoles à la mise au point de mesures qui permettront aux Canadiens d'acquérir le degré d'alphabétisme nécessaire pour bénéficier pleinement des avantages d'une société avancée ». C'est dans la foulée de ce discours que le Secrétariat national à l'alphabétisation (SNA) voit le jour en 1987. Toujours à la fin des années 80, l'Association pour la santé publique de l'Ontario (ASPO) et le Collège Frontière ont entrepris ensemble une étude phare sur la littératie et la santé afin de mieux comprendre les liens entre les deux domaines.

Par ailleurs, l'OMS a déclaré l'année 1990 « Année internationale de l'alphabétisation », ce qui a incité de nombreux gouvernements, notamment au Canada, tant au fédéral que dans les provinces et les régions, à entreprendre des actions et des recherches dans ce domaine. Il convient de souligner l'importance de cette année de l'alphabétisation. Bien que des recherches aient été réalisées par les milieux communautaires et institutionnels avant cette décennie, l'année 1990 a véritablement donné une visibilité à ces travaux, ne serait-ce que par la création du SNA ainsi que par la consolidation des activités du Centre de documentation sur l'éducation des adultes et la condition féminine (CDEACF).

C'est à l'occasion de l'Année internationale de l'alphabétisation (1990) que huit pays industrialisés, soit le Canada, l'Irlande, l'Allemagne, les Pays-Bas, la Pologne, la Suède, la Suisse et les États-Unis, ont décidé d'un commun accord de mener en 1994 une enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes (EIAA). C'était là une première évaluation multinationale et multilingue des capacités de lecture chez les adultes.

Cette enquête a été parrainée par le Secrétariat national à l'alphabétisation et la Direction générale de la recherche appliquée de Développement des ressources humaines Canada ; elle a été dirigée par Statistique Canada en collaboration avec l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), Eurostat et l'Unesco. Elle a profité en outre du soutien de l'Educational Testing Service et du National Center for Education Statistics, tous deux aux États-Unis, et du travail des chercheurs de tous les pays participants dans les domaines des enquêtes et de l'éducation. Les résultats de cette enquête, dont il a été question au chapitre 1, ont favorisé

un intérêt accru à l'égard de l'alphabétisation dans plusieurs milieux et ont ouvert une porte pour explorer les conséquences de l'analphabétisme dans différents domaines, dont la santé.

Au cours des mêmes années, soit en 1992, l'Association canadienne de santé publique (ACSP) établissait le Programme national sur l'alphabétisation et la santé, aujourd'hui appuyé par 27 organismes partenaires au pays. Ce programme permet de fournir aux professionnels de la santé des ressources qui les aident à offrir de meilleurs services aux patients dont le niveau d'alphabétisation est faible. Ce programme souligne en outre l'importance pour les professionnels de la santé de communiquer clairement et simplement par écrit et oralement.

En avril 2002, un groupe de chercheurs, sous la direction du D<sup>r</sup> Irving Rootman, a reçu de l'aide financière pour une période de trois ans de la part du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada afin d'élaborer un programme national de recherche sur l'alphabétisation et la santé, en collaboration avec l'ACSP. Le groupe en question proposait d'établir un comité consultatif, de mener une analyse du contexte et une évaluation des besoins, d'organiser un comité des sages et un atelier, de présenter des projets de recherche, de créer un site Web et un bulletin électronique, de concevoir des occasions de formation pour les étudiantes et les étudiants inscrits au deuxième ou au troisième cycle ou encore au postdoctorat, d'évaluer le Programme national de recherche sur l'alphabétisation et la santé et ses propres efforts en vue d'établir un plan d'action pour la recherche et d'élaborer un plan pour assurer la continuité de ce programme à long terme.

En 2007, la Journée annuelle de santé publique (JASP), organisée par le ministère de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec et l'Institut de la statistique du Québec, a intégré dans son programme des conférences et des ateliers portant sur les impacts de la littératie sur la santé de la population.

L'intérêt grandissant pour la littératie en matière de santé est donc le fruit des travaux de certains chercheurs et chercheuses sur la question, d'actions menées par des groupes du milieu qui ont contribué à sensibiliser des professionnels dans les domaines de la santé et de l'éducation aux effets néfastes de l'analphabétisme sur la santé des individus et de la collectivité.

### 3 La situation actuelle de la littératie en matière de santé

Perrin rapporte que, dans le contexte de l'EIAA (1995), on a déterminé les capacités de lecture des répondants en utilisant des exemples réels tirés de la vie quotidienne en leur présentant, par exemple, une étiquette de bouteille de médicaments, des formulaires divers sur la santé ou des directives sur les situations quotidiennes liées à la santé<sup>11</sup>.

Ce chercheur précise également que 22 % des adultes canadiens se classent au niveau le plus faible des capacités de lecture. Ces personnes ne sont donc pas capables, par exemple, de déterminer à partir de renseignements écrits sur l'étiquette la dose précise de médicament à donner à un enfant. Par ailleurs, 26 % des adultes se positionnent au niveau 2, c'est-à-dire qu'ils peuvent lire, mais ne comprennent que les textes simples en matière de santé, dont la présentation est claire et le contexte connu. Ils auraient de la difficulté à comprendre de l'information plus complexe, ce qui est souvent le cas sur le plan de la santé, ou présentée dans un contexte différent.

Lors du Séminaire international sur l'alphabétisation qui s'est déroulé à Québec en octobre 2006, Linda Shohet, fondatrice et directrice du Centre d'alphabétisation du Québec, présentait les données suivantes<sup>12</sup> :

- L'EIACA réalisée en 2003 évalue qu'environ 50 % des Canadiens et des Canadiennes d'âge adulte éprouvent une certaine difficulté à lire des textes de nature courante, y compris les textes suivis, les textes schématiques et le contenu quantitatif<sup>13</sup> ;
- Cependant, l'EIACA ne mesure pas l'absence de compétences. Elle sert plutôt à évaluer les connaissances et les compétences dans les quatre domaines définis, selon une gamme de capacités. Par conséquent, les résultats ne peuvent pas être utilisés pour qualifier d'alphabétisés ou d'analphabètes des groupes de population;
- Au Québec, 15,6 % des adultes ne possèdent pas les compétences de base en compréhension de textes suivis. En outre, 33 % des adultes n'ont pas les compétences nécessaires pour faire face à l'évolution du marché de l'emploi et aux demandes quotidiennes de la société.

De nombreux chercheurs se sont penchés sur les conséquences des faibles capacités de lecture des personnes âgées au Canada. Ces dernières sont limitées dans leurs activités et dépendent souvent des autres tâches de lecture et d'écriture de la vie quotidienne. Ainsi, de nombreux aînés

---

11. Burt PERRIN et autres, 1998.

12. Linda SHOHET, *L'alphabétisation/littératie, la santé et les aînés*, Québec, Centre d'alphabétisation du Québec, Séminaire international sur l'alphabétisation, 2006, 33 p.

13. Satva BRINK, 2005.

ont de la difficulté à comprendre l'information sur la santé et à utiliser les services de santé. Selon l'EIACA, plus de 80 % des aînés canadiens se situent aux niveaux 1 et 2.

Nous examinerons de plus près les conséquences de cet état de fait sur les aînés au chapitre 6.

### De nouveaux besoins

Dans leur rapport de recherche<sup>14</sup>, Petch, Ronson et Rootman présentent quelques besoins en matière de littératie et de santé au Canada. Selon eux, dans la société actuelle du savoir, plus d'emplois exigent de meilleures capacités de lecture et d'écriture. Les travailleurs ont besoin de meilleures capacités de lecture pour accomplir leurs nouvelles tâches ou pour occuper les nouveaux emplois. De plus, on utilise désormais de manière courante les ordinateurs pour accomplir son travail ou pour se renseigner sur la santé. Les personnes qui se situent à un faible niveau de lecture ont plus de difficulté à lire l'information obtenue par ordinateur.

Il est également important de considérer que les personnes nouvellement immigrées au Canada, ont des besoins spéciaux à cause de leur culture et de leur langue. La capacité de lire, d'écrire, de parler et d'écouter en anglais ou en français est importante pour aller chercher de l'information sur la santé et pour savoir à qui s'adresser afin d'obtenir de l'aide.

Par ailleurs, la population du Canada vieillit. On compte davantage de personnes âgées aujourd'hui et il y en aura encore plus dans l'avenir. Elles prennent plus de médicaments et ont besoin de plus d'information sur la santé. En outre, il y a davantage de personnes qui reçoivent des soins à la maison plutôt que dans les hôpitaux. Il est donc nécessaire d'avoir accès à une information claire et appropriée pour donner des soins aux personnes à la maison.



---

14. Elsie PETCH, Barbara RONSON et Irving ROOTMAN, 2004.



## 4 La situation du Québec par rapport aux autres provinces canadiennes

La littératie est intimement liée à la culture à laquelle appartient la personne dont les habiletés sont mesurées. La situation du Québec par rapport à celle des autres provinces du Canada doit être prise en considération puisque les différences culturelles ne permettent pas de faire reposer entièrement les actions québécoises sur l'élaboration de stratégies d'action en matière de santé dans l'ensemble du Canada.

### Résultats des provinces et des territoires par rapport à la moyenne canadienne

	Textes suivis	Textes schématiques	Numératie	Résolution de problèmes
<b>Résultat moyens significativement supérieurs à la moyenne canadienne</b>	Yukon, Alberta, Colombie-Britannique, Saskatchewan	Yukon, Alberta, Colombie-Britannique, Saskatchewan	Yukon, Alberta, Colombie-Britannique, Saskatchewan	Yukon, Alberta, Colombie-Britannique, Saskatchewan
<b>Résultats moyens non significativement différents de la moyenne canadienne</b>	Nouvelle-Écosse, Territoires du Nord-Ouest, Manitoba, Île-du-Prince-Édouard, Ontario	Nouvelle-Écosse, Territoires du Nord-Ouest, Manitoba, Île-du-Prince-Édouard, Ontario	Nouvelle-Écosse, Territoires du Nord-Ouest, Manitoba, Île-du-Prince-Édouard, Ontario, Québec	Nouvelle-Écosse, Territoires du Nord-Ouest, Manitoba, Île-du-Prince-Édouard, Ontario, Québec
<b>Résultats moyens significativement inférieurs à la moyenne canadienne</b>	Québec, Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, Nunavut	Québec, Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, Nunavut	Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, Nunavut	Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, Nunavut

La dualité linguistique constitue un trait fondamental de la société canadienne. Les deux langues officielles, à savoir le français et l'anglais, sont parlées par une proportion importante de la population au Québec, au Nouveau-Brunswick, en Ontario et au Manitoba. Les résultats de l'EIAA de 1995 indiquent que les adultes dont la langue maternelle est le français (francophones) présentent des résultats en matière de littératie inférieurs à ceux dont la langue maternelle est l'anglais (anglophones). Cette différence entre les deux groupes persistait encore en 2003.

Au Québec, les résultats moyens sont inférieurs à la moyenne nationale en ce qui concerne la compréhension de textes suivis et de textes schématiques, mais ils ne diffèrent pas de cette moyenne pour la numératie et la résolution de problèmes.

La situation du Québec est à considérer. Un des faits saillants de l'EIACA est que, en matière de compréhension de textes suivis, un peu moins de la moitié des adultes québécois atteignent ou dépassent le niveau 3. Au total, 22 % de la population québécoise âgée de 16 ans et plus se classe au niveau 1 pour ce qui est de la compréhension de textes suivis. Ces personnes peuvent donc lire un texte court et repérer un élément d'information identique ou semblable à celui qui est donné dans la question. Au niveau 2, qui compte 32 % de la population, les gens sont en mesure de faire des déductions simples et de comparer des renseignements tirés de textes, y compris certains éléments de distraction. Les personnes qui atteignent le niveau 3 (33 %) peuvent lire un texte relativement dense et long, y repérer plusieurs éléments et les apparier en faisant des déductions simples. Enfin, les individus positionnés au niveau 4 ou au niveau 5 (13 %) peuvent faire des déductions complexes et traiter des renseignements plus abstraits, repérés dans des textes relativement longs qui comportent plusieurs éléments de distraction.

#### En ce qui a trait à la santé...

En 2005, le National Summer Institute, lors de leur institut d'été, proposait un atelier, intitulé « Working together on Literacy and Health Research », qui consistait à tracer le portrait des priorités pour chaque région du Canada.

En matière de recherche, les priorités du Québec se définissaient comme suit :

- Établir un réseau francophone de partenaires en vue de poursuivre les recherches sur la littératie et la santé au Québec et chez les autres communautés francophones hors Québec;
- Tracer un portrait des besoins de recherche en matière de littératie et de santé dans la communauté francophone;
- Clarifier la terminologie par rapport à la littératie et à la santé;
- Baser les recherches sur la famille et la communauté (il y aurait trop d'attention accordée aux individus) ainsi que sur l'apprentissage tout au long de la vie;
- Examiner la communication en matière de santé, qui reste un problème;
- Faire une évaluation du travail accompli jusqu'à maintenant;
- Répondre aux besoins de recherche sur la compréhension des immigrants par rapport à la santé, aux maladies, à la prévention et aux soins;

- Évaluer la compétence des professionnels de la santé à communiquer de façon efficace avec les différents groupes culturels.

Les faiblesses du Québec en ce qui a trait à la recherche dans ce domaine résideraient dans :

- le manque de vocabulaire commun qui rendrait le langage des recherches plus simples;
- le peu de recherches faites sur la littératie et la santé chez les adultes et les personnes âgées;
- le fait que les recherches francophones ne sont généralement pas lues par la communauté anglophone.

## 5 L'influence du niveau de littératie sur la santé

Puisqu'il est évident que l'analphabétisme ne peut se résumer à la simple difficulté à lire et à écrire, il convient de tenir compte de tout ce que cela implique. Les références qui suivent se rapportent aux principales recherches sur l'analphabétisme et la santé : elles démontrent l'importance des impacts et des conséquences de l'analphabétisme sur la santé. Selon les propos de Perrin<sup>15</sup>, l'un des indicateurs de santé le plus souvent utilisé est l'état de santé auto-évalué. D'après ce chercheur, l'état de santé auto-évalué, c'est-à-dire l'évaluation approximative par le patient de sa propre santé, constitue un bon indicateur de la présence de problèmes de santé et de l'utilisation des services de santé. Perrin montre aussi qu'il existe une relation étroite entre le niveau de scolarité et l'état de santé : 19 % de Canadiens n'ayant pas terminé leurs études secondaires ont qualifié leur santé d' « excellente », comparativement à 23 % de ceux qui ont un diplôme d'études secondaires, à 27 % de ceux qui ont un diplôme d'études collégiales et à 39 % des titulaires d'un diplôme universitaire.

À titre indicatif, le rapport de Roberts et Fawcett paru en 1998<sup>16</sup> met en avant que 74 % des personnes âgées qui ont une capacité de lecture de niveau 1 ou 2 se trouvent à lire quotidiennement les instructions d'une recette ou celles qui figurent sur les contenants de médicaments. Compte tenu du fait que 66 % des personnes âgées qui se situent au niveau 1 et que 90 % de celles qui sont au niveau 2 surestiment leur capacité de lecture, cette lecture quotidienne peut se révéler dangereuse pour leur santé.

Pour leur part, Petch, Ronson et Rootman précisent que la littératie en matière de santé n'a pas pour seul objectif de pouvoir déchiffrer les étiquettes des flacons de médicaments ou des ordonnances, mais qu'elle signifie aussi la possibilité de recevoir et de comprendre de l'information sur sa santé<sup>17</sup>. Cet état de fait les conduit à traiter des impacts directs et indirects de l'analphabétisme sur la santé. Si les répercussions directes sont plus évidentes (en raison des difficultés à lire et à comprendre les étiquettes et les ordonnances, les risques de blessures au travail résultant d'une mauvaise compréhension des instructions en matière de sécurité sont plus élevés), les conséquences indirectes ne sont pas moins importantes. Il est alors question de chômage, d'emplois mal rémunérés, de stress, de vulnérabilité, de mauvaises habitudes de vie et de périodes d'hospitalisation plus longues et plus fréquentes.

Toujours selon ces auteurs, de nombreux facteurs autres que le faible niveau d'alphabétisme sont associés à la mauvaise santé, comme l'âge, le revenu et les facteurs environnementaux.

---

15. Burt PERRIN et autres, 1998.

16. Paul ROBERTS et Gail FAWCETT, *Personnes à risques : analyse socio-économique de la santé et de l'alphabétisme chez les personnes âgées*, Ottawa, Développement des ressources humaines du Canada, Secrétariat national à l'alphabétisation et Statistique Canada, 1998, 72 p.

Les effets du niveau d’alphabétisme, du revenu et de la pauvreté sur la santé sont liés et même interdépendants de nombreuses façons. Ainsi, les enfants qui vont à l’école sans avoir mangé suffisamment peuvent éprouver de la difficulté à se concentrer, ce qui nuit à leur apprentissage de la lecture et de l’écriture. Tout comme un faible revenu et la pauvreté résultent en grande partie d’un faible niveau quant à la capacité de lecture, il en est de même pour les problèmes de santé qui y sont associés.

## 5.1 Les effets directs

Déjà en 2004, à la suite des résultats de l’EIAA, plusieurs rapports de recherche présentaient quelques données concernant les effets du niveau d’alphabétisme sur la santé.

Dans leur rapport<sup>18</sup>, Petch, Ronson et Rootman affirment que les gens qui ne lisent pas bien :

- ont de la difficulté à trouver et à comprendre l’information;
- ont plus de problèmes de santé;
- font plus d’erreurs en prenant ou en donnant des médicaments;
- ont plus d’accidents de travail.

Ces dernières constatations correspondent aux effets directs de la littératie sur la santé. En ce qui a trait aux effets indirects, la recherche de Petch, Ronson et Rootman montre que les personnes ayant un faible niveau de littératie sont plus nombreuses :

- à avoir un emploi mal payé ou à être en chômage;
- à ressentir plus de stress et à être vulnérables lorsque les choses ne vont pas bien;
- à avoir des habitudes malsaines, comme fumer et ne pas faire assez d’exercice;
- à aller plus souvent à l’hôpital et à être hospitalisées plus longtemps;
- à avoir davantage de difficultés à utiliser le système de santé.

De son côté, Perrin indique que bon nombre d’adultes canadiens ont de la difficulté à comprendre les renseignements inscrits sur les étiquettes des médicaments<sup>19</sup>. En effet, près de la moitié des adultes ont de la difficulté à comprendre de l’information complexe. Il n’est donc pas étonnant que l’incapacité à comprendre de l’information à propos des médicaments, des pratiques liées à la santé et des risques pour la sécurité entraîne des problèmes de santé.

---

17. Elsie PETCH, Barbara RONSON et Irving ROOTMAN, 2004.

18. *Ibid.*

19. Burt PERRIN et autres, 1998.

L'enquête et les études de cas menées dans le contexte de l'étude de l'Association pour la santé publique de l'Ontario (ASPO) et par le Collège Frontière ont aussi permis de trouver de nombreux exemples de problèmes de santé, souvent assez graves pour nécessiter une période d'hospitalisation, qui découlent directement des faibles capacités de lecture<sup>20</sup>.

Voici quelques-uns de ces exemples : Il y a une utilisation incorrecte des médicaments : « Il lui faut suivre un régime strict et prendre plusieurs médicaments prescrits par son médecin de famille, chaque jour, à intervalles réguliers. Elle est toutefois incapable de lire les étiquettes sur les produits alimentaires et les instructions qui accompagnent ses médicaments prescrits. Ses difficultés de lecture constituent un danger pour la santé! »;

- Les directives du médecin ne sont pas respectées :

dans l'étude de l'ASPO, on a relevé des exemples de personnes qui ne respectaient pas les instructions du médecin parce qu'elles étaient tout simplement incapables de lire des instructions écrites ou parce qu'elles ne comprenaient pas les directives verbales transmises par le médecin;

- Le lait maternisé est mal préparé ;

Il y a des risques importants pour la santé dans le lieu de travail : l'étude manitobaine sur l'alphabétisme et la santé a révélé que la difficulté à comprendre les mises en garde relatives aux machines agricoles et à l'équipement récréatif augmente les dangers de la vie à la campagne. Dans l'un de ses rapports, le Conseil consultatif sur la santé et la sécurité au travail de l'Ontario cite un certain nombre de cas où l'analphabétisme a causé des accidents, notamment des cas où des personnes n'avaient pas compris les précautions à prendre lors de la manipulation de produits chimiques et des cas où des personnes avaient mal interprété une illustration des choses « à ne pas faire », ce qui a entraîné une augmentation du nombre d'accidents.

## 5.2 Les effets indirects

Toujours selon l'enquête menée par l'ASPO et le Collège Frontière, il est dit que, si importants et dramatiques que soient les effets directs mentionnés plus haut, la recherche a révélé que les principales répercussions du niveau d'alphabétisme sur la santé se produisent de façon indirecte.

Dans son rapport paru en 1994<sup>21</sup>, le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population a défini cinq principaux déterminants de la santé :

- les conditions de vie et de travail;

---

20. Burt PERRIN, *Research Report : Literacy and Health Project Phase One*, Toronto, Association pour la santé publique de l'Ontario, 1990

21. COMITÉ CONSULTATIF FÉDÉRAL-PROVINCIAL-TERRITORIAL SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION, *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : investir dans la santé des Canadiens*, Halifax, Santé Canada, 1994, 47 p.

- les pratiques personnelles liées à la santé et la capacité d'adaptation;
- l'environnement physique;
- les services de santé;
- les facteurs biologiques et génétiques, liés à un défaut de fonctionnement d'un gène et pouvant être héréditaires (par exemple, l'hémophilie).

Parmi ces déterminants, seuls les facteurs biologiques et génétiques ne subissent pas l'influence, du moins dans une certaine mesure, du niveau d'alphabétisme. **Les conditions de vie et de travail**

Bien que la faible scolarité et les faibles capacités de lecture ne soient pas les seules causes de la pauvreté, un grand nombre d'ouvrages révèlent qu'elles sont deux facteurs déterminants. Par exemple, comme nous l'avons mentionné plus haut, le niveau d'alphabétisme est un facteur déterminant de l'employabilité. Il est étroitement associé à l'emploi et, par conséquent, au revenu. De plus, les travailleurs et les travailleuses dont les capacités de lecture sont faibles ont un taux d'accident de travail plus élevé que la moyenne, probablement parce que les types d'emplois qui leur sont accessibles, dans le secteur primaire et les secteurs des ressources et de la construction, par exemple, sont plus susceptibles d'être dangereux.

### **Les pratiques personnelles liées à la santé et la capacité d'adaptation**

Les personnes ayant un faible niveau d'alphabétisme sont souvent plus stressées que celles qui ont de meilleures capacités de lecture. Elles sont plus susceptibles d'avoir moins confiance en elles et de se sentir vulnérables. Répondre aux exigences de la société d'aujourd'hui, pour quelqu'un qui a de la difficulté à lire et à écrire, est un facteur de stress légitime. Et le faible niveau d'alphabétisme provoque aussi, indirectement, un niveau élevé de stress. De nombreuses personnes, par exemple de niveau 2 selon l'Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes, savent lire, mais seulement des textes simples présentés dans un contexte familier. Tant que leur environnement demeure stable, elles fonctionnent souvent très bien. Toutefois, lorsque leur environnement change, et c'est ce qui se produit à un rythme de plus en plus rapide, elles se retrouvent dans une position fort désavantageuse.

### **L'environnement physique**

Le niveau d'alphabétisme donne aux personnes, dans une certaine mesure, le pouvoir de choisir l'environnement physique où elles vivent et travaillent, d'apporter des changements et de prendre des mesures pour se protéger des dangers. Le niveau de précarité d'emploi étant souvent lié directement au niveau d'alphabétisme, il arrive que la personne peu scolarisée soit amenée à travailler dans des conditions non souhaitables sans toutefois pouvoir prendre en charge les

modifications de ces dernières pour ainsi améliorer son lieu de travail. Il en est de même pour son choix de lieu de résidence.

### **Les services de santé**

Le niveau d'alphabétisme influe directement sur la capacité des personnes d'avoir accès au système de soins et d'en faire une utilisation efficace. Celles qui faiblement alphabétisées ont un accès limité à l'information sur la santé, tant l'information écrite que l'information verbale. La plupart des renseignements sur la santé, qui proviennent des organismes de santé et des praticiens ainsi que d'autres sources, comme les médias, se présentent sous forme écrite et sont difficiles ou impossibles à comprendre pour de nombreuses personnes. En outre, beaucoup ne font pas confiance à l'information écrite et préfèrent obtenir leur information sur la santé par le bouche-à-oreille. Il en résulte fréquemment que ce mode de transmission peut faire en sorte qu'une information soit incomplète ou erronée. De nombreuses personnes faiblement alphabétisées ne savent pas où aller pour recevoir les services de santé dont elles ont besoin. Le manque d'information, la peur de l'embarras, une faible confiance en soi et des ressources limitées font que ces personnes négligent les soins préventifs, n'osent pas défendre leurs droits et attendent que leurs problèmes de santé s'aggravent avant de consulter un professionnel de la santé. Les personnes dont les capacités de lecture sont faibles coûtent plus cher que les autres au système de soins. En d'autres mots, non seulement le faible niveau d'alphabétisme a une incidence négative sur les personnes, mais il occasionne des frais plus élevés pour le système de soins et l'ensemble des coûts sociaux.



## 6 La littératie et les aînés

### 6.1 Un portrait des aînés

Selon le *Rapport de l'équipe de travail sur « La pleine participation des aînés au développement du Québec : afin de construire un Québec pour tous les âges »*<sup>22</sup>, c'est l'âge, soit 65 ans dans un grand nombre de pays industrialisés, qui a été utilisé jusqu'à maintenant comme critère pour définir les aînés, indépendamment des taux de mortalité et de morbidité.

Ce faisant, on confond toutefois retraite et vieillesse. Cette dernière ne débute plus à 65 ans comme autrefois, puisque ce n'est que plus tardivement qu'une partie importante de la population commence à connaître des pertes fonctionnelles, attributs physiologiques de la vieillesse. Néanmoins, étant donné que l'âge de 65 ans est associé au début de certains programmes de sécurité du revenu, et que c'est l'âge le plus souvent utilisé dans les comparaisons entre pays occidentaux, ce seuil conserve un sens certain comme début du troisième âge. S'il a notamment la particularité d'être utile, il ne doit surtout pas cependant dissimuler la non-homogénéité du groupe social qualifié d'« aînés ».

Toujours selon le même rapport, en 2004, la population âgée de 50 ans ou plus représente près de 2 500 000 personnes, soit près du tiers (32,6 %) de l'ensemble de la population québécoise. Ainsi, la vague des personnes âgées de 50 à 64 ans, qui rejoindra le groupe des aînés au cours des prochaines années, comprend près de 1 500 000 personnes, comparativement à un peu plus de 1 million pour les personnes âgées de 65 ans ou plus.

La population québécoise vieillit donc à un rythme rapide. La première cause de ce vieillissement, selon l'équipe de Monique Des Rivières, est la baisse importante de la natalité au cours des années 60 et son maintien à un faible niveau par la suite. L'effet de cette faible natalité est d'autant plus déterminant qu'elle faisait suite au baby-boom, c'est-à-dire à la forte natalité observée au Québec de 1946 à 1965. La deuxième cause du vieillissement de la population est l'allongement de l'espérance de vie.

Il importe de comprendre que le vieillissement de la population n'est pas un phénomène démographique transitoire qui s'estompera rapidement après la disparition des baby-boomers. En effet, la faiblesse persistante du taux de fécondité maintiendra un rapport élevé entre le nombre d'aînés et le reste de la population. Le prolongement de la vie jusqu'à un âge avancé ne

---

22. Monique DES RIVIÈRES et autres, *Rapport de l'équipe de travail sur « La pleine participation des aînés au développement du Québec : afin de construire un Québec pour tous les âges »*, Québec, ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine, Direction des relations publiques et des communications, 2005, 192 p.

fera qu'accentuer le phénomène du vieillissement de la société, et même une très forte immigration ne changerait pas véritablement le cours des choses à moyen et à long terme.

## 6.2 Les capacités de lecture des Canadiens âgés

Pour bien distinguer les capacités de lecture des Canadiens, l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes a réparti les tâches de littératie en trois catégories :

- **la compréhension de textes suivis** : connaissances et compétences nécessaires pour comprendre et utiliser l'information contenue dans des textes suivis, tels des éditoriaux, des reportages, des poèmes et des ouvrages de fiction;
- **la compréhension de textes schématiques** : connaissances et compétences nécessaires pour repérer et utiliser l'information présentée sous diverses formes, notamment les demandes d'emploi, les fiches de paie, les horaires de transport, les cartes routières, les tableaux et les graphiques;
- **la compréhension de textes au contenu quantitatif** : connaissances et compétences nécessaires à l'application des opérations arithmétiques, séparément ou successivement, à des nombres contenus dans des imprimés, par exemple pour établir le solde d'un compte-chèques, calculer un pourboire, remplir un bon de commande ou calculer l'intérêt d'un emprunt à partir d'une annonce publicitaire.

Ces trois catégories ont ensuite été réparties en cinq niveaux pour comprendre la littératie dans toute son ampleur et sa diversité de même que pour en saisir la signification, la portée et la répartition. Le niveau 1 dénote un niveau de compétences très faible, et le niveau 5, des compétences supérieures; à ce dernier niveau, une personne maîtrise la plupart des tâches quotidiennes nécessitant de la lecture. Les répondants à l'EIACA devaient exécuter une série de tâches : lire un texte puis répondre à des questions sur son contenu, remplir un formulaire, trouver de l'information, effectuer des calculs arithmétiques, etc.

Selon l'analyse de l'Association canadienne de santé publique<sup>23</sup>, il est intéressant de noter que, même si l'on combine les chiffres des niveaux 4 et 5, la performance du groupe le plus âgé, soit de 56 à 65 ans, est considérablement moindre que celle des autres cohortes : 8,7 % seulement des répondants atteignent un niveau où ils peuvent s'acquitter de la plupart des tâches quotidiennes nécessitant de la lecture. En outre, 43,8 % se classent dans la catégorie la plus

---

23. ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE, *De bons remèdes pour les aînés : lignes directrices sur la rédaction des documents et la conception des emballages des médicaments sur ordonnance*, Ottawa, Association canadienne de santé publique, 2002, 85 p.

faible (le niveau 1), ce qui a des conséquences graves lorsqu'on fournit de l'information écrite à ce groupe d'âge, soit les 65 ans et plus, et aux personnes encore plus âgées (dont les capacités ont tendance à être plus faibles).

Dans leur analyse<sup>24</sup>, Roberts et Fawcett constatent également que les données sur l'alphabétisme laissent supposer que les personnes âgées constituent un groupe particulièrement vulnérable. Pour les trois catégories de capacités de lecture indiquées plus haut, le niveau est plus élevé chez les jeunes et plus faible chez les personnes âgées. Par exemple, 67 % des personnes de 16 à 24 ans ont des capacités de niveau 3 ou encore de niveau 4 ou 5 comparativement à seulement 21 % des personnes âgées (65 ans et plus). Autrement dit, les capacités de lecture de 8 personnes âgées sur 10 correspondent aux deux niveaux inférieurs (1 ou 2), ce qui leur fait courir un risque, particulièrement si leur état de santé les place dans une situation qui exige des capacités de lecture élevées.

Roberts et Fawcett soulignent ceci :

Si nous tenons compte des trois catégories de capacités de lecture de l'EIAA (capacités à l'égard de textes suivis, de textes schématiques et de textes au contenu quantitatif), nous pouvons observer que même si ces deux variables ne sont pas identiques, il existe un lien indiscutable entre l'alphabétisme et la scolarité de même qu'une relation très étroite entre le niveau de scolarité et le niveau de capacités de lecture à l'égard de textes suivis dans tous les groupes d'âge. Chez les personnes de 65 ans et plus, 76 % de celles qui présentaient le niveau le plus élevé de capacité de lecture à l'égard de textes suivis avaient terminé leurs études secondaires ou fait des études plus poussées. Dans l'ensemble, des résultats similaires ont été obtenus pour les capacités de lecture à l'égard de textes schématiques et de textes au contenu quantitatif.

Bien que la base de données de l'EIAA ne contienne pas de mesures de l'état de santé personnel, on a montré que le niveau de scolarité d'une personne est lié aux risques relatifs sur le plan de la santé. Puisque les personnes âgées qui se classent aux plus faibles niveaux de capacités de lecture sont plus susceptibles d'avoir un plus faible niveau de scolarité, il s'ensuit que les personnes âgées dont les capacités de lecture se révèlent faibles sont également exposées à un risque relativement plus élevé d'avoir des problèmes de santé.

L'analyse de Roberts et Fawcett fait état également de la réalité suivante : bien qu'une minorité appréciable de Canadiens âgés soient conscients d'avoir besoin d'aide pour lire divers types de documents dans leur vie quotidienne, les données de l'EIAA indiquent que beaucoup d'entre eux surestiment leurs capacités de lecture. Par exemple, 66 % des personnes âgées qui se classent

au niveau 1 et 90 % de celles qui se situent au niveau 2 au test de compréhension de textes schématiques croient posséder des capacités de lecture allant de bonnes à excellentes. Ces résultats laissent entendre que bon nombre de personnes âgées ne savent pas que leurs capacités de lecture sont inappropriées. Un des dangers manifestes pouvant découler de cette situation est une mauvaise compréhension des instructions données par le personnel médical et les pharmaciens, de même que des instructions inscrites sur les contenants de médicaments ou sur les fournitures médicales. En effet, 74 % des personnes de 65 ans et plus qui doivent lire quotidiennement des instructions dans des recettes ou sur des contenants de médicaments se sont classées aux niveaux 1 ou 2 pour ce qui est des capacités de lecture à l'égard de textes suivis.

Il existe également des liens entre le niveau des capacités de lecture et la façon dont les Canadiens plus âgés obtiennent de l'information en matière de santé. Souvent, les questions d'actualité liées à la santé sont publiées dans les journaux, que ce soit dans les chroniques sur la santé ou à l'occasion d'un reportage, ce qui amène les gens qui les lisent à poser les bonnes questions à leur médecin. Plus de 70 % des personnes âgées ayant un niveau de capacités de lecture élevé obtiennent ce genre d'information, alors qu'environ 40 % de celles qui sont classées à des niveaux plus faibles ne lisent pas ces chroniques et reportages.

Chez les personnes âgées, par exemple, 93 % de celles qui ont un niveau de capacités élevé puisent une grande ou une certaine partie de leur connaissance des événements d'actualité dans les journaux contre seulement 65 % des personnes âgées n'ayant qu'un faible niveau de capacités à l'égard de textes suivis. Les deux groupes s'informent des événements d'actualité en écoutant la radio et la télévision et comptent fortement sur les membres de leur famille, leurs amis ou leurs collègues de travail pour acquérir une certaine connaissance de ces événements (63 % dans les deux cas). Pour beaucoup, il pourrait s'agir d'une source vitale d'information. Cependant, la qualité et l'utilité de l'information dépendent énormément des capacités de lecture de ceux avec qui ces personnes âgées peuvent communiquer.

### **6.3 Un aperçu de l'état de santé et du bien-être des aînés**

De façon générale, comme cela est indiqué dans le *Rapport de l'équipe de travail sur « La pleine participation des aînés au développement du Québec : afin de construire un Québec pour tous les âges »*<sup>25</sup>, on peut s'attendre à une augmentation de la prévalence des problèmes de santé, en particulier des problèmes de longue durée, et ce, en raison du vieillissement de la population.

---

24. Paul ROBERTS et Gail FAWCETT, 1998.

25. Monique DES RIVIÈRES, 2005.

On parle ici de problèmes tels que l'hypertension artérielle, l'arthrite, les rhumatismes, les maladies de l'œil ainsi que les maux de dos et de la colonne.

En ce qui a trait aux problèmes de santé mentale, la dépression serait le problème le plus courant. De plus, elle est souvent sous-diagnostiquée et peu traitée chez les aînés soit parce qu'elle est confondue avec d'autres maladies, soit parce que les symptômes observés sont tout bonnement considérés comme faisant partie du vieillissement normal.

Les médicaments, utilisés de façon appropriée, constituent des moyens efficaces de soigner des maladies ou de maintenir une bonne qualité de vie chez les personnes atteintes de problèmes chroniques. L'amélioration continue de l'arsenal pharmaceutique est incontestable tant en ce qui concerne la variété de produits que leur efficacité. Cependant, l'usage de médicaments peut, dans certains cas, être exagéré ou inapproprié. Ce problème, bien qu'il soit constaté dans l'ensemble de la population, peut avoir des effets encore plus nocifs chez les personnes âgées, et surtout les très âgées, étant donné qu'elles éliminent plus lentement certains médicaments ou toxines en raison des changements physiologiques et de l'usage fréquent de plusieurs médicaments à la fois.

De plus, l'Association canadienne de santé publique signale des études montrant que les aînés sont nombreux à soigner des membres de leur famille ou des amis ou encore à se faire soigner par eux<sup>26</sup>. On estime en effet que plus de 90 % des soins aux aînés au Canada se donnent bénévolement : cela va des soins personnels (y compris la gestion et l'administration des médicaments) au soutien affectif, en passant par le ménage et les transports.

Toujours selon l'Association canadienne de santé publique, les aînés vieillissent plus souvent à la maison depuis que les soins en matière de santé communautaire remplacent les soins hospitaliers et en établissement. Toutefois, les aînés ont besoin de plus d'aide et de soutien à domicile qu'en établissement, par exemple pour prendre leurs médicaments. Si l'on veut prolonger le plus possible leur autonomie dans un milieu sûr, favorable et sain, il est important que les instructions des médicaments soient explicites, utiles et rédigées en style clair et simple. Aussi, il faut absolument que les soignants bénévoles qui aident les patients qui, pour toutes sortes de raisons, ne sont plus capables de gérer eux-mêmes leurs médicaments puissent comprendre la médication qu'ils administrent. Ce n'est donc pas seulement le patient, mais aussi le soignant qui peut avoir besoin de renseignements en style clair et simple.

---

26. ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE, 2002.

## 6.4 Les effets de la faible littératie sur la santé des aînés

Malgré les progrès de la médecine, de la promotion de la santé et de la technologie, qui ont amélioré de façon spectaculaire l'état de santé des Canadiens, le fait demeure que les maladies et les troubles chroniques augmentent avec l'âge, souligne l'Association canadienne de santé publique. Ainsi, l'incidence des maladies du cœur, du cancer, de l'arthrite et d'autres problèmes est élevée dans la population âgée. Et les personnes faiblement alphabétisées sont plus vulnérables à plusieurs égards.

De nos jours, l'information sur la santé est complexe et souvent difficile à décoder. Par souci de précision et d'exhaustivité, les documents écrits emploient des termes techniques et un style qui conviennent davantage aux lecteurs très scolarisés. Cela les rend inaccessibles à bien des personnes, surtout celles qui ont de faibles capacités de lecture.

En outre, les aînés souffrent souvent de maladies et de troubles multiples qui peuvent les amener à prendre plus d'un médicament : ils sont donc susceptibles d'avoir besoin d'informations de plusieurs sources. Si la langue employée dans les documents d'information est déjà d'un niveau élevé, une personne faiblement alphabétisée ne pourra sans doute ni comprendre ni observer dans toute sa complexité un régime posologique comportant plusieurs médicaments.

Admettons que les troubles médicaux et leur pharmacothérapie sont compliqués. Cela ne signifie pas nécessairement qu'il faut toujours fournir aux patients des renseignements exhaustifs. Les éléments clés, s'ils sont présentés dans un style clair et soulignés par le médecin, le pharmacien et les fournisseurs de soins, suffisent souvent à aider les patients à comprendre leur médication. Lorsque ces « interventions multiples » sont renforcées par des imprimés en style clair et simple, les patients faiblement alphabétisés sont beaucoup plus susceptibles de comprendre leur état de santé et de prendre leurs médicaments correctement. Les aînés, surtout, en retirent un meilleur niveau de santé et de bien-être.

Roberts et Fawcett soulignent également que les patients doivent aussi être capables de comprendre les notes concernant les rendez-vous, les formulaires de consentement et les documents relatifs à l'éducation sanitaire<sup>27</sup>. Les personnes dont les capacités de lecture sont faibles pourraient ne pas saisir complètement les renseignements et être incapables de les appliquer correctement à leur problème de santé particulier. L'incapacité à se conformer aux directives médicales, l'utilisation erronée de préparations pour nourrissons ou la difficulté à comprendre les consignes de sécurité ou les précautions à prendre pour protéger sa santé sont d'autres exemples d'effets directs de faibles capacités de lecture sur la santé.

---

27. Paul ROBERTS et Gail FAWCETT, 1998.

## 7 Les recherches, les études et les projets en cours

De leur côté, Petch, Ronson et Rootman vont dans le sens de l'amélioration et de l'adaptation de l'information en matière de santé afin de la rendre plus accessible aux personnes peu ou pas alphabétisées<sup>28</sup>. L'emploi d'un langage clair et simple, de même que des illustrations et des vidéocassettes devraient aider à corriger la situation. La recherche de Kaszap et autres avance aussi dans cette direction<sup>29</sup>, alors qu'une autre recherche portant sur la nutrition emploie les termes de logos santé, de parcours visuels et de conseils des spécialistes en diététique<sup>30</sup>. De plus, Petch, Ronson et Rootman proposent de se concentrer sur l'impact du bas niveau de littératie et sur les coûts du système de santé et de favoriser l'étude des besoins particuliers des peuples autochtones, des francophones et des personnes immigrantes.

Rootman et autres ont mené une recherche évaluative et documentaire pour le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada et l'Association canadienne de santé publique<sup>31</sup>. Leur objectif était de mettre en évidence les lacunes de la recherche, les initiatives en cours et les projets, ainsi que les ressources et les pistes à explorer dans le domaine de la recherche sur l'alphabétisme et la santé au Canada auprès des informateurs clés et des groupes d'entretien en profondeur sur les questions d'alphabétisation et de santé. Cette équipe de recherche confirme que, « même si les programmes d'alphabétisation et de santé au Canada sont légion, la recherche dans ce domaine accuse de graves lacunes ». Les résultats de l'étude sont regroupés en six volets : 1) les projets canadiens en cours et proposés dans le domaine de l'alphabétisation et de la santé; 2) les études canadiennes prometteuses dans ce domaine; 3) un recensement des chercheuses et des chercheurs canadiens qui s'intéressent au sujet; 4) la mise en évidence de diverses lacunes; 5) les obstacles à la recherche; 6) les solutions et les pistes à explorer. À l'instar des personnes interviewées pour leur recherche, Rootman et autres estiment que la population n'est pas encore assez informée en matière de santé et que de nouvelles recherches sont requises.

Pour Rootman et autres (2002), trois grands volets sont à considérer pour le développement du champ d'études que représentent l'alphabétisme et la santé : 1) clarifier l'enjeu alphabétisation-santé; 2) développer des arguments pour sensibiliser les décideurs au besoin d'améliorer la

---

28. Elsie PETCH, Barbara RONSON et Irving ROOTMAN, 2004.

29. Margot KASZAP et autres, *Besoins d'éducation à la santé chez une clientèle âgée peu alphabétisée atteinte de maladies cardio-vasculaires : une étude exploratoire*, Québec, Université Laval et Université de Montréal, Groupe de recherche éducation-santé, 2000, 76 p.

30. L. DUBOIS et autres, *Rapport de recherche : évaluation d'un nouveau lieu d'alphabétisation, l'épicerie-santé*, Québec, Université Laval. Groupe de recherche Alpha-santé Éditeur, 2000, 76 p.

31. Irving ROOTMAN et autres, *Programme national de recherche sur l'alphabétisation et la santé : évaluation des besoins et analyse du contexte*, Ottawa, Secrétariat national à l'alphabétisation et Conseil de recherches en sciences humaines, 2002, 36 p.

recherche et les pratiques dans le domaine; 3) mettre sur pied des recherches-actions participatives pour améliorer la santé et l'alphabétisation de l'ensemble de la population.

## 7.1 Les principales recherches québécoises et canadiennes

Nous avons estimé intéressant de donner une idée, dans le présent rapport, des recherches réalisées ou en cours au Canada et au Québec afin de pouvoir élargir la réflexion et la discussion sur le sujet. En voici donc une liste :

- Richard BOYER et Caroline BOUCHER, *La santé mentale des personnes avec des difficultés sévères de lecture et d'écriture : une problématique en marge mais loin d'être marginale : rapport de recherche*, Montréal, Université de Montréal. Centre de recherche Fernand-Séguin, 1998 ;
- CENTRE D'ALPHABÉTISATION DU QUÉBEC, *Évaluation des besoins en matière d'information sur la santé et en éducation à la santé des patients « difficiles à rejoindre » : rapport sommaire et recommandations/Centre d'alphabétisation du Québec, lieu?, Centre d'alphabétisation du Québec, 2001;*
- Lise DUBOIS et autres, *Rapport de recherche : évaluation d'un nouveau lieu d'alphabétisation, l'épicerie-santé*, Québec, Université Laval, Groupe de recherche Alpha-santé Éditeur, 2000, 76 p.;
- Margot KASZAP et autres, *Besoins d'éducation à la santé chez une clientèle âgée peu alphabétisée atteinte de maladies cardio-vasculaires : une étude exploratoire*, Québec, Université Laval et Université de Montréal, Groupe de recherche éducation-santé, 2000 ;
- Chantal PARENT, *Effet de deux méthodes d'enseignement du régime hypocholestérolémiant sur les connaissances, les comportements alimentaires et le profil lipidique d'une population analphabète fonctionnelle hypercholestérolémique*, Moncton, Centre universitaire de Moncton, École de nutrition et d'études familiales, 1997 ;
- Elsie PETCH, Barbara RONSON et Irving ROOTMAN, *La littératie et la santé au Canada : ce que nous avons appris et ce qui pourrait aider dans l'avenir. Un rapport de recherche. Édition en langage clair et simple*, Ottawa, Institut de recherche en santé du Canada, 2004, 23 p.;
- Paul ROBERTS et Gail FAWCETT, *Personnes à risques : analyse socio-économique de la santé et de l'alphabétisme chez les personnes âgées*, Ottawa, Développement des ressources humaines du Canada, Secrétariat national à l'alphabétisation et Statistique Canada, 1998, 72 p.;



- Irving ROOTMAN et autres, *Programme national de recherche sur l'alphabétisation et la santé : évaluation des besoins et analyse du contexte*, Ottawa, Secrétariat national à l'alphabétisation et Conseil de recherches en sciences humaines, 2002, 36 p.;
- Ségué Sylvie SANOU, *L'utilisation des connaissances de l'alphabétisation fonctionnelle en hygiène et en nutrition familiale par les femmes rurales du Burkina Faso*, Montréal, Université de Montréal, 1999 ;

Parmi les autres projets canadiens prometteurs, on compte des projets de communication et d'éducation sanitaire de haute qualité (rédaction en style clair et simple, traduction, interprétation), des projets de sensibilisation aux liens entre l'alphabétisation et la santé (publications, vérifications de lisibilité, conférences, collections de ressources) et des projets d'adaptation des classes d'alphabétisation pour donner priorité à la santé (intégration de notions de santé dans les programmes de cours, élaboration participative d'informations sanitaires).

## 7.2 Des projets de rédaction en style clair et simple

Les travaux les plus répandus en matière d'alphabétisation et de santé résultent probablement de l'accent mis sur le style « clair et simple » dans l'élaboration des documents d'éducation sanitaire. Le bourdonnement d'activités dans ce domaine au cours des dix dernières années s'explique en grande partie par le fait que l'ACSP a encouragé de tels travaux en publiant divers ouvrages (par exemple, *Vive les mots clairs!*, *Comment travailler avec des aînés à faible niveau d'alphabétisation* ou *Creating Plain Language Forms for Seniors* (en anglais seulement)) et en participant à la création et au soutien de 27 organismes partenaires nationaux. D'autres ont publié des guides semblables pour promouvoir et produire des documents en style clair et simple, notamment Michelle Black de la North Halton Literacy Guild, dans le bulletin électronique *OHPE3*. Les organismes connus offrant des services de rédaction en style clair et simple au Canada sont les suivants :

- Clear Language and Design (Sally McBeth, directrice administrative);
- Simply Read Writing Service (Michelle Black, propriétaire);
- Centre for Health Information and Promotion (CHIP), qui faisait autrefois partie du Toronto Hospital for Sick Children;
- Association canadienne de santé publique (et son service de révision en style clair et simple);

- Projets sur l'étiquetage des médicaments et des aliments et l'élaboration de lignes directrices par le Rassemblement canadien pour l'alphabétisation et Santé Canada;
- Vocational and Rehabilitation Research Institute (Calgary);
- Centre régional de cancérologie d'Ottawa (financé par la province et par Action Cancer Ontario);
- Service de santé de la région de Halton;
- Congrès canadien pour la promotion des études chez la femme (CCPEF).

Il semble qu'il existe tellement d'initiatives de rédaction de documents en style clair et simple que, aux yeux de certains travailleurs et travailleuses de la santé, l'enjeu est devenu « dépassé ». Plusieurs chercheuses et chercheurs éminents ont souligné que le style clair et simple ne doit pas être le seul point de mire des initiatives d'alphabétisation et de santé<sup>32</sup>. Cependant, il en constitue toujours un aspect très important, qui continue à prendre de l'ampleur. De nouveaux groupes militent pour un style clair et simple, tandis que de plus en plus de groupes adoptent des « politiques de clarté du style ». La Conférence internationale sur le style clair et simple qui a eu lieu à Toronto a battu un record d'assistance, ce qui témoigne une fois encore de l'importance accrue de l'emploi d'un style clair et simple dans le monde entier. On constate également au Québec une préoccupation de plus en plus grande de la part des professionnels de la santé à cet effet. Le déroulement des journées annuelles de santé publique (JASP) témoigne de cet intérêt.

### **7.3 La traduction et l'interprétation de l'information sanitaire**

Nous tenons à signaler aussi des travaux de traduction d'informations sanitaires. Dans plusieurs recherches, on a souligné l'importance de passer de la traduction à l'interprétation pour mieux exprimer les différences et les croyances culturelles dans les documents réalisés. En outre, il faudrait tenir compte des niveaux de littératie et des définitions de cette notion dans la langue d'origine. Les organismes dont les travaux à cet égard ont été cités sont le Conseil ethnoculturel du Canada, les services de santé publique de Halton et de Toronto ainsi que le National Aboriginal Design Committee.

### **7.4 Des publications**

Dans notre recherche de documentation, nous avons trouvé bon nombre de documents d'information du public portant sur les questions d'alphabétisation et de santé. La liste qui suit pourrait inspirer d'autres travaux en ce sens :

---

32. Burt PERRIN et autres, 1998.

- la fiche d'information *Warning! Poor Literacy Skills are Dangerous to your Health!* réalisée par la Coalition de l'alphabétisation de l'Ontario (publiée également sur le site Web de l'organisme Literacy Network of Durham Region);
- la publication de l'Association des pharmaciens du Canada intitulée *Simple vérification*;
- la publication de R&D intitulée *L'information est la meilleure prescription*;
- la campagne « Need to Succeed », née de la Deuxième Conférence canadienne sur l'alphabétisation et la santé à Terre-Neuve;
- la thèse que rédige actuellement Priscilla George sur la santé et la littératie (prise dans son sens le plus large), axée sur le « cercle d'influences » autochtone et mettant en jeu l'équilibre entre l'esprit, le cœur, la raison et le corps. Cette thèse a déjà donné lieu à 25 conférences, dont une lors de la Première Conférence canadienne sur l'alphabétisation et la santé et au moins deux lors de conférences nationales autochtones sur l'alphabétisation;
- B. PERRIN et autres, *Projet alphabétisation et santé : première étape – Rendre le milieu plus sain et sans danger pour les personnes qui ne savent pas lire*, Association pour la santé publique de l'Ontario et Collège Frontière, 1989 (sur Internet : <http://www.opho.on.ca/resources/i-n.html#literacy>);
- B. PERRIN, *Effets du niveau d'alphabétisme sur la santé des Canadiens et des Canadiennes : étude de profil*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada et Santé Canada, 1998, 26 p.;
- M.J. BREEN et autres, *Partners in Practice: The Literacy and Health Project Phase Two*, ASPO, 1993, (sur Internet : <http://www.opho.on.ca/resources/i-n.html#literacy>).
- R.C. LOCKERT, *Health and Literacy (kit): How do they relate?*, Saskatoon, Saskatchewan Literacy Network
- M. NORTON, « The Wholeness of the Individual; Linking literacy and Health through Participatory Education », *The Alberta Journal of Educational Research*, vol. 44, n° 2, 1998, p. 245-247;
- M. NORTON, « Linking Literacy and Health: A Popular Education Approach », dans J.A. Draper et M.C. Taylor (dir.), *Voices from the Literacy Field*, Toronto, Culture Concepts, 1992, p. 319-332;
- M.J. BREEN, « Promouvoir l'alphabétisation, c'est améliorer la santé », dans *La santé au Canada: un héritage à faire fructifier*, Sainte-Foy (Québec), Éditions Multimondes, 1998, t. 2 : « Les adultes et les personnes âgées », p. 47-88 (étude commandée par le Forum national sur la santé);

- C. PAUL, *The Easier to Read: Easier to be Healthy Report*, Toronto, Lawrence Heights Community Health Centre Press,
- P. ROBERTS et G. FAWCETT, *Personnes à risques : analyse socio-économique de la santé et de l'alphabétisme chez les personnes âgées*, Ottawa, Développement des ressources humaines du Canada, Secrétariat national à l'alphabétisation et Statistique Canada, 1998, 72 p.;
- W. WOODHOUSE, *Rural Literacy and Health Concerns, Rural Reflections*, Dundas, Literacy Field Research Group, 1995
- R.J. SARGINSON, *Literacy and Health: A Manitoba Perspective*, Winnipeg, Literacy Partners of Manitoba, 1997
- I. ROOTMAN, « Health Literacy and Health Promotion », *OHPE Bulletin*, n° 270.1, 2 août 2002, (sur Internet : [www.ohpe.ca](http://www.ohpe.ca));
- Le groupe populaire « Lettres en main », qui travaille dans le quartier de Rosemont à Montréal, a également publié des documents destinés aux personnes qui ont des difficultés en matière de lecture et d'écriture pour les informer sur certains aspects concernant la santé, notamment sur le cancer (<http://www.bdaa.ca/clrf/cancer/cover.htm>), le cœur (<http://www.bdaa.ca/biblio/apprenti/coeur/cover.htm>) et les poumons (<http://www.bdaa.ca/clrf/poumons/cover.htm>).

## 7.5 L'intégration de notions de santé dans les ateliers d'alphabétisation

Certaines recherches ont fait mention de nouveaux ateliers d'alphabétisation qui intègrent des notions de santé. Par exemple, certains enseignants et enseignantes bénévoles utilisent un texte de Mary J. Breen, intitulé « Taking Care », pour enseigner la lecture. Un autre programme novateur d'alphabétisation et de santé, appelé « Out and About », a été élaboré par Pat Campbell en Alberta. On y demande aux participants et aux participantes de recueillir des brochures d'éducation sanitaire, d'en faire l'analyse et de réaliser des entrevues pour mieux comprendre certains aspects de l'information (qui la produit, qui en profite, etc.). Pour sa part, Deborah Gordon El-Bihbety, de l'ACSP, a aussi élaboré un cours et un document pour les jeunes dans le domaine de l'alphabétisation et de la santé, dont le titre est : « Ma santé, je m'en OCCUPE! ». On peut y avoir accès sur le site Web du Programme national sur l'alphabétisation et la santé de l'ACSP.

## **7.6 Des initiatives d’alphabétisation familiale**

La prolifération récente des classes d’alphabétisation familiale est une nouvelle tendance dans les programmes d’alphabétisation. Ces classes englobent facilement les sphères de l’alphabétisation et de la santé, car les préoccupations de santé et les interventions médicales sont particulièrement fréquentes durant l’enfance. Selon un répondant, de tels programmes, en Alberta, sont nés de la campagne « Success by Six » de Centraide, qui a donné lieu à des travaux interdisciplinaires dans l’intérêt des enfants d’âge préscolaire. Cette campagne est née du regain d’intérêt, durant les années 80 et au début des années 90, pour l’amélioration du soutien aux enfants de 0 à 6 ans, grâce aux efforts des docteurs Paul Steinhauer et Fraser Mustard ainsi que d’autres porte-parole et pionniers de la recherche. Selon les recherches préliminaires, les connaissances sont mieux assimilées en ayant recours à l’alphabétisation familiale plutôt qu’aux programmes d’alphabétisation classiques : pour les adultes, l’objectif qui consiste à appuyer l’apprentissage de leurs enfants est un puissant facteur de motivation, et l’intégration de l’alphabétisation dans les activités de la vie quotidienne rehausse la durabilité des acquis.

## **7.7 L’expérience du Carrefour d’éducation populaire de Pointe-Saint-Charles**

Le Carrefour d’éducation populaire Pointe Saint-Charles est situé dans l’arrondissement du Sud-Ouest de Montréal. C’est le quartier le plus ancien de Montréal et un des plus vieux quartiers ouvriers du Québec.

Dans notre étude, nous avons rencontré les responsables du Carrefour afin qu’ils nous présentent leur expérience en matière d’alpha-santé. Étant donné le peu de projets en ce sens qui se réalisent au Québec, nous avons jugé opportun de rapporter ci-dessous les principaux éléments qui se dégagent de cette entrevue.

### **Le besoin d’un projet en matière d’alpha-santé**

Depuis quelques années, beaucoup de participantes et de participants aux activités proposées par le Carrefour sont décédés, dont quelques-uns prématurément. Il arrive aussi que des personnes abandonnent les activités à cause de leur mauvaise santé. La plupart d’entre elles sont en situation de pauvreté et sont atteintes de maladies chroniques (diabète, hypertension, problèmes cardiovasculaires, etc.). Les responsables du Carrefour ont donc jugé important de faire en sorte que les gens connaissent les moyens à leur portée pour traiter leurs problèmes de santé et trouver des solutions simples à mettre en pratique. Par exemple, des pressions ont été faites auprès des pharmaciens ou d’autres fournisseurs de soins pour les inviter à baisser leurs prix. Il y a eu également des activités de sensibilisation auprès des épiceries qui ne faisaient plus

de rabais le 1<sup>er</sup> du mois, date où les personnes reçoivent leurs prestations de la sécurité du revenu. Une collaboration a été établie avec la clinique communautaire qui est à l'origine de campagnes des luttes en matière de santé (points de presse, petits livres d'information en langage simple, etc.).

### **La population visée**

La population visée regroupe particulièrement les plus exclus, les plus isolés, les analphabètes, les personnes qui vivent en contexte de pauvreté et les personnes qui ont une déficience mentale. Dans certains cas, des gens, qui doivent prendre des médicaments pour certaines maladies chroniques, affirment qu'ils n'éprouvent plus de problèmes de santé à cause de l'effet des médicaments. Cependant, ils interprètent à leur façon la posologie ou le traitement prescrit, ce qui entraîne d'autres problèmes graves.

### **Les objectifs visés par le projet en matière d'alpha-santé**

Le projet en matière d'alpha-santé comporte des objectifs qui se rattachent aux besoins déterminés par les responsables du Carrefour, acteur important en matière d'éducation populaire et de défense des droits sociaux. Les principaux objectifs sont les suivants :

- Trouver et proposer des solutions aux problèmes de santé des personnes en contexte de vulnérabilité et peu alphabétisées;
- Donner le sentiment à ces personnes qu'elles ont un peu plus de pouvoir sur leur santé, principalement lorsqu'elles rencontrent les professionnels de la santé. Par exemple, elles auront l'occasion d'apprendre à mieux verbaliser ce qu'elles veulent exprimer;
- Éliminer le sentiment de culpabilité que ressentent ces personnes. Plusieurs se sentent coupables de s'alimenter de la façon dont elles le font et non comme le médecin propose ;
- Amener ces personnes à proposer des façons de faire à partir de leurs forces et de leurs habitudes. Mettre au point des moyens à leur portée;
- Sur le plan alimentaire, apprendre à ces personnes à éliminer les produits néfastes;
- Inciter ces personnes à cuisiner avec des aliments simples et peu dispendieux;
- Amener ces personnes à comprendre l'information concernant l'alimentation, par exemple, les rabais;
- Réduire l'écart entre les professionnels de la santé ainsi que les intervenantes et les intervenants du Carrefour. Les professionnels de la santé sont souvent trop pressés, et le contact est parfois difficile.

## Les principales actions réalisées dans le contexte du projet en matière d'alpha-santé

Diverses actions ont été accomplies en vue de la réalisation du projet en matière d'alpha-santé. On notera la mise en place de groupes de discussion sur les problèmes de santé. Il semble, en effet, que ce soit un sujet délicat et difficile à traiter. Il importe donc que les personnes vulnérables et peu alphabétisées participent à ces discussions non seulement pour recevoir de l'information mais aussi pour s'engager individuellement, ce qui est nécessaire pour qu'elles en viennent à connaître véritablement leurs propres besoins et leur fonctionnement sur le plan de la santé. On veut également leur permettre l'accès aux programmes gouvernementaux (ex. : cancer du sein). Dans les faits, les groupes de discussion sont plus efficaces qu'une soirée publique. Ils favorisent plus sûrement un changement de comportement.

Des ateliers ont également été créés, à l'occasion desquels les personnes peu alphabétisées partagent un repas. Il y a aussi des ateliers d'exercices physiques, des excursions familiales, des exercices en plein air, des pique-niques. On leur propose des façons d'exploiter les ressources du quartier. Pour les responsables du Carrefour, le principal aspect visé est le changement des habitudes ou des comportements en partant de la manière de faire des gens.

Le programme 5-30 (5 fruits et légumes de même que 30 minutes d'activités physiques chaque jour), intéresse beaucoup les personnes peu alphabétisées. Il convient donc de leur expliquer, en langage simple, ce qu'est une portion et les autres indications proposées dans ce programme. Des activités de cuisine collective faite de menus santé avec des produits très simples ont aussi été réalisées. En tout temps, les responsables du Carrefour ont le souci de rester proches de la façon de comprendre de ces personnes, de leur manière de vivre et de faire attention pour éviter de les culpabiliser. Les habitudes de vie ne sont pas faciles à changer ou même à traiter. On touche à un héritage culturel, à des valeurs émotives, des valeurs d'énergie.

## Les difficultés éprouvées

Il arrive que des personnes peu alphabétisées fassent face à des préjugés de la part de certains membres du personnel du milieu de la santé qui sont pressés et ne leur accordent donc pas le temps nécessaire pour leur permettre de comprendre les consignes et les prescriptions. Les personnes peu alphabétisées ne se sentent pas toujours bien accueillies dans ce milieu lorsqu'elles éprouvent des problèmes de santé, ce qui rend la communication difficile de part et d'autre.

D'après les responsables du projet en matière d'alpha-santé, les personnes peu alphabétisées arrivent difficilement à s'exprimer, à comprendre et à préciser leurs problèmes de santé. Elles ont également de la difficulté à respecter les consignes. Aussi, elles ne se livrent pas facilement parce que, pour elles, c'est un sujet intime. Il est donc ardu de définir un champ d'intervention

quand on veut intervenir en matière de santé. Cependant, il est très important d'élaborer et de réaliser ces interventions conjointement avec les professionnels de la santé.

### **Les résultats ou impacts constatés**

Différentes conditions doivent être réunies pour que les actions se réalisent.

D'après les responsables du Carrefour, le fait de choisir un projet particulier comme point de départ est toujours gagnant. Les personnes visées n'ont pas nécessairement envie de suivre des ateliers d'alphabétisation, mais elles acceptent plus aisément de participer à d'autres activités. Par la suite, elles peuvent développer le goût de poursuivre en lecture et en écriture. À noter qu'elles viennent d'abord au Carrefour parce qu'il y a d'autres activités que l'alphabétisation.

Idéalement, les solutions doivent être adaptées aux ressources et à la culture du milieu. Il faut donc proposer des applications pertinentes, commencer petit à petit. On doit aussi miser sur le plaisir.

Les améliorations visées par les actions réalisées sont les suivantes :

- Permettre une meilleure communication, plus facile, plus ouverte;
- Donner aux personnes peu alphabétisées un sentiment de confiance en favorisant leur participation à de petits ateliers;
- Soutenir les efforts des personnes peu alphabétisées quant à l'alimentation;
- Continuer les rencontres de groupe. Les personnes qui y prennent part se sentent plus interpellées. Le groupe les aide à persévérer en ce qu'il contribue à susciter l'intérêt.

### **Les principales recommandations**

Les principales recommandations formulées par les responsables du Carrefour sont les suivantes :

- Avoir des moyens : une façon d'être convaincant, c'est d'obtenir un résultat. Il importe donc d'avoir des endroits où les personnes peu alphabétisées peuvent se réunir, se sentir à l'aise;
- Développer davantage des formes de collaboration avec le milieu de la santé, toujours en respectant les besoins véritables de la population visée;
- Susciter une volonté politique afin de sensibiliser les autorités au fait qu'il existe d'autres facteurs d'efficacité que la rentabilité à court terme, comme se prendre en main, avoir moins peur ou être davantage responsable;
- Démontrer aux décideurs en quoi des interventions en matière d'alphabétisation et de santé peuvent avoir une influence sur les coûts sociaux;



- Concevoir des sessions de formation pour les intervenants et les intervenantes en santé en collaboration avec les agentes et les agents d’alphabétisation dans les commissions scolaires et les groupes du milieu.
- Permettre aux personnes peu alphabétisées l’accès aux différents programmes permettant une meilleure prise en charge de leur santé.

## 7.8 D’autres réalisations

D’autres réalisations sont à noter. Ainsi, l’organisme Literacy Network of Durham Region mène une initiative régionale appelée « Health Hygiene Box », qui fournit gratuitement aux apprenants des articles (serviettes et tampons hygiéniques, pansements adhésifs, shampoing, etc.). Comme la plupart des usagers de cet organisme sont des personnes à faible revenu, ce service est apprécié. Un autre centre d’alphabétisation offre les services d’un rédacteur qui aide les personnes peu alphabétisées à remplir des formulaires et à accomplir d’autres tâches nécessitant de la lecture ou de l’écriture. Pour sa part, un centre autochtone a une équipe sanitaire qui aide les usagers à comprendre les directives des médicaments sur ordonnance et d’autres informations sanitaires. Mentionnons également le projet « Seeing and Literacy », de l’Association canadienne des optométristes, qui offre gratuitement aux apprenants des soins ophtalmologiques et des lunettes. Ce projet est né de la participation de l’Association des optométristes au Programme national sur l’alphabétisation et la santé.



## 8 Les avantages à poursuivre la recherche en matière de santé-alphabétisation

Lors de l'évaluation des besoins et de l'analyse du contexte réalisées par l'équipe d'Irving Rootman au moment de l'élaboration du Programme national de recherche sur l'alphabétisation et la santé<sup>33</sup>, 40 praticiens, chercheurs et décideurs qui s'intéressaient de près ou de loin aux questions d'alphabétisation et de santé ont été interviewés au téléphone ou en personne; 8 autres ont répondu à un questionnaire envoyé par courriel. Par ailleurs, quatre groupes d'entretien ont ensuite été tenus à Vancouver, Toronto, Ottawa et Wolfville auprès de 33 personnes en tout. Ces répondants ont mentionné être très peu informés des recherches en cours sur le sujet. Ils ont cependant précisé plusieurs avantages qu'il y aurait à pousser la recherche dans le domaine de l'alphabétisation et de la santé. Selon eux, on devrait commencer par améliorer les connaissances sur ce qui s'est déjà fait (ce qui a aussi été abondamment souligné par les participantes et les participants aux séminaires internationaux tenus en 2006 et en 2008) et continuer à sensibiliser la population au besoin de services de santé et d'alphabétisation suffisamment accessibles et adaptés aux adultes faiblement alphabétisés. Il faudrait que plus de personnes comprennent que ce groupe peu alphabétisé rassemble entre le quart et la moitié de la population selon la définition actuelle de l'analphabétisme. On devrait également : réduire la stigmatisation de l'analphabétisme et faire découvrir aux groupes défavorisés leur propre pouvoir; diffuser les pratiques efficaces et améliorer l'attitude et l'approche des fournisseurs de services; se garder des solutions simplistes que pourraient adopter les décideurs, comme de se contenter de placer des dépliants dans les cliniques et hôpitaux ou de « tout mettre sur Internet ». Bref, la recherche est indispensable si l'objectif est de conserver et d'améliorer la santé de tous les Canadiens à l'ère de l'« économie du savoir », où les consommateurs doivent être plus avertis que jamais.

Toujours selon cette étude, les participants et les participantes à l'enquête auprès des informateurs clés et des groupes d'entretien en profondeur ont indiqué quatre pistes à explorer dans le domaine de l'alphabétisation et de la santé : 1) clarifier l'enjeu; 2) formuler des arguments; 3) changer les choses; 4) présenter une perspective d'assise théorique.

### 8.1 Clarifier l'enjeu

La recherche théorique et conceptuelle sur la relation entre la littératie et la santé est largement recommandée.

---

33. Irving ROOTMAN et autres, 2002.

Beaucoup d'informateurs et d'intervenants insistent pour que l'on s'emploie d'abord à définir ce que l'on entend par « alphabétisation/littératie » et par « littératie en matière de santé ». Certains voudraient que cet enjeu soit mieux compris par rapport à diverses populations : urbaines/rurales, autochtones, groupes ethniques et linguistiques, groupes d'âge, groupes vulnérables à l'égard de certaines maladies et de certains risques, personnes handicapées, personnes souffrant de maladie mentale, etc. D'autres ont dit aussi vouloir mieux comprendre les incidences de la santé sur l'alphabétisation et l'apprentissage, ainsi que les incidences de l'alphabétisation sur la santé. Les agents et les agentes d'alphabétisation, et les personnes en apprentissage surtout, bénéficieraient d'une meilleure compréhension, notamment de la façon dont les médicaments et les maladies chroniques nuisent à la concentration nécessaire à l'apprentissage.

## 8.2 Formuler des arguments

La recherche en vue de sensibiliser les décideurs (et autres) au besoin d'améliorer la recherche et les pratiques dans le domaine est à développer.

On a souvent signalé le besoin d'effectuer des analyses des incidences économiques pour aider à formuler des arguments en faveur des travaux dans le domaine de l'alphabétisation et de la santé. Les personnes visées par cette problématique voudraient que l'on comprenne mieux les incidences de l'alphabétisation sur la santé, l'économie, la pauvreté, etc. On suggère alors des formes de recherche qui donneraient lieu à des témoignages, à des études de cas et à des fiches d'information pour influencer les personnes qui ont à prendre des décisions ainsi que les praticiens et les praticiennes dans leurs interventions.

## 8.3 Changer les choses

La recherche-action participative en vue d'améliorer la santé et l'alphabétisation pour rehausser la qualité de vie des personnes peu alphabétisées est recommandée.

La plupart des interventions sont entreprises soit par des professionnels du secteur de la santé, dont le but premier est d'améliorer la santé, soit par des professionnels du secteur de l'éducation, dont le but premier est d'améliorer les capacités de lecture, d'écriture et d'apprentissage. Seule une poignée de professionnels de l'alphabétisation et de la santé conjuguent ces buts en réalisant ensemble des projets. Dans un atelier sur la santé et l'alphabétisation au Séminaire international sur l'alphabétisation tenu en 2006<sup>34</sup>, Kaszap a énuméré quelques actions qui

---

34. DIRECTION DE L'ÉDUCATION DES ADULTES ET DE L'ACTION COMMUNAUTAIRE, *Les actes du Séminaire international sur l'alphabétisation*, Québec, gouvernement du Québec, ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, 2007, 94 p.

pourraient être intégrées à la recherche-action participative, comme changer et simplifier le langage des brochures d'information, des formulaires de consentement, de la posologie des médicaments, etc.; prêter attention aux mauvaises traductions; adopter des caractères lisibles pour des personnes dont la vue peut souvent être faible; utiliser d'autres modes de communication que l'écrit, en particulier l'image; traiter l'information de nombreux sites Web, fournir des guides de navigation et d'évaluation; favoriser l'accompagnement et la médiation.

Kaszap a ajouté que la recherche-action contribuerait également à sensibiliser et à former les différentes catégories de personnel dans les nombreux domaines de la santé relativement aux besoins et aux problèmes des personnes peu alphabétisées.

#### **8.4 Présenter une perspective d'assise théorique**

Le modèle écologique de Bronfenbrenner propose une analyse qui permet de découvrir l'origine des déterminants en matière de santé et d'alphabétisation et ainsi d'agir sur leurs interactions à partir des lieux où convergent leurs effets. Ce modèle part de la complexité des relations entre les nombreux facteurs qui influent sur les différents domaines de vie de la personne et appelle ainsi à l'action intersectorielle ou partenariale. Autant dans les interventions qui touchent l'alphabétisation que dans celles du domaine de la santé, on rappelle l'importance du partenariat pour chercher et trouver des solutions efficaces afin d'améliorer les situations de vie des personnes. La distinction que Bronfenbrenner fait des sous-systèmes illustre bien les milieux de vie de la personne qui font appel à des environnements différents, ce qui signifie donc à des intervenants agissant dans plusieurs secteurs.

La lecture écologique de Bronfenbrenner situe la personne dans son contexte global d'adaptation mutuelle et progressive entre elle-même et les propriétés changeantes de l'environnement physique, social et politique dans lequel elle évolue. Cet environnement se découpe en six sous-systèmes interreliés :

- 1) Le *macrosystème* est le sous-système le plus englobant. Il est défini comme l'ensemble des croyances, des valeurs, des normes et des idéologies véhiculées dans une communauté, dans une société. Il a une influence directe sur la perception des différentes cultures concernant les habitudes de santé et l'importance que l'on accorde à la prise en charge de sa santé;
- 2) L'*exosystème* se réfère aux lieux dont les activités ou décisions exercent un impact sur la personne, sur ses activités, sur les rôles qu'elle joue dans ses différents milieux de vie. ON vise ici les structures sociales et organisationnelles, soit les systèmes de santé, d'éducation

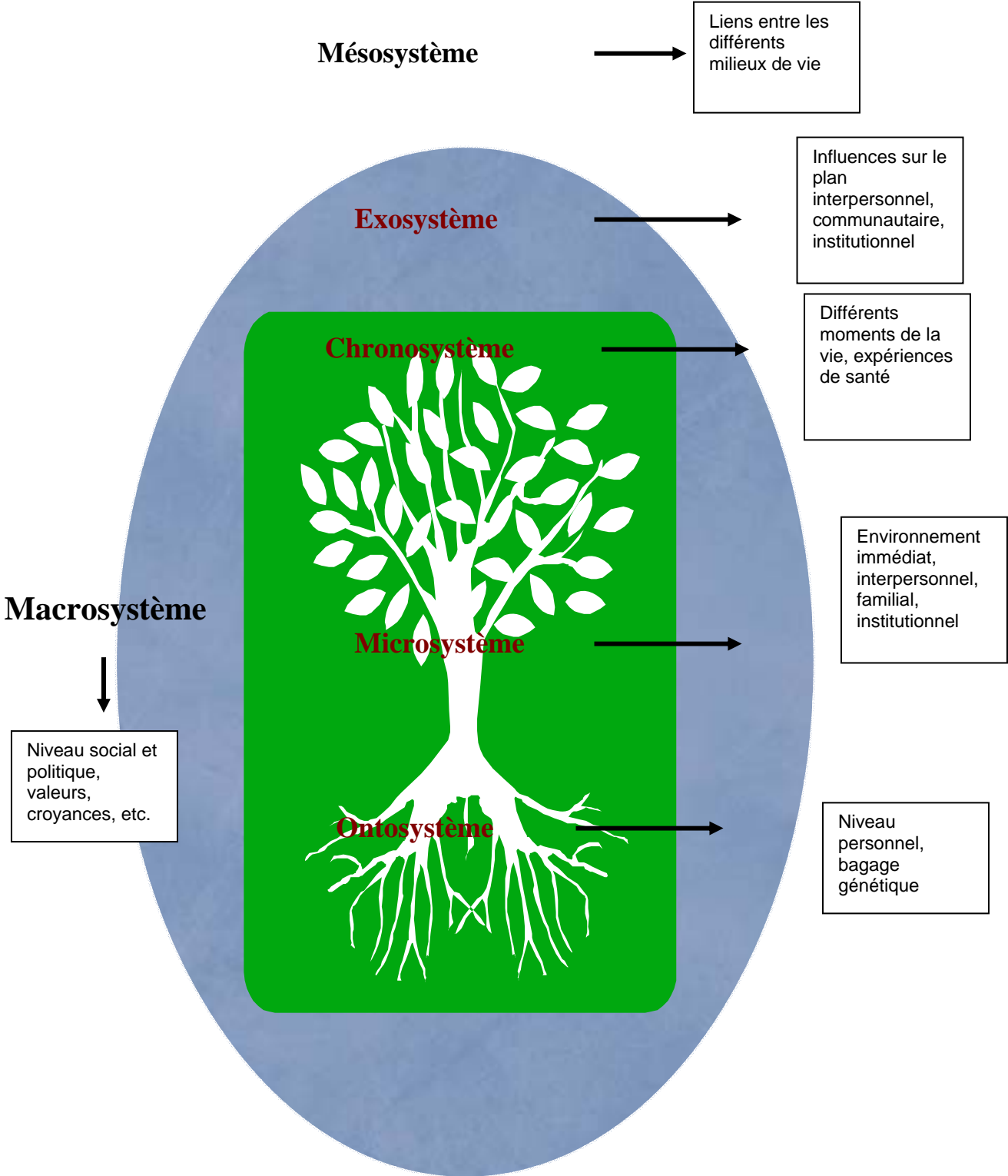
qui influent sur le fonctionnement des individus sans que ces derniers participent nécessairement impliqués aux décisions;

- 3) Le *mésosystème* représente l'ensemble des liens entre les différents milieux de vie d'une personne, par exemple, les liens avec le travail, la famille, la communauté, l'école, les services sociaux et de santé. L'identification du mésosystème souligne l'importance de la communication entre ces milieux pour le développement personnel et collectif, et la résolution des problèmes vécus en matière de santé sur tous les plans;
- 4) Le *microsystème* est l'environnement immédiat où une personne s'engage dans un ensemble d'activités, de rôles et de relations interpersonnelles. C'est donc le milieu le plus proche d'une personne et celui dans lequel elle se développe. Selon le milieu socioéconomique et culturel de la personne, le microsystème se compose d'éléments plus ou moins nombreux et diversifiés. Outre la famille, il faut donc y inclure le réseau social, le quartier, selon le cas, et les milieux institutionnels;
- 5) Le *chronosystème* correspond à l'ensemble des considérations temporelles (âge, durée, simultanéité des situations) qui caractérise une situation. C'est la réponse aux questions suivantes : « où », « quand », « comment », « depuis combien de temps », etc. Le chronosystème comprend les différentes transitions dans la vie (l'histoire de vie de la personne influant sur sa santé, sur les habitudes acquises avec le temps). Il permet de mieux évaluer les interventions à faire, par exemple dans le domaine de la santé, afin que la personne prenne part à la résolution de ses problèmes;
- 6) L'*ontosystème* concerne les caractéristiques individuelles de la personne, ses compétences, ses habiletés ou déficits, son tempérament, son histoire personnelle, son bagage génétique, ses habitudes de vie, ses mécanismes d'adaptation. Pour toute intervention efficace en matière de santé et d'alphabétisation, la prise en considération de l'ontosystème est particulièrement importante.

Le modèle écologique de Bronfenbrenner fait donc appel à la nécessité de réunir plusieurs intervenants en matière de santé et d'alphabétisation pour accomplir des actions efficaces en tenant compte de tous les secteurs d'activité de chaque individu.

Le schéma qui suit permet de visualiser les différents sous-systèmes de ce modèle.

Modèle écologique de Bronfenbrenner





## 9 Des suggestions d'activités de recherche

Notre exploration nous a permis de mettre en évidence certaines pistes de recherche sur la prestation des soins, principalement à l'intention des consommatrices et consommateurs faiblement alphabétisés. Ces pistes sont principalement recommandées par les personnes qui ont pris part à l'étude réalisée par l'équipe d'Irving Rootman dans les limites du Programme national de recherche sur l'alphabétisation et la santé<sup>35</sup>.

Voici la liste des recherches recommandées :

1. Étudier la sensibilisation des fournisseurs de soins à la question de la littératie et aux services d'alphabétisation offerts dans la collectivité;
2. Étudier la façon de communiquer des médecins et des pharmaciens lorsqu'ils s'adressent à des personnes peu alphabétisées;
3. Étudier les types d'utilisation des soins et les méthodes de collecte d'information des personnes faiblement alphabétisées;
4. Étudier les communications écrites sous leur forme actuelle et les incidences de l'emploi d'un style clair et simple et de formules de lisibilité;
5. Étudier les incidences de l'emploi de substituts des médias imprimés dans les communications sanitaires : vidéos, bandes sonores, enregistrements téléphoniques, communications orales, pictogrammes, etc.;
6. Étudier la relation entre l'« analphabétisme » informatique, le manque d'accès aux ordinateurs et la santé;
7. Évaluer les interventions à privilégier pour mieux atteindre les consommatrices et les consommateurs de soins faiblement alphabétisés (évaluation de lisibilité dans les bureaux, publication de renseignements à deux niveaux, méthode de l'enseignement en retour, mise en œuvre de programmes de formation psychosociale des employés, etc.);
8. Étudier les économies que pourraient générer les « autosoins » dans le climat actuel de développement des soins à domicile;
9. Étudier le besoin d'une stratégie nationale pour offrir des services de traduction et d'interprétation dans le secteur de la santé en général.

Parmi les autres aspects soulignés, on notera qu'il faut pousser la recherche sur les moyens par lesquels les agentes et les agents d'alphabétisation, ainsi que les apprenants et les apprenantes,

---

35. Irving ROOTMAN et autres, 2002.



pourraient réduire les effets négatifs d'une faible alphabétisation sur la santé et les effets négatifs des problèmes de santé sur l'apprentissage. Par exemple :

1. Étudier les méthodes d'alphabétisation efficaces et les efforts pour y intégrer des notions de santé et des objectifs de littératie en matière de santé;
2. Étudier le développement du jeune enfant, la théorie de la lecture, l'alphabétisation familiale et les incidences sur la santé;
3. Étudier les lacunes du soutien aux personnes faiblement alphabétisées en matière de santé génésique, de renoncement au tabac, etc.;
4. Étudier les effets des médicaments, des maladies chroniques, etc., sur la concentration nécessaire à l'apprentissage;
5. Étudier l'utilisation de l'ordinateur pour favoriser la littératie en matière de santé (recherche d'informations sanitaires dans Internet, etc.);
6. Étudier l'élaboration participative d'informations sanitaires dans les classes d'alphabétisation;
7. Étudier les incidences de l'alphabétisation sur l'engagement citoyen, la démocratie et la santé communautaire.



## 10 Des propositions d'actions

Pour sa part<sup>36</sup>, Perrin se questionne sur ce que le secteur de la santé peut faire pour enrayer les effets négatifs de l'analphabétisme sur la santé. En ce sens, les JASP qui représentent un rendez-vous annuel de formation continue de la santé publique québécoise, abordent différents sujets d'actualité, tels que l'analphabétisme et la santé. Les JASP accueillent ainsi depuis douze ans des professionnels, des médecins, des chercheurs, des professeurs, des étudiants, des gestionnaires, des psychologues, des nutritionnistes, des infirmières, des travailleurs sociaux et bien d'autres personnes qui travaillent dans le domaine de la santé publique.

Plusieurs des actions proposées ci-dessous sont tirées de l'étude de Perrin. Nous les avons complétées par les propositions faites aux séminaires internationaux sur l'alphabétisation tenus en 2006 et en 2008.

### 1. Reconnaître le rôle important que joue l'alphabétisme dans la santé

Le secteur de la santé convient de plus en plus que l'alphabétisation s'avère question importante dans le domaine de la santé. Au cours des dernières années, différents types d'organismes de santé ont admis officiellement la relation entre l'alphabétisme et la santé et ont fait part de leurs conclusions à leurs membres. Par exemple, l'Association pour la santé publique de l'Ontario (ASPO), l'Association canadienne de santé publique (ACSP), le Centre d'alphabétisation du Québec et d'autres organismes ont entrepris des activités en vue d'augmenter la sensibilisation et la concertation. Nous avons également noté plus haut l'apport de la Journée annuelle de santé publique de 2007 qui a intégré des conférences et des tables rondes sur les impacts de l'analphabétisme sur la santé. Ainsi, certaines mesures ont déjà été prises. Cependant, les liens entre l'alphabétisme et la santé et les répercussions de ces liens ne sont pas bien compris. Il faut donc continuer de sensibiliser les acteurs de la santé et des services sociaux ainsi que le grand public et les leaders d'opinion. Bien que quelques projets d'actions ou de recherches soient en cours au Québec, le développement en matière d'alpha-santé est très modeste. Il est donc impérieux de sensibiliser les intervenantes et les intervenants visés, ainsi que les personnes qui occupent un poste de décision, relativement à l'importance d'agir dans ce domaine.

Cette reconnaissance doit être étendue à un niveau plus large. Il est également essentiel que les fournisseurs de services comprennent l'importance de l'alphabétisme et créent un climat de respect lorsqu'ils communiquent avec des personnes, des familles ou des groupes faiblement alphabétisés. Il faut se rappeler que peu de personnes sont disposées à reconnaître qu'elles ont

---

36. Burt PERRIN et autres, 1998.

de la difficulté à lire ou à comprendre ce qu'on leur dit, car, ce faisant, elles admettraient leurs lacunes ou leurs limites.

## **2. Aider les gens à améliorer leurs capacités de lecture**

Étant donné l'incidence du niveau d'alphabétisme sur la santé, le secteur de la santé a tout intérêt à ce que les enfants et les adultes apprennent à lire et augmentent leurs habiletés.

Les programmes d'alphabétisation familiale tentent d'éliminer les obstacles systémiques qui empêchent les jeunes d'accroître leurs capacités de lecture : ils essaient aussi de rompre le cycle selon lequel les enfants issus d'un milieu familial peu instruit ont de la difficulté à améliorer leurs propres capacités. Comme l'alphabétisme est en interaction avec de nombreux facteurs, les programmes d'alphabétisation familiale doivent adopter une approche holistique ou écologique. Cette approche est de nature exhaustive et est conçue pour répondre aux besoins spirituels, émotifs, intellectuels et physiques de la personne. (Voir le chapitre 4.)

## **3. Établir des partenariats entre les organismes de santé et les organismes d'alphabétisation**

La plupart des solutions aux problèmes de santé qui découlent du faible niveau d'alphabétisme nécessitent une approche multisectorielle et ne relèvent pas directement du secteur de la santé. Il faut donc que les professionnels de la santé se regroupent et travaillent en collaboration avec d'autres intervenants, en particulier les organismes d'alphabétisation et d'éducation. L'analyse systémique proposée au chapitre 4 invite à différents partenariats qu'il faut établir à tous les niveaux, dans tous les secteurs de vie de la personne peu alphabétisée. En voici quelques exemples :

- Au niveau local, des centres de santé publique et des centres de soins communautaires ont déjà travaillé en collaboration avec des organismes d'alphabétisation communautaires ou avec des écoles en vue de mettre en place des initiatives s'appuyant sur les points forts et les besoins des populations visées;
- Au niveau national ou provincial, des organismes de santé et des organismes d'alphabétisation peuvent aussi travailler en collaboration. Ainsi, le projet sur l'alphabétisation et la santé de l'ASPO et du Collège Frontière, qui comprenait une étude sur les liens entre l'alphabétisation et la santé, de même qu'un volet de sensibilisation et de promotion d'activités de collaboration, constitue un exemple de partenariat efficace entre les deux secteurs. Le Programme national sur l'alphabétisation et la santé de l'ACSP, que nous avons décrit au chapitre 2, facilite l'établissement de relations entre les groupes d'alphabétisation et ses 26 organismes partenaires, qui sont des associations des domaines de l'optométrie, des

soins palliatifs, des soins à domicile, des soins infirmiers, et des associations de pharmaciens, de fabricants de produits pharmaceutiques et d'autres;

- Au sein des gouvernements fédéral et provinciaux, tout comme au niveau régional ou local, il est possible d'établir des relations de collaboration entre les ministères ou entre les gouvernements. Par exemple, l'Agence de la santé publique du Canada et le Bureau de l'alphabétisation et des compétences essentielles peuvent explorer ensemble des moyens pour régler les problèmes qui relèvent des deux secteurs. Au Québec, on propose une entente interministérielle (MELS, MSSS et ministère de la Famille et des Aînés), dont le MELS aurait le leadership, afin d'entreprendre des actions en matière d'alpha-santé et d'assurer leur continuité sur le plan national, régional et local.

#### 4. Prévoir d'autres formes de communication dans le domaine de la santé

Rédiger l'information sur la santé dans un langage facile à comprendre, plutôt qu'avec des termes complexes et techniques, est sans aucun doute une mesure utile. Cependant, la rédaction de textes simples n'est pas la principale solution aux difficultés associées à l'analphabétisme. Comme l'a indiqué l'ACSP, l'information écrite ne doit être utilisée que pour compléter l'échange verbal entre le médecin et son patient. Le contact personnel est la meilleure façon de vérifier si la personne a compris le message.

De nombreux adultes, en particulier ceux qui sont faiblement alphabétisés, se sentent incapables d'apporter des changements dans leur vie. Fournir à ces personnes de l'information sur la santé n'est pas suffisant : il faut accompagner cette information de stratégies particulières qui leur permettront de faire les changements souhaités.

Plutôt que d'imputer à la personne à qui le message est destiné la responsabilité de bien le comprendre, il semblerait opportun que les professionnels de la santé vérifient si leur message est compris par leurs patients. Cette mesure profitera à toutes les personnes qui ont besoin de soins, y compris aux personnes qui ont un faible niveau d'alphabétisme.

La plupart des personnes, en particulier celles qui sont faiblement alphabétisées, obtiennent la plus grande partie de l'information sur la santé par le bouche-à-oreille. Plutôt que de considérer cette situation comme un obstacle à la communication efficace, on pourrait l'envisager comme une possibilité à exploiter. Les professionnels de la santé, au lieu de transmettre l'information directement, pourraient agir comme facilitateurs et travailler en collaboration avec d'autres personnes de la collectivité. Il s'agirait d'avoir recours aux réseaux communautaires en place, comme les groupes de pairs, les personnes respectées du voisinage ou d'autres qui sont en contact avec les gens qui ont de la difficulté à entrer en relation avec les ressources et les systèmes traditionnels de la santé. Les réseaux de soutien social sont aussi essentiels à la santé.

## **5. Aider les personnes ayant un faible niveau d'alphabétisme à avoir un plus grand contrôle sur leur vie**

Des programmes d'alphabétisation et de santé publique ont permis à des personnes qui ont un revenu modeste et dont les capacités de lecture sont faibles de se pencher sur des questions de santé qui les intéressaient. Les professionnels de la santé peuvent participer à ce genre d'initiatives, non pas à titre de spécialistes, mais en tant que membres d'un groupe qui est formé de personnes possédant différentes expériences de vie et des niveaux de scolarité variés. Ces méthodes permettent aux participants et aux participantes, non seulement d'apprendre, mais de prendre confiance en eux et de trouver des façons de prendre leur vie en main. Souvent, ces personnes enseignent ce qu'elles ont appris à d'autres, parfois même à des personnes ayant un niveau de scolarité plus élevé. Au Québec, il faut être attentif à certaines populations, comme les jeunes mères qui sont soumises à des programmes particuliers dans les CLSC, les aînés, les personnes immigrantes et les communautés autochtones.

## **6. Aborder l'alphabétisme sous l'angle de la santé de la population**

En comblant les besoins des personnes faiblement alphabétisées, on comble aussi ceux de tous les citoyens et citoyennes. Par exemple, la plupart des personnes, indépendamment de leur niveau de scolarité, ont de la difficulté à comprendre la majorité de l'information écrite sur la santé. Il y a donc de fortes chances que les destinataires de l'information ne suivent pas les directives, peu importe leur niveau d'alphabétisme.

## 7. Répertoire ou créer des outils de sensibilisation afin de préparer des sessions de formation pour le personnel de la santé

Des outils existent, davantage nombreux dans le milieu anglophone, pour sensibiliser les différents milieux, particulièrement le milieu de la santé, aux réalités vécues par les personnes peu alphabétisées dans le domaine de la santé. Il faut adapter ces outils à la réalité québécoise, en créer d'autres, s'il y a lieu, et *proposer des rencontres de sensibilisation, particulièrement au personnel de première ligne dans le milieu de la santé, qui reçoit les personnes et les dirige vers les services appropriés selon leurs besoins, et poursuivre, par la suite, auprès du personnel de seconde ligne, qui pousse plus loin le traitement des besoins de soins.*

Pour assurer la réalisation de ces actions, l'action prioritaire à privilégier est d'intégrer, dans un chantier national sur l'alphabétisation dont la tenue a déjà été recommandée pour qu'elle soit intégrée dans le deuxième plan d'action de la Politique gouvernementale d'éducation des adultes et de formation continue, une forte préoccupation en ce qui a trait à l'alphabétisation et à la santé. Cette action permettrait également de contrer le fonctionnement sectoriel en matière d'alphasanté, de valoriser la formation tout au long de la vie, d'étendre la procédure en vue de la sensibilisation des milieux de santé à l'alphabétisation ainsi que de concevoir des projets communs et, par conséquent, des partenariats entre les différents acteurs gouvernementaux et de la société civile.

## Conclusion

Notre étude nous a permis de constater que les développements en matière de santé et d'alphabétisation, à part les initiatives rapportées dans le présent rapport, se font surtout en milieu anglophone, que ce soit au Québec ou ailleurs au Canada. Pourtant, les problèmes ne sont pas moins nombreux en milieu francophone, notamment au Québec, et ils entraînent tout autant des effets néfastes sur la santé des différentes populations peu alphabétisées.

Les dernières enquêtes sur l'alphabétisation et les compétences des adultes démontrent qu'une grande partie des adultes québécois éprouvent des difficultés sur le plan de la lecture et de l'écriture, ce qui produit des effets directs et indirects sur les autres domaines de leur vie, particulièrement sur celui de la santé. L'exploration de la documentation publiée à ce jour, la tenue de groupes de discussion et les rencontres avec certains intervenants et intervenantes nous ont largement démontré la manière dont se manifestent les effets de l'analphabétisme d'une personne sur la prise en charge de sa santé, sur l'amélioration des conditions de vie qui facilitent une meilleure santé. À coup de répétitions, qui peuvent paraître fastidieuses à la lecture, mais qui en même temps soulignent l'opportunité de ces informations, on rappelle que les effets directs de l'analphabétisme sur la santé touchent à des aspects importants de la vie d'une personne (comme la compréhension de toute information sur la santé, la gestion de ses soins, la compréhension des consignes de sécurité, l'obtention des services nécessaires pour demeurer en santé et l'accès à ceux-ci), à l'interaction avec les professionnels de la santé et à la réclamation de soins médicaux appropriés au bon moment. Ces aspects concernent également les conditions de vie, telles que vivre dans un logement insalubre, travailler dans un milieu dangereux, subir l'isolement et l'exclusion, ressentir beaucoup de stress, manquer d'assurance et avoir de la difficulté à adopter de saines habitudes de vie. S'ajoutent à cette problématique les difficultés vécues par les aînés peu alphabétisés et par d'autres populations particulières comme les immigrants, les autochtones et les jeunes mères.

Pour résoudre cette problématique, nous avons proposé des actions tout au long de notre rapport : elles proviennent autant de la documentation que nous avons consultée et des rencontres que nous avons eues avec certains spécialistes que des ateliers de discussion qui se sont déroulés à l'occasion des séminaires internationaux sur l'alphabétisation tenus en 2006 et en 2008. Nous basant sur l'invitation qui est faite dans la Politique gouvernementale d'éducation des adultes et de formation continue, soit assurer une formation continue de chaque citoyen et de chaque citoyenne, qui s'échelonne tout au long de la vie, centrée sur la personne dans toutes ses dimensions, avec des préoccupations pour certains groupes de la population, et sur l'idée d'insérer cette dimension dans le plan d'action 2009-2014 lié à la mise en œuvre de cette

politique, nous estimons urgent pour le Québec d'assurer des développements en matière d'alphabétisation liée à la santé et au vieillissement de la population, à commencer par l'action prioritaire proposée au chapitre précédent, soit la mise en œuvre d'une action intégrée au chantier national sur l'alphabétisation en concertation avec les principaux ministères visés, soit le MELS, le MSSS ainsi que le ministère de la Famille et des Aînés. À notre avis, le gouvernement du Québec aura tout intérêt à travailler sur ce dossier au cours des prochaines années.



## Bibliographie

- ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE. *De bons remèdes pour les aînés : lignes directrices sur la rédaction des documents et la conception des emballages des médicaments sur ordonnance*, Ottawa, Association canadienne de santé publique, 2002, 85 p.
- BRINK, Satya. *EIACA de 2003 : principales données de recherche*, Ottawa, Secrétariat national à l'alphabétisation, Direction de la politique sur l'apprentissage, 2005, 52 p.
- COMITÉ CONSULTATIF FÉDÉRAL-PROVINCIAL-TERRITORIAL SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION. *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : investir dans la santé des Canadiens*, Halifax, Santé Canada, 1994, 47 p.
- DIRECTION DE L'ÉDUCATION DES ADULTES ET DE L'ACTION COMMUNAUTAIRE. *Les actes du Séminaire international sur l'alphabétisation*, Québec, gouvernement du Québec, ministère de l'Éducation du Loisir et de Sport, 2007, 94 p.
- DES RIVIÈRES, Monique et autres. *Rapport de l'équipe de travail sur « La pleine participation des aînés au développement du Québec : afin de construire un Québec pour tous les âges »*, Québec, ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine, Direction des relations publiques et des communications, 2005, 192 p.
- DUBOIS, Lise et autres. *Rapport de recherche : évaluation d'un nouveau lieu d'alphabétisation, l'épicerie-santé*, Québec, Université Laval, Groupe de recherche Alpha-santé Éditeur, 2000, 76 p.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Vie des générations et des personnes âgées : aujourd'hui et demain*, t. 1, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2004, 304 p.
- JONES, Stan et autres. *Littératie, économie et société : résultats de la première Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes*, Ottawa, Organisation for Economic Co-operation and Development, Educational Testing Service et Secrétariat national à l'alphabétisation, 1995, 217 p.
- KASZAP, Margot, et autres. *Besoins d'éducation à la santé chez une clientèle âgée peu alphabétisée atteinte de maladies cardio-vasculaires : une étude exploratoire*, Québec, Université Laval et Université de Montréal, Groupe de recherche éducation-santé, 2002, 76 p.

- LEGENDRE, Renald. *Dictionnaire actuel de l'éducation*, 3<sup>e</sup> éd., Montréal, Guérin, 2005, 1 554 p.
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT. *Politique gouvernementale d'éducation des adultes et de formation continue*, Québec, Gouvernement du Québec, 2002, 43 p.
- MURRAY, T. Scott. *Littératie de la santé en Amérique du Nord : cadre conceptuel et faits saillants*, Québec, Statistique Canada, Séminaire international sur l'alphabétisation, 2006, 42 p.
- MURRAY, T. Scott, Eugene OWEN et Barry MCGAW. *Apprentissage et réussite : premiers résultats de l'enquête sur la littératie et les compétences des adultes*, Ottawa et Paris, Statistique Canada et Organisation de coopération et de développement économiques, 2005, 338 p.
- PERRIN, Burt. *Research Report : Literacy and Health Project Phase One*, Toronto, Association pour la santé publique de l'Ontario, 1990
- PERRIN, Burt et autres. *Effets du niveau d'alphabétisme sur la santé des Canadiens et des Canadienne : étude de profil*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada et Santé Canada, 1998, 26 p.
- PETCH, Elsie, Barbara RONSON et Irving ROOTMAN. *La littératie et la santé au Canada : ce que nous avons appris et ce qui pourrait aider dans l'avenir. Un rapport de recherche. Édition en langage clair et simple*, Ottawa, Institut de recherche en santé du Canada, 2004, 23 p.
- RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT SOCIAL CANADA. *Lire l'avenir : un portrait de l'alphabétisme au Canada, Document de base*, Ottawa, gouvernement du Canada, 2003, 131 p.
- ROBERTS, Paul et Gail FAWCETT. *Personnes à risques : analyse socio-économique de la santé et de l'alphabétisme chez les personnes âgées*, Ottawa, Développement des ressources humaines du Canada, Secrétariat national à l'alphabétisation et Statistique Canada, 1998, 72 p.
- ROOTMAN, Irving et autres. *Programme national de recherche sur l'alphabétisation et la santé : évaluation des besoins et analyse du contexte*, Ottawa, Secrétariat national à l'alphabétisation et Conseil de recherches en sciences humaines, 2002, 36 p.

SHOHET, Linda. *L'alphabétisation/littératie, la santé et les aînés*, Québec, Centre d'alphabétisation du Québec, Séminaire international sur l'alphabétisation, 2006, 33 p.





Éducation,  
Loisir et Sport

Québec

