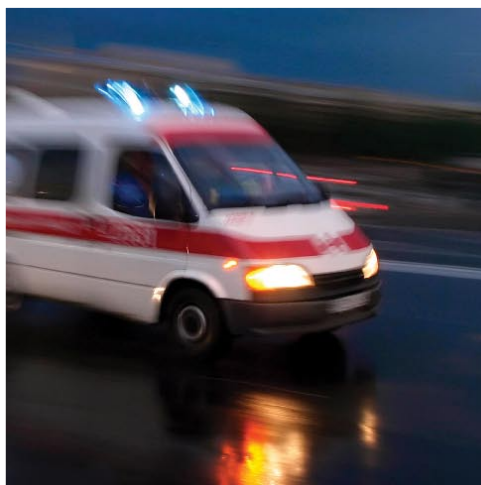
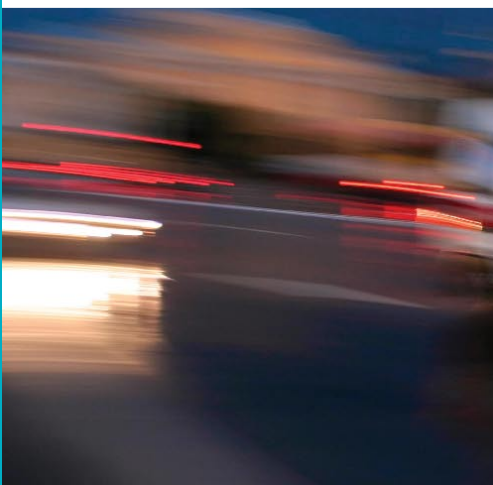
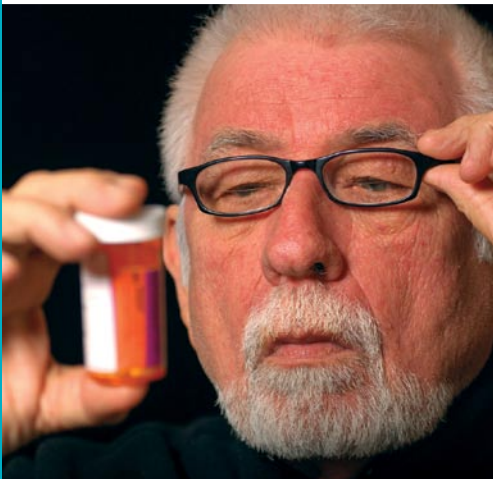


Littératie EN SANTÉ au Canada

RÉSULTATS INITIAUX
de l'Enquête
internationale sur
l'alphabétisation
et les compétences
des adultes

2007



Cette publication a été préparée par Scott Murray, Data Angel Policy Research Incorporated, Rima Rudd, Harvard School of Public Health, Irwin Kirsch, Educational Testing Service, Kentaro Yamamoto, Educational Testing Service et Sylvie Grenier, Statistique Canada.

Elle est disponible en version électronique sur le site Web du Conseil canadien sur l'apprentissage au www.ccl-cca.ca.

Pour plus d'information, veuillez communiquer avec :

Communications
Conseil canadien sur l'apprentissage
215-50 rue O'Connor, Ottawa ON K1P 6L2
Tél. : 613.782.2959
Télec. : 613.782.2956
Courriel : info@ccl-cca.ca

© 2007 Conseil canadien sur l'apprentissage

Tous droits réservés. Cette publication peut être reproduite en partie ou dans sa totalité avec la permission écrite du Conseil canadien sur l'apprentissage. Pour obtenir cette permission, veuillez communiquer avec : info@ccl-cca.ca. Ces documents ne doivent être employés qu'aux fins non-commerciales.

Veuillez citer cette publication selon le format suivant :

Conseil canadien sur l'apprentissage (2007).
Littératie en santé au Canada : Résultats initiaux de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes, Ottawa, Canada. Page(s).

Date de publication : septembre 2007
Ottawa (Ontario)

ISBN 978-0-9783880-2-7

Also available in English under the name *Health Literacy in Canada: Initial Results from the International Adult Literacy and Skills Survey*

Le Conseil canadien sur l'apprentissage est un organisme indépendant à but non lucratif financé en vertu d'une entente avec Ressources humaines et Développement social Canada. Il a pour mission de favoriser et de soutenir la prise de décisions fondées sur des éléments objectifs en ce qui concerne l'apprentissage à tous les stades de la vie, depuis la petite enfance jusqu'au troisième âge.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE.....	3		
Qu'est-ce que la littératie en santé?.....	3		
Quelle importance la littératie en santé revêt-elle? ...	3		
Quelle évolution notre compréhension de la littératie en santé a-t-elle connue?	4		
Quelle évolution le cadre analytique de la littératie en santé a-t-il connue?	4		
Quelle est le courant de pensée actuel en matière de mesure de la littératie en santé?	5		
Que révèlent les analyses initiales des échelles de littératie en santé pour le Canada?	6		
Quelles sont les incidences de ce rapport sur les politiques?.....	6		
Quelles sont les prochaines étapes?.....	6		
CHAPITRE 1— L'ORIGINE DE LA LITTÉRATIE EN SANTÉ	8		
CHAPITRE 2— LE DOMAINE DE LA LITTÉRATIE	10		
CHAPITRE 3— MESURER LES COMPÉTENCES DES ADULTES	13		
MESURES DE LA LITTÉRATIE CHEZ LES ADULTES	13		
DÉFINITION ET CADRE.....	14		
CONTEXTES, TEXTES ET TÂCHES.....	15		
RÉSULTATS.....	16		
CHAPITRE 4—MESURES DE LA LITTÉRATIE EN SANTÉ	18		
ACTIVITÉS LIÉES À LA SANTÉ.....	19		
UN CADRE DE COMPRÉHENSION DE LA LITTÉRATIE EN SANTÉ.....	19		
Promotion de la santé.....	19		
Protection de la santé	20		
Prévention des maladies.....	20		
Soins de santé.....	20		
Compréhension du système de santé	20		
CODAGE DES ITEMS LIÉS À LA LITTÉRATIE	22		
CHAPITRE 5—LA RÉPARTITION DE LA LITTÉRATIE EN SANTÉ AU CANADA	23		
CHAPITRE 6—SOMMAIRE ET CONCLUSIONS	27		
IMPLICATIONS POUR LES POLITIQUES	28		
IMPLICATIONS POUR DE FUTURES RECHERCHES ..	28		
ANNEXE A : APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE DANS LA CRÉATION DE L'ÉCHELLE D'ACTIVITÉS LIÉES À LA LITTÉRATIE EN SANTÉ (HALS)	30		
ANNEXE B : NOTES EN FIN DE TEXTE	33		



SOMMAIRE

L'objectif premier du présent document est de rendre compte de la répartition de la littératie en santé au sein de la population adulte canadienne et de son implication en matière de politiques publiques. Le document s'appuie sur l'analyse de l'*Enquête sur la littératie et les compétences des adultes* de 2003, sur le rapport *Literacy and Health in America* paru en 2004 ainsi que sur un rapport à venir préparé par des chercheurs canadiens et américains qui comparent la répartition de la littératie en santé chez les adultes au Canada et aux États-Unis.

Qu'est-ce que la littératie en santé?

La littératie en santé réfère habituellement à la capacité d'une personne à accéder à des renseignements sur la santé et à les utiliser pour prendre les décisions appropriées et se maintenir en santé. Aux yeux des chercheurs en santé et en éducation, il s'agit d'un concept très large qui permet d'évaluer si les personnes peuvent lire des renseignements sur la santé et agir en conséquence et si elles possèdent les capacités d'expression leur permettant de communiquer leurs besoins en santé à leur médecin ainsi que les capacités d'écoute leur permettant de comprendre les directives reçues et de prendre les mesures qui s'imposent.

Quelle importance la littératie en santé revêt-elle?

Au cours des années, les études ont démontré à plusieurs reprises l'existence d'un lien étroit entre la littératie, le niveau d'instruction et le niveau de santé. La santé et l'apprentissage sont intimement liés, et il existe une corrélation manifeste entre ces deux éléments à tous âges, tout au long de la vie. L'équation est simple : plus le niveau d'instruction et la capacité de se renseigner sur la santé d'une personne sont élevés, meilleure est sa santé.

Les chercheurs et les décideurs des domaines de la santé et de l'éducation considèrent que la littératie

en santé est un élément déterminant reliant l'instruction à la santé, un facteur de causalité des écarts dans la santé des différents groupes au sein de la population et un indicateur de la santé de la population en général.

Quelle évolution notre compréhension de la littératie en santé a-t-elle connue?

Une série de rapports percutants parus à la fin des années 1980, au Canada et aux États-Unis, ont établi un lien entre instruction et santé. Ils ont aussi suscité l'intérêt des chercheurs canadiens en éducation et en santé. En 1994, l'Association canadienne de santé publique avait mis sur pied le Programme national sur l'alphabétisation et la santé par l'intermédiaire duquel, en collaboration avec un réseau de partenaires issus des secteurs de la santé et de l'éducation, elle a jeté les bases de la littératie en santé en tant que domaine de recherche.

Les connaissances en littératie en santé sont considérables, et les quelque 1 000 articles publiés en la matière peuvent généralement être divisés en quatre domaines de recherche.

- Le premier domaine se consacre au niveau de littératie que le système de santé exige des adultes en ce qui a trait à leur capacité de se servir de documents, d'accéder aux services et de solliciter des soins. Environ 800 études publiées entre 1970 et 2006 ont indiqué que les capacités de lecture requises pour comprendre la plupart des documents portant sur la santé surpassent celles du titulaire moyen d'un diplôme d'études secondaires.
- Le deuxième domaine se penche sur les différences entre les patients possédant de fortes capacités de lecture et ceux dont les capacités de lecture sont limitées et sur leur aptitude à comprendre et à interpréter l'information relative à leur santé ou à leur traitement médical, à l'hospitalisation et aux comportements sains.

Une centaine d'études ont clairement démontré les multiples incidences du niveau de littératie des patients sur la santé.

- Le troisième domaine, plus récent, s'intéresse aux efforts mis en œuvre pour améliorer la littératie en santé, soit en réduisant les demandes des systèmes de santé en matière de littératie, soit en accroissant le niveau de littératie en santé des adultes.
- Finalement, de nouvelles recherches mettent l'accent sur le niveau de numératie et sur les capacités d'écoute et d'expression des fournisseurs de soins de santé et de leurs patients, éléments essentiels à une communication efficace en matière de santé publique.

Quelle évolution le cadre analytique de la littératie en santé a-t-il connue?

Au cours des années 1980 et 1990, les percées réalisées dans diverses disciplines des sciences sociales ont permis aux chercheurs d'acquérir de nouvelles méthodes de mesure et de comparaison du niveau de compétence des adultes au sein d'une même population et d'une population à l'autre.

Tirant parti de ces connaissances de plus en plus nombreuses, un certain nombre d'études novatrices portant sur le niveau de littératie des adultes ont été menées, y compris des évaluations majeures au Canada et aux États-Unis ayant fourni de précieuses données de référence. Outre l'évaluation du niveau de littératie des participants, ces études ont aussi permis de rassembler des données relatives à leurs caractéristiques démographiques et socio-économiques (p. ex. l'âge, le sexe, le niveau de scolarité, la situation professionnelle, le revenu familial et la citoyenneté).

Au milieu des années 1990, une vaste étude collective à laquelle quelque 25 pays ont participé a été réalisée : *l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes* (EICA). Un élément clé de l'EIAA est que les pays participants

ont adopté la même définition et le même cadre pour mesurer la littératie, permettant l'analyse de questions relatives à la littératie dans le temps, au sein de différents sous-groupes, groupes linguistiques et pays.

Ces analyses ont mesuré les compétences des répondants au moyen de trois échelles de littératie. La première échelle (*textes suivis*), se penchait sur les connaissances et les compétences nécessaires pour comprendre et utiliser l'information contenue dans des textes suivis, tels que des journaux et des livres. La deuxième échelle (*textes schématiques*) s'intéressait aux connaissances et aux compétences requises pour repérer et utiliser l'information présentée par exemple dans les demandes d'emploi, les cartes routières et les horaires de train. La troisième échelle (*textes au contenu quantitatif*) mesurait les connaissances et les compétences nécessaires à l'application des opérations arithmétiques de base à des nombres contenus dans des imprimés.

Une nouvelle étude comparative internationale en cours, l'*Enquête sur la littératie et les compétences des adultes* (ELCA), présente plusieurs améliorations par rapport à l'EIAA. En ce qui a trait à la littératie en santé, l'ELCA met également de l'avant une série de mesures couramment utilisées en matière de déclaration volontaire de l'état de santé. Les résultats comparatifs internationaux tirés de la *série initiale* de données de l'ELCA, à laquelle sept pays ont participé, ont été publiés en mai 2005, suivis des résultats nationaux pour le Canada en juin 2005.

Quel est le courant de pensée actuel en matière de mesure de la littératie en santé?

Durant les périodes ayant précédé et suivi la publication de la série initiale de données de l'ELCA, les méthodes d'évaluation de la littératie en santé

ont été consolidées. Elles englobent maintenant le niveau de littératie en santé dans une variété de contextes, et par rapport aux activités quasi quotidiennes liées à la santé se déroulant à la maison, au travail et dans les systèmes de la collectivité. Ces échelles perfectionnées d'évaluation et de classement du niveau de littératie des personnes et des collectivités comprennent maintenant les éléments suivants :

- **PROMOTION DE LA SANTÉ** : la capacité d'améliorer et de maintenir sa santé en repérant et en utilisant l'information sur la santé figurant dans les magazines et brochures, ou dans les tableaux ou sur les étiquettes de sécurité des aliments ou des produits, en vue d'établir un programme d'exercices ou d'acheter des aliments sains.
- **PROTECTION DE LA SANTÉ** : la capacité de protéger la santé individuelle ou collective en lisant des articles de journaux, des publications sur la santé et la sécurité ou des rapports sur la qualité de l'air ou en participant à des référendums afin de faire des choix.
- **PRÉVENTION DES MALADIES** : la capacité de prendre des mesures préventives et de procéder à une détection précoce en comprenant les alertes liées à la santé diffusées à la télévision ou dans les journaux ainsi que les résultats de tests présentés dans des lettres afin de cerner les risques, de se soumettre à des tests de dépistage ou de diagnostic et d'assurer le suivi des traitements.
- **SOINS DE SANTÉ** : la capacité de solliciter des soins et de former des partenariats avec les fournisseurs de soins de santé, comme être en mesure de remplir des questionnaires sur ses antécédents médicaux, de suivre le mode d'emploi accompagnant les médicaments ou de comprendre les avantages des diverses formes de traitement et d'en discuter avec un professionnel de la santé.

- **COMPRÉHENSION DU SYSTÈME** : la capacité de déterminer les services de santé requis et d'y accéder en remplissant des formulaires de demande, en lisant des cartes pour localiser les établissements appropriés ou en comprenant les programmes de prestations de maladie.

Que révèlent les analyses initiales des échelles de littératie en santé pour le Canada?

- À l'instar du niveau national de littératie et de numératie, le niveau moyen de littératie en santé au Canada est faible.
- 60 % des adultes canadiens (16 ans et plus) sont incapables d'obtenir des renseignements et des services de santé, de les comprendre et d'agir en conséquence, et de prendre eux-mêmes les décisions appropriées relatives à leur santé. En outre, la proportion d'adultes dont le niveau de littératie en santé est bas est considérablement plus élevée au sein de certains groupes, conclusion qui soulève des questions d'équité.
- Les adultes canadiens qui ne possèdent pas de diplôme d'études secondaires obtiennent des résultats de beaucoup inférieurs à ceux dont le niveau d'instruction est plus élevé, et cet écart se creuse avec l'âge. Cet état de choses laisse croire que le vieillissement amplifie les iniquités découlant du niveau d'instruction.
- Le niveau moyen de littératie en santé varie grandement d'une province à l'autre. Le Yukon affiche le plus haut niveau de littératie en santé dans une langue officielle et le Nunavut, le plus bas.
- Les écarts entre les niveaux de littératie et de numératie influent fortement sur les sphères sociale, éducationnelle et économique des individus. Ils semblent en outre être associés à des différences notables entre l'état de santé global perçu d'une personne à l'autre.
- Le niveau moyen de littératie diffère sensiblement entre les divers sous-groupes de la po-

pulation canadienne, particulièrement chez les personnes âgées.

- Le niveau de littératie en santé des Canadiens est plus élevé que celui des Américains.

Quelles sont les incidences de ce rapport sur les politiques?

- Le lien entre la littératie en santé et l'état de santé mérite notre attention. Bien qu'elles soient imparfaites, les échelles de littératie en santé créées pour appuyer cette analyse révèlent des aspects intéressants qui comportent des implications pour les politiques et de futures recherches.
- Le faible niveau de littératie en santé découle en partie du vieillissement de la population canadienne, de la diminution de la cohorte de jeunes et de l'augmentation de la population immigrante. Le niveau de littératie en santé ne s'améliorera pas à moins que des politiques soient adoptées en ce sens.
- Le système de santé doit en faire plus pour prendre en charge les aînés dont le niveau de littératie en santé tend à être moins élevé.
- La corrélation entre l'état de santé et le niveau de littératie en santé est suffisamment importante pour signifier que la santé globale de la population pourrait être améliorée si on arrivait à augmenter le niveau de littératie en santé des adultes. Selon la même logique, d'autres bienfaits pourraient découler de l'accroissement du niveau de littératie en santé.
- Prendre des mesures en ce sens et faciliter la compréhension de notre système de santé pourraient se révéler des solutions peu coûteuses pour améliorer le niveau global de santé et de bien-être. Comme les personnes mieux outillées font davantage preuve d'autonomie dans la gestion de leur santé, la demande de biens et services liés à la santé pourrait connaître une baisse considérable.

- Le coût moyen des traitements pourrait également être réduit, conséquence de la diminution de la durée des traitements, du recours à des services de santé moins coûteux et de la diminution des diagnostics erronés et des erreurs de médicaments. Cela pourrait aussi se traduire par une réduction de la fréquence des accidents de travail évitables et, par conséquent, par un accroissement de la productivité.
- Finalement, les iniquités sociales en matière de santé, une injustice criante et évitable dans un pays aussi riche que le Canada, pourraient être amoindries.
- À une époque où les gouvernements s'efforcent de contenir l'explosion des coûts liés à la santé, ces retombées positives sont loin d'être négligeables.

Quelles sont les prochaines étapes?

D'autres recherches devront confirmer empiriquement l'existence d'un lien de causalité entre la littératie en santé et l'état de santé et explorer pourquoi le lien entre la littératie en santé et l'état de santé perçu varie à ce point d'une province à l'autre.

Des analyses supplémentaires des données sur la littératie en santé de l'ELCA sont en cours. Financées par le Conseil canadien sur l'apprentissage, elles devraient produire un portrait beaucoup plus clair du coût humain d'un faible niveau de littératie en santé et des retombées potentielles qu'entraînerait un investissement visant à augmenter le niveau de littératie en santé des adultes canadiens.

L'ORIGINE DE LA LITTÉRATIE EN SANTÉ

Les chercheurs et les décideurs des domaines de la santé et de l'éducation considèrent que la littératie en santé est un élément déterminant reliant l'instruction à la santé et un facteur associé aux disparités en santé et à la santé globale de la population.

Aux États-Unis, le rôle central des capacités de lecture et de numératie a attiré l'attention des acteurs du milieu de la santé lorsque les résultats de la *National Adult Literacy Survey* (NALS) publiée en 1992 ont commencé à circuler au sein de différents milieux.

À la fin du 20e siècle, les quelque 300 études publiées dans des revues consacrées à la santé publique et à la médecine formaient une solide base pour la recherche sur la littératie en santé¹.

Au début du nouveau millénaire, plusieurs rapports déterminants ont jeté les bases de la littératie en santé en tant que domaine de recherche capable de faire la lumière sur l'incidence de l'instruction sur la santé.

Un des objectifs mis de l'avant dans le projet Healthy People 2010 du *Department of Health and Human Services* (HHS) (département de la Santé et des Services sociaux) des États-Unis est l'amélioration de la littératie en santé².

Au même moment, le *Journal of the American Medical Association* publiait un livre blanc rédigé par le comité spécial de l'AMA sur la littératie en santé pour le *Council on Scientific Affairs*³ qui traduisait la reconnaissance de plus en plus affirmée de la médecine à l'égard de la littératie et de son rôle dans les soins de santé⁴.

En 2003, le HHS des États-Unis a mis en œuvre un plan d'action visant l'amélioration du niveau de littératie en santé des adultes américains. L'année

suivante, l'*Agency for Healthcare Research and Quality*, après avoir évalué les publications relevant du domaine, concluait qu'une cinquantaine d'études avaient établi un lien étroit entre les capacités de lecture des patients et diverses incidences sur la santé⁵. Finalement, en 2004, le comité formé par l'*Institute of Medicine des National Academies of Science*, dont le mandat était d'examiner les enjeux et définitions associés à la littératie en santé, publiait un rapport comprenant des recommandations en matière de recherche, de pratiques et de politiques⁶.

Au Canada, les questions relatives aux capacités de lecture ont capté l'attention du secteur de la santé avec la publication de *Broken Words: Why Five Million Canadians are Illiterate*⁷ (Creative Research Group, 1989), une analyse de la première évaluation directe du niveau de littératie menée au Canada, dont l'approche avait été empruntée à la NALS menée aux États-Unis.

Une des retombées tangibles a été la mise en œuvre d'un projet dirigé par l'Association pour la santé publique de l'Ontario et le Collège Frontière (1989-1993), initiative s'étant soldée par la production de deux rapports établissant un lien entre la littératie et la santé^{8,9}.

En 1994, en partie à la suite de ce projet, l'Association canadienne de santé publique (ACSP) a mis sur pied le Programme national sur l'alphabétisation et la santé (PNAS), financé par le Secrétariat national à l'alphabétisation du gouvernement fédéral. Par l'intermédiaire du PNAS, l'ACSP a collaboré avec 27 partenaires nationaux en santé et en littératie pour assurer le leadership dans le domaine en mettant sur pied le Service de révision en style clair simple, deux conférences nationales et d'autres activités à l'échelle nationale et internationale¹⁰.

L'intérêt au Canada a été davantage aiguïté par la publication successive de séries de résultats de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes (EIACA)^{11,12,13}. Ces rapports ont permis de mieux comprendre le lien qui unit la littératie et la numératie à tout un éventail de tâches routinières auxquelles s'adonnent les adultes au quotidien, dont celles liées à la santé.

En somme, les résultats provenant des enquêtes à grande échelle sur la littératie chez les adultes ont permis d'ouvrir tout grand la porte à l'établissement d'une corrélation entre l'instruction et la santé. Afin de mieux comprendre la nature du niveau de littératie en santé des adultes en Amérique du Nord, Statistique Canada, le *National Center for Education Statistics* des États-Unis, l'*Educational Testing Service* (ETS) et la *School of Public Health* de l'Université Harvard ont entrepris un projet commun dont l'objet était de définir la littératie en santé et de tirer une première série d'estimations de la répartition de la littératie en santé au sein de la population adulte canadienne et américaine.

L'objectif premier du présent document est de produire un ensemble initial d'estimations pour le Canada, tirées de l'*Enquête sur la littératie et les compétences des adultes* (ELCA) de 2003. Il prend appui sur celui publié en 2004 par l'ETS, *Literacy and Health in America*, qui avait fourni la première analyse du niveau de littératie en santé des adultes aux États-Unis, et sur la comparaison ultérieure de la répartition de la littératie en santé chez les adultes au Canada et aux États-Unis.

LE DOMAINE DE LA LITTÉRATIE EN SANTÉ

Des dizaines d'années de recherche en santé aux États-Unis, au Canada, en Grande-Bretagne et en Europe ont permis de mettre en évidence des liens étroits entre l'état de santé et le niveau d'instruction ou de revenu, des indicateurs couramment utilisés pour définir le statut socioéconomique. Les conclusions d'enquêtes sur le niveau de littératie des adultes ont toutefois souligné le fait que celui-ci influe sur la capacité d'accéder à l'information et de se tirer d'affaire avec les milieux fortement alphabétisés de la société moderne. Les analyses de la documentation portant sur la santé parue avant et après la publication en 1993 de la *National Adult Literacy Survey* (NALS) ont mis en lumière un déséquilibre entre le niveau de lecture requis pour comprendre les documents portant sur la santé et les capacités de lecture moyennes des adultes. Des études parues dans la deuxième moitié des

« La mesure dans laquelle une personne est capable d'obtenir, de traiter et de comprendre l'information de base sur la santé et les services dont elle a besoin pour prendre des décisions éclairées sur sa santé. »

HEALTHY PEOPLE 2010

DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX DES ÉTATS-UNIS

années 1990 ont par ailleurs rapporté des différences statistiquement significatives entre les connaissances et les comportements liés à la santé des personnes possédant de fortes capacités de lecture et ceux des personnes dont les capacités de lecture sont limitées. Au début du nouveau millénaire, les *National Institutes of Health* des États-Unis ont lancé un appel de propositions de recherches qui étudieraient l'éducation comme facteur de santé. L'incidence de la littératie sur la santé fait d'ailleurs l'objet de plus en plus de recherches.

La littératie en santé est définie de différentes manières dans la documentation publiée aux États Unis, au Canada, en Angleterre et en Australie. La définition la plus souvent citée met l'accent sur les capacités de la personne : « *La mesure dans laquelle une personne est capable d'obtenir, de traiter et de comprendre l'information de base sur la santé et les services dont elle a besoin pour prendre des décisions éclairées sur sa santé.* »

Cependant, maintenant que l'on prête de plus en plus attention à la complexité croissante des activités et des soins liés à la santé dans l'ensemble des pays industrialisés, praticiens et chercheurs s'entendent sur le fait que la littératie en santé est le fruit de l'interaction entre les capacités des personnes et les demandes du système de santé. Voilà pourquoi on cherche à améliorer la littératie en santé en haussant le niveau de littératie des adultes et en abaissant les demandes du système de santé en matière de littératie. Le rapport de l'*Institute of Medicine* intitulé *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*¹⁴ souligne l'importance de comprendre en profondeur la littératie en santé chez les adultes ainsi que les barrières relatives à la littératie qui restreignent l'accès aux activités, aux soins et aux traitements liés à la santé, deux facteurs nécessaires à l'élaboration d'une assise solide pour que s'opèrent les changements requis.

Des articles publiés dans des revues à comité de lecture consacrées à la médecine, à l'éducation à la santé et à la santé publique traduisent l'intérêt grandissant pour l'étude des conséquences d'un niveau limité de littératie sur la santé. Le domaine de la littératie en santé jouit d'une substantielle documentation. Le nombre d'études et d'éditoriaux portant sur la littératie parus entre 2000 et la fin de 2006 a plus que doublé comparativement à la période de 1970 à 1999. Dans l'ensemble, la documentation traitant de

près ou de loin de la littératie en santé est composée de quelque 1 000 articles. En outre, des chercheurs issus d'un vaste éventail de domaines de la santé, y compris de la santé bucco-dentaire et de la santé mentale, ont fait paraître des conclusions relatives à la littératie en santé. Conférences nationales, livres blancs et rapports émanant de prestigieuses agences et académies ont permis de mettre la littératie en santé à l'ordre du jour dans plusieurs pays industrialisés.

Les recherches sur la littératie en santé peuvent être divisées en quatre domaines.

Le premier se penche sur les demandes du système de santé et sur l'adéquation de celles-ci avec les capacités des adultes qui se servent de documents, accèdent à des services et sollicitent des soins. Environ 800 études publiées entre 1970 et 2006 ont indiqué que les capacités de lecture requises pour comprendre la plupart des documents portant sur la santé surpassent celles du titulaire moyen d'un diplôme d'études secondaires.

Le deuxième met l'accent sur les différences entre les patients possédant de fortes capacités de lecture et ceux dont les capacités de lecture sont limitées en regard de leurs connaissances au sujet de leur maladie, de leur traitement médical, de l'hospitalisation, d'une multitude de comportements liés à la santé et des indicateurs physiques de l'état de santé. Une centaine d'études ont clairement démontré les multiples incidences du niveau de littératie des patients (habituellement mesuré en tant que capacités de lecture) sur la santé.

Un petit nombre d'études, mais en constante augmentation, se consacrent à l'amélioration de la littératie en santé. Certaines d'entre elles tentent de réduire les demandes du système de santé et d'éliminer les barrières liées à la littératie; d'autres s'efforcent de hausser le niveau de littératie en santé des adultes.

Finalement, de nouvelles recherches mettent l'accent sur la numératie¹⁵ et sur les capacités d'écoute et d'expression, essentielles à une communication efficace en matière de santé publique et au dialogue entre clients ou patients et fournisseurs de soins de santé. Compétences, hypothèses et processus font l'objet d'un examen de la part des décideurs, des chercheurs et des praticiens qui se consacrent à l'amélioration des résultats de santé.

MESURER LES COMPÉTENCES DES ADULTES

MESURES DE LA LITTÉRATIE CHEZ LES ADULTES

Depuis quelques dizaines d'années, les avancées en psychométrie, en théorie cognitive et en méthodes de sondage auprès des foyers ont permis d'évaluer directement le niveau de compétence des adultes. Les tests savamment élaborés, soumis à grande échelle à des échantillons d'adultes représentatifs, ont mené aux toutes premières données fiables, comparables et pouvant être interprétées sur la répartition du niveau de littératie et son incidence. La première étude du genre, la National Adult Literacy Survey (NALS) publiée en 1992 par l'Educational Testing Service (ETS) pour le compte du département de l'Éducation des États-Unis¹⁶, représentait l'évaluation la plus importante et la plus complète jamais menée sur le niveau de littératie de la population adulte américaine (16 ans et plus).

Plusieurs des concepts et des indicateurs qui sous-tendent la NALS tirent leur origine de deux évaluations précédemment mises de l'avant par l'ETS et visant des sous-populations particulières : les jeunes adultes (21 à 25 ans) et les adultes sans emploi et défavorisés sur le plan économique, profitant de l'assurance-emploi et de programmes d'emploi et de formation financés par le département du Travail des États-Unis¹⁷. La NALS a recueilli des données sur le niveau de littératie d'un échantillon de 26 091 adultes âgés de 16 ans et plus, dont 1 147 étaient issus de prisons fédérales et étatiques, ainsi que d'échantillons supplémentaires représentatifs de 12 états¹⁸. Outre l'évaluation du niveau de littératie des participants, la NALS a aussi permis de rassembler des renseignements relatifs à leurs caractéristiques démographiques et socioéconomiques (p. ex. l'âge, le sexe, la citoyenneté, l'instruction, la situation professionnelle et le revenu familial) et à leurs pratiques en matière de littératie.

Durant cette période, deux évaluations nationales à grande échelle consacrées à la littératie chez les adultes canadiens étaient entreprises à l'aide des méthodes adaptées des études américaines. En 1987, *Creative Research Group* menait une étude pour le groupe de quotidiens Southam¹⁹ puis, en 1989, Statistique Canada réalisait l'Enquête sur les capacités de lecture et d'écriture utilisées quotidiennement (ECLEQ)²⁰ au nom du Secrétaire d'État du Canada. Ces deux études ont tiré des conclusions intéressantes au sujet du niveau de littératie, de sa répartition chez les adultes et de son incidence sur leurs conditions de vie, mais n'ont pas permis de déterminer l'influence des compétences mesurées sur l'état de santé.

À la suite de la NALS, de l'étude Southam et de l'ECLEQ, des efforts sans précédent ont été mis en œuvre pour mener une étude comparative du niveau de littératie chez les adultes au niveau international au moyen des mêmes méthodes. L'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes (EIAA) a joué du concours de

gouvernements nationaux, de leurs organismes statistiques et services de recherche et de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) ainsi que du soutien technique de Statistique Canada, de l'*Educational Testing Service* et du *National Center for Education Statistics* du département de l'Éducation des États-Unis²¹. À l'instar de la NALS, l'EIAA prévoyait la collecte de données sur les caractéristiques démographiques et socioéconomiques des répondants, sur leur situation en regard du marché du travail et sur leurs pratiques en matière d'apprentissage et de littératie au moyen d'un questionnaire complet. Les évaluations internationales se sont déroulées en trois phases, de 1994 à 1998. Quelque 25 pays y ont pris part, la plupart d'Amérique du Nord et d'Europe de l'Ouest, mais également l'Australie, le Chili, la Nouvelle-Zélande et plusieurs pays d'Europe de l'Est (Hongrie, République tchèque, Slovaquie, Slovaquie et Pologne).

DÉFINITION ET CADRE

Fait particulier, ces évaluations à grande échelle ont adopté la même définition et le même cadre pour mesurer la littératie, et ont associé les données recueillies à un ensemble d'échelles communes, permettant l'analyse de questions liées à la littératie dans le temps, et au sein de différents sous-groupes, groupes linguistiques et pays. La définition utilisée était la suivante :

Utiliser des imprimés et des écrits nécessaires pour fonctionner dans la société, atteindre ses objectifs, parfaire ses connaissances et accroître son potentiel.

Les compétences des répondants ont été mesurées à l'égard de trois échelles de littératie : textes suivis, textes schématiques et textes au contenu quantitatif. La compréhension de textes suivis mesure les connaissances et compétences nécessaires pour comprendre et utiliser l'information contenue

dans des textes suivis, tels des éditoriaux, des nouvelles, des poèmes et des œuvres de fiction. La compréhension de textes schématiques s'intéresse aux connaissances et compétences requises pour repérer et utiliser l'information présentée sous diverses formes, entre autres les demandes d'emploi, les fiches de paie, les horaires de transport, les cartes routières, les tableaux et les graphiques. Finalement, la compréhension de textes au contenu quantitatif a évalué les connaissances et compétences nécessaires à l'application d'opérations arithmétiques de base, séparément ou successivement, à des nombres contenus dans des imprimés.

Une nouvelle étude comparative internationale des compétences des adultes, actuellement en cours, vise à raffiner et à étendre les résultats de l'EIAA. L'*Enquête sur la littératie et les compétences des adultes* (ELCA) présente en effet plusieurs améliorations par rapport aux enquêtes précédentes.

D'abord, la compréhension de textes au contenu quantitatif, axée sur les compétences de base en mathématiques, a été remplacée par une mesure de la littératie axée sur *la capacité d'interpréter, d'appliquer et de communiquer des données mathématiques dans les situations de la vie courante*.

Ensuite, l'ELCA s'est aussi attachée à l'évaluation des compétences en résolution de problème, définies comme *la capacité à appliquer des processus cognitifs dans le but de trouver une solution qui n'est pas manifeste pour la personne qui tente de résoudre un problème*.

Elle a en outre peaufiné la collecte de données de référence en incluant l'évaluation de l'utilisation de technologies de l'information et des communications, définie comme *la capacité à intégrer et à appliquer les capacités cognitives et techniques associées aux tâches nécessitant le recours aux technologies de l'information et des commu-*

nications. Cette mesure comprenait également la maîtrise des connaissances sur le plan cognitif et technique.

Aspect crucial au regard de la littératie en santé, l'ELCA mettait également de l'avant une série d'indicateurs de l'état de santé couramment utilisés, dont une autoévaluation ainsi que le questionnaire SF-12^{MD} sur la santé. Ce dernier consiste en une version abrégée en 12 points des questionnaires SF-36^{MD} sur la santé physique et mentale (respectivement appelés PCS-36 et MCS 36). Le SF-12 et les algorithmes de calcul reproduisent au moins 90 % de la variance des PCS 36 et MCS-36 au sein tant de la population en général que de celle formée des patients, et il reprend également le profil de huit concepts liés à la santé du SF-36, suffisant aux études portant sur un vaste échantillon²². Les résultats comparatifs internationaux tirés de la série initiale de données de l'ELCA, à laquelle sept pays ont participé²³, ont été publiés en mai 2005, suivis des résultats nationaux pour le Canada en juin 2005.

CONTEXTES, TEXTES ET TÂCHES

Les évaluations du niveau de littératie des adultes mettent toutes l'accent sur les contextes, les textes et les tâches.

Les documents et les activités qui y étaient associées ont été tirés de différents contextes de la vie quotidienne. Six catégories ont été définies afin de faire en sorte qu'aucun groupe d'adultes ne soit avantagé ou désavantagé : vie familiale, santé et sécurité, vie sociale et collective, économie de la consommation, travail et loisirs et détente.

En outre, les évaluations ont été menées à l'aide d'une variété de documents et de types de textes.

Des caractéristiques spécifiques ont été analysées pour déterminer le niveau de complexité des

textes. De plus, les tâches ont été regroupées selon leurs caractéristiques afin de comprendre les processus utilisés pour rapprocher l'information énoncée dans la question (l'information donnée) de l'information nécessaire contenue dans le texte (la nouvelle information), ainsi que les processus nécessaires pour repérer ou formuler la bonne réponse à partir de l'information disponible. Les stratégies liées à l'information étaient le repérage, le regroupement des caractéristiques, l'intégration et la formulation et, pour les tâches de nature quantitative, l'utilisation de formules et le calcul. Le document *Mesurer la littératie et les compétences des adultes : des nouveaux cadres d'évaluation*²⁴ contient un sommaire de la définition et du cadre utilisés dans la NALS et l'EIAA et explique comment ces facteurs contribuent à la compréhension des résultats en littératie. Une version abrégée du cadre de travail est présentée dans la monographie intitulée *The International Adult Literacy Survey: Understanding What Was Measured*²⁵ publiée par l'ETS.

RÉSULTATS

Les résultats associés aux trois échelles de la NALS et de l'EIAA ainsi qu'aux quatre échelles de l'ELCA ont été estimés à l'aide du modèle statistique de la théorie de la réponse à l'item (TRI). Ce modèle, une variante des modèles axés sur les traits caractéristiques, est fort efficace parce qu'il permet de confirmer empiriquement la relative difficulté des items par la théorie et, par extension, les compétences²⁶. Les échelles, graduées de 0 à 500 points, étaient divisées en cinq niveaux représentant la progression de la complexité et de la difficulté, où 1 était associé au niveau de compétence le plus faible et 5, au niveau le plus élevé.

Le tableau 1 présente les intervalles de points correspondant à chaque niveau de compétence. Un certain nombre d'organisations nationales et éta-

tiques des États-Unis, dont la National Governors' Association, ont désigné le niveau 3 comme le seuil minimal de réussite sur le marché du travail américain²⁷. Les analyses produites par l'OCDE et Statistique Canada au niveau international en arrivent à la même conclusion, avançant des preuves de la corrélation entre les niveaux 2 et 3 et une rapide amélioration de la situation sur le marché du travail et d'autres incidences individuelles. En outre, le profil des compétences essentielles établi par RHDSC définit le niveau 3 comme le minimum requis pour composer avec la plupart des exigences du travail au Canada (RHDSC, 2007).

Tableau 1 : Intervalles de points correspondant à chaque niveau de compétence

NIVEAU	INTERVALLE DE POINTS
1	0 à 225
2	226 à 275
3	276 à 325
4	326 à 375
5	376 à 500

Les répondants dont les résultats correspondent aux niveaux 1 et 2 possèdent des compétences en littératie très limitées ou restreintes. Bien que peu d'adultes des niveaux 1 ou 2 puissent être considérés comme « analphabètes » au sens où on l'entend généralement (incapacité d'écrire son propre nom ou de lire et de comprendre un passage très simple), rares sont ceux qui jouissent des capacités reconnues par plusieurs comme nécessaires pour réussir dans l'économie plus technologiquement sophistiquée d'aujourd'hui, pour accéder à des emplois bien rémunérés ou pour participer activement à la vie civique et politique. Par exemple, les compétences des adultes dont les résultats correspondaient aux niveaux 1 et 2 étaient plus faibles que la moyenne des adultes

titulaires d'un diplôme d'études secondaires. En fait, les répondants de niveau 1 ont obtenu des résultats inférieurs à la moyenne des adultes qui ont abandonné leurs études secondaires et n'ont jamais obtenu de diplôme ou d'équivalent.

Dans l'EIAA et la NALS, un niveau est attribué à un répondant si celui-ci exécute correctement au moins 80 % des tâches qui y sont associées. Il est par ailleurs très probable que les personnes obtiendraient de meilleurs résultats avec des tâches familières, exécutées au quotidien, que ce que suggère leur classement sur les échelles.

Malheureusement, la modification des compétences exigées est une conséquence inévitable de l'évolution technologique et sociale et du changement de rôles au cours d'une vie. Les outils d'évaluation de la NALS, de l'EIAA et de l'ELCA visent à refléter la mesure dans laquelle les personnes possèdent les compétences requises pour réaliser des tâches inhabituelles au degré de difficulté identique auxquelles elles sont susceptibles de faire face au fil des changements qui influent sur leur vie.

MESURES DE LA LITTÉRATIE EN SANTÉ

Dans une analyse approfondie du domaine émergent de la littératie en santé, le comité sur la littératie en santé de l'Institute of Medicine (IOM) a souligné que les instruments utilisés par les chercheurs en santé ne mesuraient pas adéquatement la littératie en santé parce qu'ils consistaient essentiellement en des approximations des capacités de lecture seulement, et ne tenaient pas compte de l'ensemble des compétences qu'implique la littératie dans le milieu de la santé. De plus, au moment de la publication du rapport *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*, il n'existait pas de données populationnelles sur le niveau de littératie en santé. Le rapport de l'IOM comme celui de l'ETS, *Literacy and Health in America*, ont été publiés au printemps 2004. Le rapport de l'ETS, dont il sera question en détail ci-dessous, a été la première analyse populationnelle du niveau de littératie en santé chez les adultes.

Au même moment, le département de la Santé et des Services sociaux des États-Unis, en collaboration avec le département de l'Éducation, intégrait un certain nombre d'items liés à la santé dans la suite de la NALS de 1993 pour mener la seconde analyse nationale du niveau de littératie chez les adultes. La *National Assessment of Adult Literacy (NAAL)*, publiée en 2003, présentait en effet un échantillon choisi à dessein de documents et d'items ($n = 28$) liés à la santé et représentant trois domaines d'information et de service de la santé et des soins de santé : clinique, prévention et compréhension du système de santé. Chacun des 28 items était construit selon le même format et la même structure que les autres documents et tâches de l'outil d'évaluation de la littératie. Les items ont été analysés de façon indépendante afin qu'ils puissent servir de mesure du progrès vers l'atteinte de l'objectif en matière de littératie en santé de l'initiative *Healthy People 2010*, et au cours des années subséquentes. Le schéma et les items utilisés dans l'étude de l'ETS n'ont toutefois pas été inclus dans l'analyse. De plus, plusieurs modifications ont été apportées au processus analytique à l'égard des données de la NAAL de 2003, notamment en ce qui a trait aux paramètres d'échantillonnage, aux niveaux de performance employés pour caractériser les participants et au niveau choisi pour définir la probabilité d'accomplir correctement une tâche²⁸. Une comparaison du processus d'analyse du niveau de littératie en santé et des conclusions présentées dans la NAAL avec ceux examinés ici serait donc laborieuse. Le rapport, *The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy*²⁹, saurait néanmoins intéresser les lecteurs du présent rapport.

ACTIVITÉS LIÉES À LA SANTÉ

Les rapports analytiques relevant du domaine de la littératie en santé, y compris le rapport de l'IOM cité ci-dessus, réclamaient l'élargissement de la portée des études et encourageaient les chercheurs à examiner la littératie en santé au-delà

de la rencontre médicale pour se pencher sur une variété de contextes et d'activités liées à la santé se déroulant à la maison, au travail, dans la collectivité et dans le système de santé.

Chaque jour, des millions d'adultes doivent prendre des décisions, agir et réfléchir relativement à des questions qui influent non seulement sur leur propre bien-être, mais également sur celui des membres de leur famille et de la collectivité. Pourtant, les chercheurs en santé n'ont jamais systématiquement examiné les tâches réalisées dans ces contextes ni évalué d'un point de vue critique la documentation dont les adultes sont appelés à se servir afin d'accomplir ces tâches. La capacité des adultes à exploiter un large éventail de documents liés à la santé, dont les étiquettes apposées sur les aliments, les objets ménagers, les produits de nettoyage et les médicaments en vente libre, pourrait avoir une incidence sur leur santé.

UN CADRE DE COMPRÉHENSION DE LA LITTÉRATIE EN SANTÉ

La première étape entreprise pour étudier le niveau de littératie en santé des adultes a été de considérer une variété d'activités et de comportements liés à la santé afin de déterminer où et pourquoi les gens prennent des mesures relatives à leur santé. Dans la première analyse, Rudd a adopté un lexique couramment utilisé pour faire la distinction entre les diverses activités liées à la santé auxquelles s'adonnent les adultes dans la vie de tous les jours. Celles-ci se divisent en cinq catégories : la promotion de la santé, la protection de la santé, la prévention des maladies, les soins de santé et la compréhension du système de santé.

Promotion de la santé

En général, en ce qui a trait à la promotion de la santé, l'accent est mis sur les activités entreprises par les gens afin d'assurer leur propre santé. Cette catégorie embrasse les comportements en lien avec la nutrition, l'activité physique et les autres « habitudes saines ».

Protection de la santé

Les mesures prises au quotidien pour préserver sa santé sont mises en évidence dans les modèles épidémiologiques traditionnels. Au nombre d'entre elles figurent le fait de se renseigner au sujet des changements dans les produits, des améliorations des structures, des machines, des produits, des systèmes ou des processus et des règles qui sous-tendent les particularités ou les procédures. En outre, ces activités visent la préservation de la santé de groupes de gens (comme les travailleurs ou les habitants d'une région en particulier) ainsi que celle du public en général (toutes les personnes qui achètent de la nourriture ou boivent de l'eau). Les deux rapports sur la portée de la santé publique publiés par *l'Institute of Medicine* soulignaient l'importance de l'engagement du public dans l'action communautaire pour assurer sa santé^{30, 31}. Les activités comprises dans cette catégorie ont trait à la santé et à la sécurité au travail et à la préservation de l'environnement, activités liées à des mandats d'organismes gouvernementaux comme la *Federal Drug Administration* des États-Unis, Santé Canada et Environnement Canada ou encore spécifiées dans la législation fédérale comme le *Right to Know Act* des États-Unis ou les lois canadiennes fédérales et provinciales sur la santé et la sécurité au travail. Pour ce qui est des documents, on retrouve ceux portant sur la sécurité des produits et sur les questions sociales et environnementales reliées à la santé.

Prévention des maladies

Les activités liées à la prévention des maladies sont définies comme les mesures prises pour prévenir l'apparition d'une maladie ou la détecter aux premiers stades, telles que l'immunisation des enfants en bas âge ou des écoliers, ou encore la vaccination des personnes âgées contre la grippe ou la pneumonie. Les programmes de dépistage comprennent notamment les examens de la vue et de l'ouïe et les tests de dépistage du cancer du

sein ou de la prostate. Cette catégorie comprend également d'autres types de mesures, comme l'utilisation d'un écran solaire.

Soins de santé

Se renseigner sur une maladie, solliciter des soins, se soumettre au traitement approprié, surveiller et mesurer les médicaments et les symptômes pour gérer une maladie chronique et discuter avec des fournisseurs de soins de santé comme les dentistes, médecins, pharmaciens, professionnels de la santé mentale et infirmières sont toutes des activités associées aux soins de santé. Les brochures d'information consacrées aux patients, les étiquettes accompagnant les produits médicaux et dentaires et les indications relatives aux soins figurent au nombre des documents dont les patients et les membres de leur famille doivent se servir pour comprendre une maladie, suivre les recommandations, se préparer en vue des tests et procédures, se soigner et gérer une maladie chronique.

Compréhension du système de santé

Finalement, l'attention portée aux obstacles aux programmes, aux services et aux soins a donné lieu à la définition d'une cinquième catégorie d'activités liées à la littératie en santé, portant sur les demandes de la bureaucratie. La compréhension du système de santé englobe les activités associées aux droits et aux responsabilités, aux demandes d'assurance et à d'autres plans de protection ainsi qu'au consentement éclairé en matière de procédures et d'études.

Ce schéma a permis à Rudd, Kirsch et Yamamoto d'examiner et de coder l'ensemble des documents et des tâches ayant servi lors de différentes évaluations du niveau de littératie en santé des adultes, et de les associer à la base de données novatrice issue de la NALS. Dans la recherche américaine, ces résultats sont appelés « échelle d'activités liées à la littératie en santé » (*Health Activities Literacy Scale* ou *HALS*)³².

Les items utilisés dans l'élaboration de cette échelle ont été tirés des centaines de tâches créées lors de différentes évaluations à grande échelle de la littératie chez les adultes, lesquelles se sont toutes appuyées sur la même définition de la littératie et le même cadre. Le tableau 2 offre une description des cinq activités liées à la santé ainsi que des

documents dont les adultes sont susceptibles de se servir et des tâches qu'ils sont appelés à réaliser dans le cadre de chacune d'elles.

La section qui suit présente un aperçu du processus de codage et de création de la nouvelle échelle de mesure du niveau de littératie en santé.

Tableau 2 : **Catégories d'activités liées à la santé et exemples associés**

ACTIVITÉS LIÉES À LA SANTÉ	OBJET	EXEMPLES DE DOCUMENTS	EXEMPLES DE TÂCHES
Promotion de la santé	Améliorer et maintenir sa santé	Articles de journaux et de magazines, livrets et brochures Tableaux, graphiques et listes Étiquettes accompagnant aliments et produits	Acheter de la nourriture Établir un programme d'exercices
Protection de la santé	Préserver la santé individuelle et collective	Articles de journaux et de magazines Publications d'alertes en matière de santé et sécurité Rapports de la qualité de l'air et de l'eau Référendums	Choisir un produit parmi plusieurs Utiliser des produits Voter
Prévention des maladies	Prendre des mesures préventives et procéder à une détection précoce	Diffusions d'alertes (télévision, radio, journaux) Publications portant sur l'inoculation et le dépistage Lettres présentant les résultats de tests Graphiques et tableaux	Cerner les risques Se soumettre à des tests de dépistage ou de diagnostic Assurer un suivi
Soins de santé	Solliciter des soins et former des partenariats avec les fournisseurs de soins de santé	Questionnaires sur les antécédents médicaux Étiquettes accompagnant les médicaments Instructions données à la suite d'un congé de l'hôpital Livrets et brochures d'information, renseignements sur la santé tirés d'Internet	Décrire et mesurer ses symptômes Suivre le mode d'emploi d'un médicament Calculer le moment de la prise du médicament Recueillir de l'information sur les bienfaits de différents traitements en vue d'en discuter avec les professionnels de la santé
Compréhension du système	Accéder aux services requis Comprendre ses droits	Cartes Formulaires de demande Énoncés des droits et des responsabilités, consentements éclairés Programmes de prestations de maladie	Localiser les établissements Faire une demande de prestations Offrir un consentement éclairé

CODAGE DES ITEMS LIÉS À LA LITTÉRATIE

Trois chercheurs ont, de façon indépendante, codé les documents et les questions tirés des évaluations précédentes de la littératie pour les associer à l'une des cinq activités décrites à la page précédente. Les différends ont été réglés au moyen de discussions et du raffinement des critères de codage. Sur les 350 items, quelque 191 tâches de littératie tirées des enquêtes menées aux États-Unis ont été ciblées comme mesurant des activités liées à la santé, et environ 235 tâches de littératie ont été adaptées pour le Canada et utilisées dans le volet canadien de l'ELCA de 2003³³. Cette dernière offre un échantillon représentatif des adultes canadiens âgés de 16 ans et plus résidant dans les dix provinces et les trois territoires. L'échantillon excluait toutefois les adultes vivant

dans une réserve ainsi que la population non civile, comme les membres des Forces canadiennes et les prisonniers. Les données canadiennes, grâce à la quantité suffisante d'items d'évaluation communs, ont permis d'établir un solide rapport psychométrique aux échelles de la NALS, de l'EIAA et de l'ELCA et à l'échelle HALS. Les procédures ayant servi à créer et à valider l'échelle de littératie en santé sont décrites à l'annexe A.

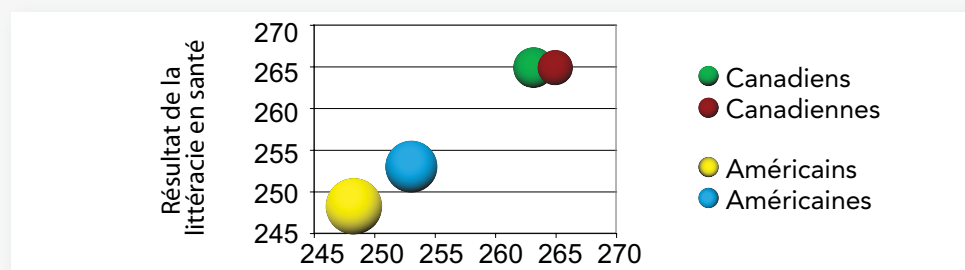
Les analyses des échelles de compétences pour les États-Unis ont déjà été publiées (ETS, 2006); pour le Canada, les analyses initiales des échelles de littératie en santé sont présentées au chapitre suivant.

LA RÉPARTITION DE LA LITTÉRATIE EN SANTÉ AU CANADA

Les analyses des échelles de littératie en santé au Canada dégagent plusieurs conclusions, exposées ci-dessous.

Il existe des écarts considérables entre le niveau moyen de littératie en santé chez les adultes d'un pays à l'autre. Les Canadiens surpassent leurs homologues américains par environ 12 points; cet écart est d'environ 15 points entre Canadiennes et Américaines. Ces écarts, plus importants que ceux qui caractérisent les capacités cognitives sous-jacentes tel que le niveau global de littératie et de numératie, soulèvent des questions au sujet de leurs causes et de leur impact sur la santé de la population.

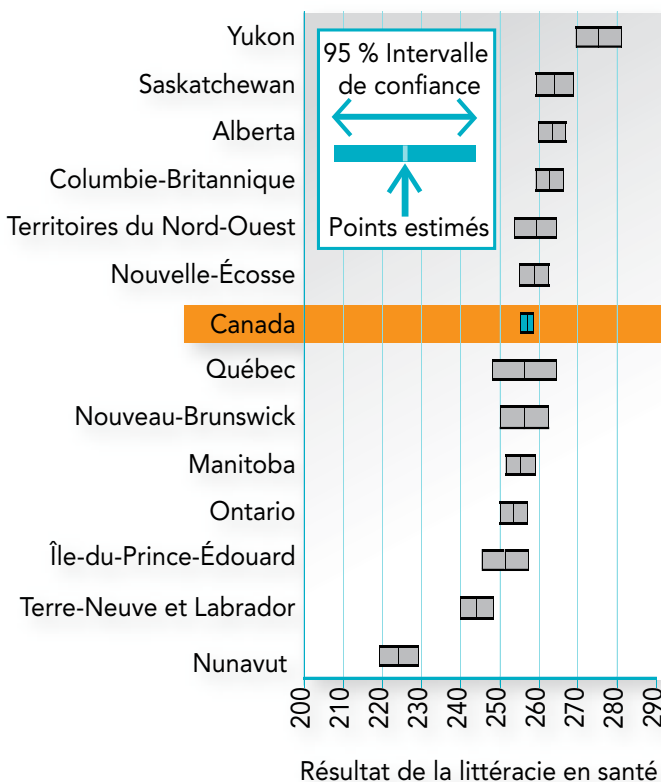
Figure 1 : **Comparaison des résultats moyens de littératie en santé des femmes et des hommes canadiens et américains âgés de 16 à 65 ans.**



Source : Adult Literacy and Life Skills Survey, 2003

Différents sous-groupes de la population canadienne présentent également des écarts notables en matière de littératie en santé. La figure 2 démontre que le niveau moyen de littératie en santé varie considérablement entre les provinces. Le Yukon affiche le plus haut niveau de littératie en santé dans une langue officielle et le Nunavut, le plus bas. L'écart entre ces deux territoires est notable; il équivaut *grosso modo* au niveau de littératie associé à deux années d'instruction supplémentaires. Le classement des provinces et territoires varie considérablement selon qu'il est question de la compréhension de textes suivis, de textes schématiques et de numératie. Plusieurs provinces se situent en deçà de la moyenne nationale.

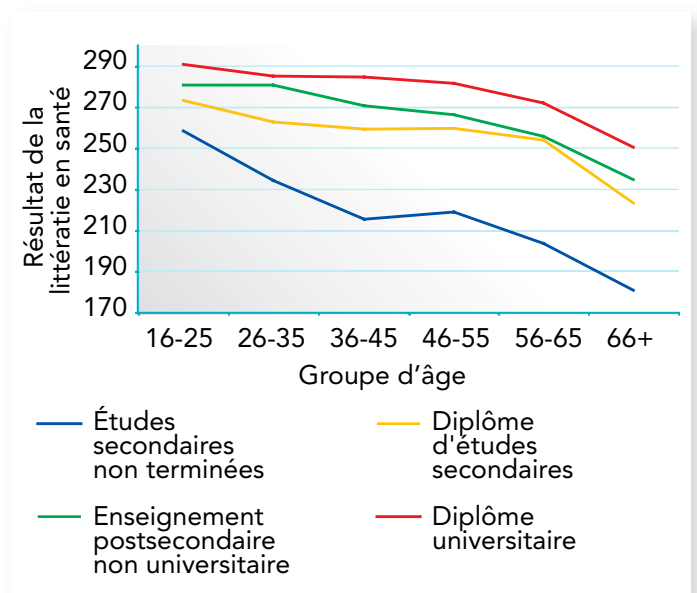
Figure 2 : Niveau moyen de littératie en santé population 16 ans et plus (y compris les aînés), Canada, provinces et territoires



Source : Adult Literacy and Life Skills Survey, 2003

La figure 3 confirme que le niveau moyen de littératie en santé varie notablement selon l'âge et le niveau d'instruction. Comme prévu, les adultes canadiens qui ne possèdent pas de diplôme d'études secondaires ont obtenu des résultats de beaucoup inférieurs à ceux dont le niveau d'instruction est plus élevé. Fait intéressant, l'écart au sein de ce groupe se creuse avec l'âge, ce qui laisse croire que le vieillissement pourrait amplifier les iniquités découlant du niveau d'instruction. L'écart de 70 points entre les résultats moyens des personnes âgées de 66 ans et plus les plus instruites et les moins instruites est à peu près équivalent au gain en littératie en santé associé à trois années supplémentaires d'instruction.

Figure 3 : Niveau moyen de littératie en santé selon l'âge et le niveau d'instruction, Canada, 2003

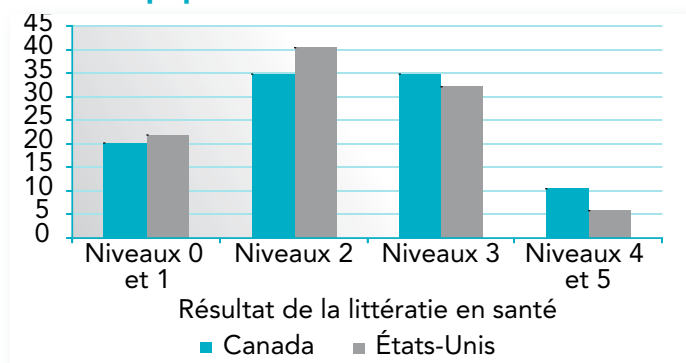


Source : Adult Literacy and Life Skills Survey, 2003

Il existe également des écarts importants au sein même du Canada et entre les pays en ce qui a trait à la proportion d'adultes se situant aux différents niveaux de littératie en santé.

La figure 4 illustre la répartition du niveau de littératie en santé au Canada et aux États-Unis.

Figure 4 : Répartition du niveau de littératie en santé au Canada et aux États-Unis, population de 16 à 65 ans.



Source : Adult Literacy and Life Skills Survey, 2003

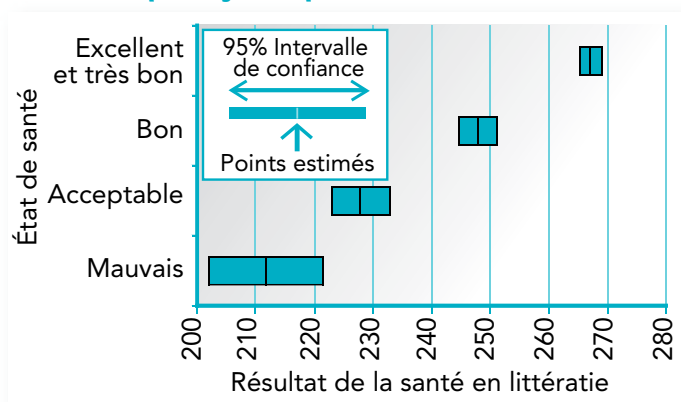
Les adultes canadiens sont moins nombreux que leurs homologues américains aux trois niveaux inférieurs, et plus nombreux aux trois niveaux supérieurs. Il semblerait que les écarts observés en littératie en santé soient en grande partie prévisibles. En effet, l'analyse des déterminants de la santé explique environ 60 % de la variance notée en littératie en santé, un fait qui ouvre la voie à une intervention sur le plan des politiques. Notons par ailleurs que l'impact relatif des déterminants sous jacents diffère nettement de ceux qui influent sur le développement des capacités cognitives constitutives (textes suivis, textes schématiques et textes à contenu quantitatif)³⁴.

Les écarts de niveau moyen de littératie en santé et les proportions des adultes se situant aux niveaux les plus faibles tel qu'illustré ci-dessus auraient suscité peu d'intérêt n'eut été du fait qu'ils semblent être associés à des différences notables entre l'état de santé global perçu d'une personne à l'autre.

En effet, comme le révèle la figure 5, il existe un écart de presque 60 points entre les résultats moyens en littératie en santé obtenus par les adultes qui considèrent leur état de santé global comme excellent et ceux qui le considèrent comme mauvais, approximativement l'équivalent du niveau

de littératie associé à deux années et demie d'instruction supplémentaires. Cette corrélation entre le niveau de littératie en santé et l'état de santé est digne d'intérêt pour les décideurs. Si la littératie en santé conduit à une meilleure santé, alors les politiques visant l'amélioration du niveau de littératie pourraient constituer des solutions de rechange peu coûteuses aux pratiques en place.

Figure 5 : Niveau moyen de l'état de santé global perçu, population de 16 ans et plus (y compris les aînés), Canada.

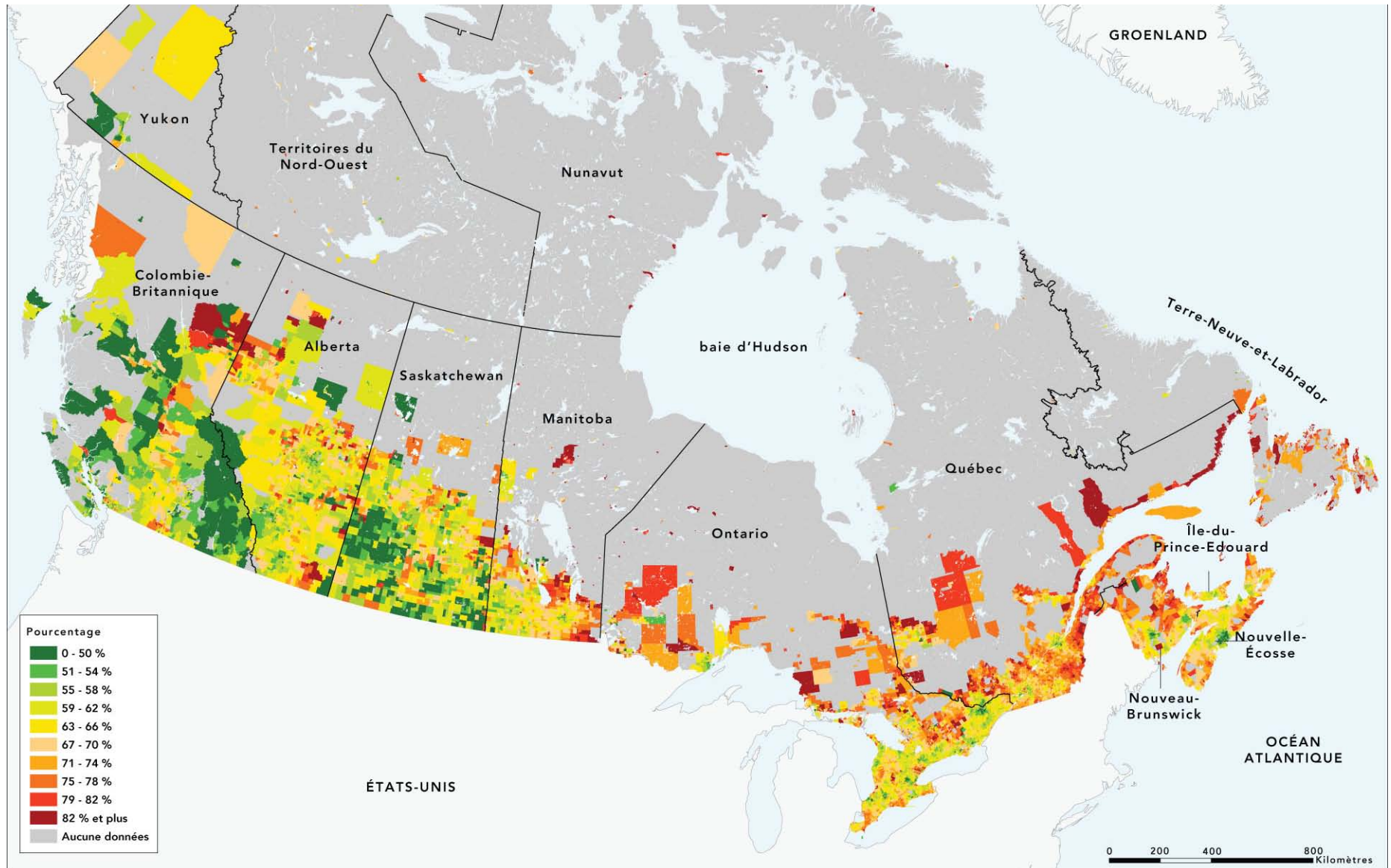


Source : Adult Literacy and Life Skills Survey, 2003

Figure 6 : répartition des faibles niveaux de littératie en santé.

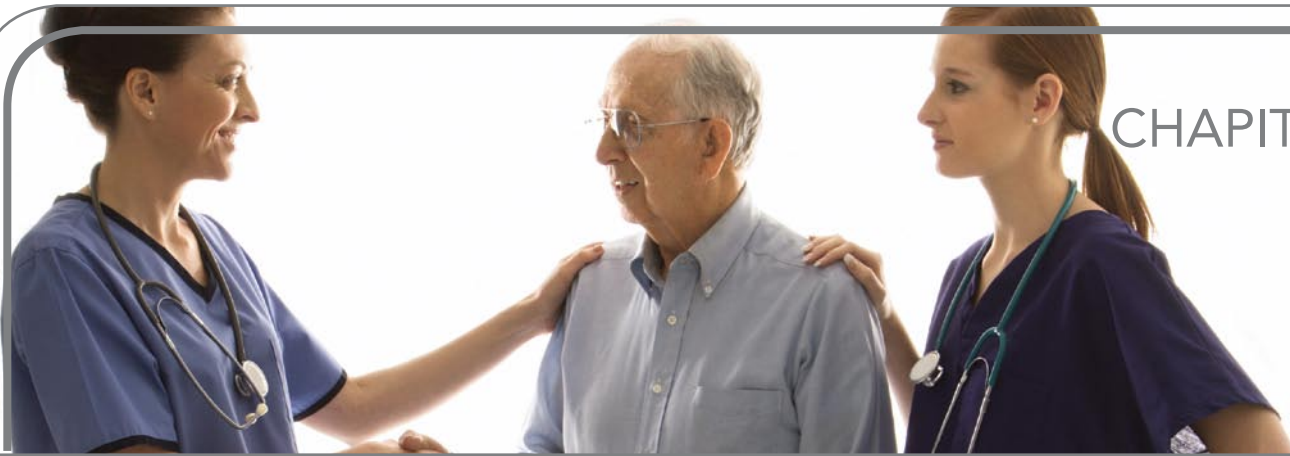
La carte du Canada qui se trouve à la figure 6 montre les endroits du pays où les niveaux de littératie en santé sont les plus faibles, selon des estimations locales. La carte indique la proportion d'adultes (de 16 ans et plus) dont le niveau de littératie en santé se situe à 2 ou moins, selon l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes (EIIACA) de 2003 et les données du recensement de 2001. Nul doute que le niveau de littératie varie considérablement à l'échelle du Canada et au sein de chaque région. Ces renseignements aideront les organismes d'alphabétisation et de santé, les professionnels de la santé et les gouvernements à mettre au point des pratiques, des politiques et des programmes ciblés destinés à améliorer la littératie en santé des Canadiens, et donc leur santé.

Figure 6 : Proportion d'adultes de 16 ans et plus dont le niveau de littératie en santé se situe à 2 ou moins



Source : Les présents résultats sont tirés de l'EIACA de 2003, qui présente des estimations par région. Ces dernières sont obtenues en combinant les données sur une région avec celles qui concernent les régions avoisinantes. Le recensement de 2001 en tient également compte dans la détermination de plusieurs caractéristiques régionales, comme l'éducation et le revenu. L'unité géographique utilisée dans la carte correspond à l'aire de diffusion de Statistique Canada, c'est-à-dire la plus petite superficie sur laquelle est réparti l'ensemble des données du recensement. Une aire de diffusion compte de 400 à 700 habitants.

L'analyse et la cartographie des résultats au chapitre de la littératie en santé ont été réalisées par J. Douglas Willms, de la chaire de recherche du Canada en développement humain de l'Université du Nouveau-Brunswick, avec l'aide de Teresa Tang, programmeuse de système d'information géographique de l'Institut canadien de recherche en politiques sociales du même établissement.



SOMMAIRE ET CONCLUSIONS

L'analyse de la NALS, de l'EIAA et de l'ELCA a permis de prouver indéniablement les quatre éléments suivants :

- les niveaux de littératie et de numératie sont beaucoup plus variables que prévu ou que le laissent croire les écarts en matière d'instruction;
- les écarts entre les niveaux de littératie et de numératie influent fortement sur les sphères sociale, éducationnelle et économique des individus;
- les écarts entre les niveaux de littératie et de numératie et la répartition de ceux-ci entraînent des variations marquées dans la richesse des pays;
- les processus sociaux et économiques qui sous-tendent l'acquisition, le maintien et la perte de ces compétences sont complexes.

Ces conclusions ont attiré l'attention de chercheurs, de décideurs et de praticiens des domaines social, éducationnel et économique du monde entier et entraîné la mise en œuvre de politiques décisives dans plusieurs pays, dont le Royaume-Uni, la Suède, l'Irlande et les Pays-Bas.

Pourtant, à ce jour, les chercheurs, décideurs et praticiens du domaine de la santé n'ont pour la plupart pas tenu compte de ces résultats. Voilà qui est surprenant étant donné que le domaine de la santé a depuis longtemps reconnu l'existence de liens étroits entre l'instruction (mesurée en fonction du niveau atteint) et la santé (mesurée en fonction de l'état de santé, de la morbidité et de la mortalité). Les chercheurs en santé ne s'étaient toutefois pas penchés sur les composantes de l'instruction pour expliquer cette corrélation entre instruction et santé.

La littératie et la numératie sont depuis longtemps considérées comme les compétences de base de l'instruction.

Les conclusions présentées dans le présent rapport confirment que le niveau de littératie en santé de bon nombre d'adultes ne leur permet pas de combler de façon autonome leurs besoins en matière d'information sur la santé.

À l'instar des niveaux de littératie et de numératie, le niveau moyen de littératie en santé est faible. En outre, la proportion d'adultes dont le niveau de littératie en santé est bas est considérablement plus élevée au sein de certains groupes, conclusion qui soulève des questions d'équité.

Le lien apparent entre littératie en santé et état de santé mérite notre attention. Bien qu'elles soient imparfaites, les échelles de littératie en santé créées pour appuyer cette analyse révèlent des aspects intéressants qui comportent des implications pour les politiques et de futures recherches.

IMPLICATIONS POUR LES POLITIQUES

La corrélation entre l'état de santé et le niveau de littératie en santé est suffisamment importante pour signifier que la santé globale de la population pourrait être améliorée si on arrivait à augmenter le niveau de littératie en santé des adultes.

Selon la même logique, d'autres bienfaits pourraient découler de l'accroissement du niveau de littératie en santé.

D'abord, comme les personnes mieux outillées font davantage preuve d'autonomie dans la gestion de leur santé, la demande de biens et services liés à la santé pourrait connaître une baisse considérable.

Ensuite, le coût moyen des traitements pourrait également être réduit, conséquence de la diminution de la durée des traitements, du recours à des produits et services de santé moins coûteux et de la diminution des diagnostics erronés et des erreurs de médicaments.

Cela pourrait aussi se traduire par une réduction de la fréquence des accidents de travail évitables, et, par conséquent, par un accroissement de la productivité.

Finalement, les iniquités sociales en matière de santé, une injustice criante et évitable dans un pays aussi riche que le Canada, pourraient être amoindries.

À une époque où les gouvernements s'efforcent de contenir l'explosion des coûts liés à la santé, ces retombées positives sont loin d'être négligeables.

IMPLICATIONS POUR DE FUTURES RECHERCHES

Les conclusions présentées sont suffisamment intéressantes pour justifier de nouveaux investissements et suggèrent plusieurs priorités de recherche.

À court terme, les échelles de littératie en santé doivent être analysées plus en profondeur, comme c'est actuellement le cas. Le CCA prévoit d'ailleurs publier une monographie complète en 2008³⁵ qui dressera le portrait de la répartition de la littératie en santé du point de vue social et explorera les facteurs à la base des écarts entre les niveaux de compétences ainsi que le lien entre littératie en santé et santé individuelle.

À long terme, différentes activités de recherche pourraient contribuer à déterminer les causes et les conséquences associées à la littératie en santé.

Premièrement, il serait utile d'élaborer et de mettre en œuvre une évaluation comparative de la littératie en santé chez les adultes, dans laquelle chacun des sous-domaines de la littératie en santé établis par Rudd serait systématiquement échantillonné, de façon à ce que soit représentée leur importance relative dans la satisfaction des

demandes en matière de littératie en santé. Une évaluation consacrée à la littératie en santé comprendrait également un volet conceptuel qui intégrerait les notions empiriques émanant des analyses des échelles de littératie en santé de l'ELCA.

Deuxièmement, il serait opportun d'arriver à confirmer empiriquement l'hypothèse fondamentale qui sous-tend les analyses actuelles de la littératie en santé, c'est-à-dire que la littératie en santé influe considérablement sur diverses facettes de la santé, dont la prévalence des maladies, le coût des traitements et la productivité. Il suffirait de relier les résultats de l'ELCA aux documents administratifs issus du système de santé, une mesure réalisable à faible coût par plusieurs provinces qui disposent des données et de l'infrastructure technique nécessaires, dont le Manitoba, le Québec et la Colombie-Britannique.

Une troisième initiative serait d'examiner les modalités d'augmentation du niveau de littératie en santé et les coûts associés afin de pouvoir comparer la pertinence de ces investissements avec d'autres options.

Enfin, il faudrait également comprendre pourquoi le rapport entre la littératie en santé et l'état de santé perçu varie tant d'une province à l'autre. Ces écarts supposent que certaines provinces ont beaucoup mieux réussi à atténuer les conséquences négatives d'un faible niveau de littératie en santé que d'autres. Il serait intéressant de savoir comment elles y sont parvenues, et à quel coût.

APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE DANS LA CRÉATION DE L'ÉCHELLE D'ACTIVITÉS LIÉES À LA LITTÉRATIE EN SANTÉ (HALS)

Les enquêtes d'où sont tirées les 191 tâches liées à la santé ont été sélectionnées pour que soient représentées différentes populations aux caractéristiques démographiques diverses. Les méthodes actuelles fournissent aux chercheurs les outils nécessaires à l'évaluation des capacités même si les tâches demandées varient quelque peu d'une étude à l'autre et que les répondants représentent des échantillons et des populations différents³⁶. Ces méthodes ont été utilisées lors d'études portant sur les étudiants, telles que la National Assessment of Educational Progress (NAEP) et le Programme international pour le suivi des acquis des élèves (PISA), comme lors des enquêtes ciblant les adultes examinées dans le présent rapport. Par conséquent,

bien que les populations à l'étude aient varié d'une enquête à l'autre, la constance des sous-ensembles de tâches liées à la littératie et des rubriques de notation communs aux enquêtes a été assurée, tout comme celle des paramètres des items. Au fil des ans, ces paramètres se sont révélés parfaitement applicables à chacune des sous-populations d'un même pays ainsi qu'à des pays aux langues diverses.

Une fois les tâches de littératie en santé situées sur une échelle, la constance des paramètres des items a été vérifiée pour chacune des enquêtes afin de contrôler leur validité. Plus de 58 000 répondants issus de diverses enquêtes auprès des adultes ont servi à l'évaluation et à la vérification des paramètres des items liés à la littératie en santé. Comme l'étude actuelle vise la population canadienne, seuls des échantillons provenant des États-Unis ont servi à la création de l'échelle d'activités liées à la littératie en santé. Le modèle logistique à deux paramètres de la théorie de la réponse à l'item a servi à l'évaluation du volet de la littératie en santé des données de l'EIAA³⁷.

La théorie de la réponse à l'item (TRI) est un modèle mathématique servant à établir la probabilité qu'une personne réponde correctement à un item donné tiré d'un ensemble d'items. Cette probabilité est donnée comme fonction d'un paramètre caractérisant la compétence de la personne, et de deux paramètres caractérisant les propriétés de l'item : la difficulté et la discrimination. Une des forces des modèles TRI réside dans le fait que, si leurs postulats sont respectés et qu'on dispose d'estimations pour les paramètres des items du modèle pour les ensembles d'items qui constituent les différentes formes du test, l'ensemble des résultats peuvent être convertis en termes de compétence évaluée par la TRI. Cette propriété élimine le besoin d'établir la comparabilité d'échelles de notation fondées uniquement sur le nombre de bonnes réponses pour les différentes formes du test.

La constance des paramètres des items au sein des populations observées doit être contrôlée afin d'assurer la comparabilité des données et la conformité de la nouvelle échelle. Les paramètres communs doivent correspondre parfaitement pour justifier l'utilisation des nouveaux paramètres et établir la constance de la nouvelle échelle d'activités liées à la littératie en santé (HALS). Cinq approches ont été mises de l'avant pour évaluer la constance des paramètres des items : une méthode graphique qui permet d'observer les courbes caractéristiques des items de diverses populations; trois indices statistiques qui estiment la pertinence de chacun des items pour chaque population en fonction des items des paramètres communs (chi carré, racine carrée de la fluctuation et écart moyen pondéré); et l'impact des paramètres des items sur l'évaluation globale de la compétence d'une population donnée. Les fluctuations sont basées sur l'écart entre les proportions de bonnes réponses attendues selon les modèles et les proportions de bonnes réponses observées à 41 valeurs à intervalles réguliers sur l'échelle de capacités. Comme la correspondance des tâches de littératie en santé était particulièrement bonne, et ce, peu importe le modèle classique utilisé, un même ensemble de paramètres communs pourrait servir à décrire tous les échantillons de l'enquête.

La HALS est une nouvelle échelle. Bien qu'elle soit basée sur des items tirés de diverses enquêtes sur la littératie, ses propriétés n'ont pas été définies. En d'autres termes, elle pourrait être graduée de 0 à 100, de 200 à 800 ou un autre intervalle présélectionné. La procédure adoptée pour harmoniser l'échelle d'activités de littératie en santé avec les échelles de la NALS reposait sur la correspondance entre deux moments de la répartition des compétences—l'écart moyen et l'écart type. Dans cette étude, la répartition provisoire des compétences basée sur l'échelle de santé a été harmonisée avec la répartition des moyennes de trois valeurs de l'échelle de

compétence de la NALS ($m = 271,562$ et écart type = $65,380$). Cela nous a permis de réaliser une transformation linéaire qui définit la HALS sur une échelle de 0 à 500 dont l'écart moyen et l'écart type sont identiques aux trois échelles de compétences de la NALS.

Un des avantages de la HALS est qu'elle est composée d'items tirés d'enquêtes à grande échelle portant sur les adultes. Chaque tâche de littératie a été soumise à l'examen de plusieurs chercheurs afin qu'ils déterminent son degré de correspondance au cadre axé sur les activités liées à la santé décrit dans le présent rapport. Comme chaque item était jugé en fonction de sa représentativité d'un certain type d'activité liée à la santé, la mesure était axée sur des tâches qui définissent largement la littératie en santé plutôt que la littératie générale. Chacun des 191 items qui composent la HALS a été soumis à des échantillons d'adultes représentatifs à l'échelle nationale des

États-Unis. Grâce au nombre élevé d'adultes ayant répondu à tous les items, nous avons pu vérifier la pertinence de chacun d'entre eux du point de vue de la psychométrie. Par exemple, les résultats pour chaque item ont été comparés entre sous-échantillons, et les items ont été contrôlés pour déterminer leur degré de pertinence global.

D'autres éléments d'information relatifs à la validité de la HALS sont nés de notre compréhension du concept, de ce qui concourt à la difficulté de chaque item et de sa position sur l'échelle de santé. La base de données de l'EIAA relie la HALS à un vaste ensemble de données de référence, un autre facteur qui contribue à sa validité. Grâce à ces données, nous sommes en effet en mesure d'établir des corrélations entre la HALS et une foule de caractéristiques dont l'âge, le sexe, l'origine ethnique, le niveau d'instruction, le pays de naissance, l'état de santé et la situation financière.

NOTES EN FIN DE TEXTE

1. Rudd, R. E., B. A. Moeykens et T. Colton. « Health and Literacy: a review of the medical and public health literature », chapitre tiré de Comings, J. P., C. Smith et B. Barner (dir.), *Annual Review of Adult Learning and Literacy*, San Francisco, CA, Jossey-Bass, 1999.
2. Healthy People 2010, Office of Disease Prevention and Health Promotion, U.S. Department of Health and Human Services, Washington, D.C. www.healthypeople.gov.
3. Comité spécial sur la littératie en santé pour le Council on Scientific Affairs, American Medical Association (1999). « Health Literacy: Report of the Council of Scientific Affairs », *JAMA*, vol. 283, no 6, p. 552-557.
4. Rudd, R. E., B. A. Moeykens et T. Colton. « Health and Literacy: a review of the medical and public health literature », chapitre tiré de Comings, J. P., C. Smith et B. Barner (dir.), *Annual Review of Adult Learning and Literacy*, San Francisco, CA, Jossey-Bass, 2000.
5. Berkman, N. D., D. A. Dewalt, M. P. Pignone et coll. « Literacy and Health Outcomes », *Evidence report/technology assessment (résumé)*, Agency for Healthcare Research and Quality, no 87, 2004, p. 1-8.
6. Comité sur la littératie en santé de l'Institute of Medicine. *Health literacy: a Prescription to End Confusion*, Washington, D.C., National Academies Press, 2004.
7. Calamai, Peter et The Creative Research Group. *Broken Words. Why Five Million Canadians are Illiterate*, Toronto, The Creative Research Group, 1989.
8. Perrin, B., et coll. *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, Toronto, 1989, [en ligne] www.opha.on.ca/resources/literacy1researchfr.pdf.
9. Breen, M. *Partners in Practice: Literacy and Health Project Phase Two*, Association pour la santé publique de l'Ontario et Collège Frontière, Toronto, 1993.
10. Programme national sur l'alphabétisation et la santé (PNAS) de l'Association canadienne de santé publique, 2007. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez visiter le site www.nlhp.cpha.ca.
11. Statistique Canada et OCDE. *Littératie, économie et société : résultats de la première Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes*, Paris et Ottawa, 1995.
12. OCDE et RRDSC. *Littératie et société du savoir : Nouveaux résultats de l'Enquête sur les capacités de lecture et d'écriture des adultes*, Paris et Ottawa, 1997.
13. OCDE et Statistique Canada. *La littératie à l'ère de l'information : Rapport final de l'Enquête internationale sur la littératie des adultes*, Paris et Ottawa, 2000.
14. Comité sur la littératie en santé de l'Institute of Medicine. *Health literacy: a prescription to end confusion*, National Academies Press, Washington D.C., 2004.

15. La numératie est définie comme « les compétences et connaissances requises pour composer avec les exigences mathématiques de diverses situations » [traduction libre]. Source : www.ets.org/Media/Tests/ETS_Literacy/ALLS_NUMERACY.pdf.
16. Pour une introduction aux objectifs, aux caractéristiques et aux conclusions de la National Adult Literacy Survey (NALS) menée en 1992 par l'Educational Testing Service pour le département de l'éducation des États-Unis, consulter : Kirsch, Irwin S., Ann Jungeblut, Lynn Jenkins et Andrew Kolstad. *Adult Literacy in America*, Washington, D.C., NCES, 1993.
17. (i) Kirsch, Irwin S., et Ann Jungeblut. *Literacy Profiles of America's Young Adults*, Educational Testing Service, Princeton, New Jersey, 1986; (ii) Venezky, Richard L., Carl F. Kaestle et Andrew M. Sum. *The Subtle Danger*; (iii) Kirsch, Irwin S., Ann Jungeblut et Anne Campbell. *Beyond the School Doors: The Literacy Needs of Job Seekers Served by the U.S. Department of Labor*, Educational Testing Service, Princeton, New Jersey, 1997.
18. Pour en savoir plus sur la taille et la conception des échantillons de la NALS, consulter : Kirsch, Irwin S., et coll., *Adult Literacy in America*, p. 5-7.
19. Creative Research Group, *Broken Words*, 1987.
20. Statistique Canada. Capacités de lecture et d'écriture utilisées quotidiennement (1990).
21. Pour connaître les objectifs, les caractéristiques, l'échantillonnage, les dates et les conclusions des EIAA, consulter : (i) Organisation de coopération et de développement économiques et Statistique Canada. *Littératie, économie et société : résultats de la première Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes*, Paris et Ottawa, 1995; (ii) Organisation de coopération et de développement économiques et Statistique Canada. *La littératie à l'ère de l'information : Rapport final de l'Enquête internationale sur la littératie des adultes*, Paris et Ottawa, 2000.
22. Ware, J. E., M. Kosinski et S. D. Keller. « A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity », *Medical Care*, vol. 34, no 3, 1996, p. 220-233.
23. Les estimations issues de l'ELCA sont disponibles pour le Canada (en français et en anglais), la Norvège, les Bermudes, la Suisse (en français, suisse allemand et italien), l'Italie et l'État mexicain de Nuevo Leon.
24. Statistique Canada. *l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes, Mesurer la littératie et les compétences des adultes : des nouveaux cadres d'évaluation*, Ottawa, 2005.
25. Kirsch, Irwin S. *The International Adult Literacy Survey: Understanding What Was Measured*, Educational Testing Service, Princeton, N. J., 2001. Une version électronique de ce rapport peut être téléchargée à l'adresse www.ets.org/research/dload/RR-01-25.pdf.
26. Murray, T.S., I.S. Kirsch et L.B. Jenkins (directeurs). *Adult Literacy in OECD Countries. Technical Report on the First International Adult Literacy Survey*, National Centre for Education Statistics, U.S. Department of Education, Washington, D.C., 1998.
27. Comings, John, Andrew Sum, Johan Uvin et coll. *New Skills for A New Economy: Adult Education's Role in Sustaining Economic Growth and Expanding Opportunity*, Massachusetts Institute for a New Commonwealth, Boston, 2001.
28. National Research Council. *Measuring literacy: Performance levels for adults*, Committee on Performance Levels for Adult Literacy, Houser, R. M., C. F. Edley Jr., J. F. Koenig et coll. (dir.). Board on Testing and Assessment Center for Education, Division of Behavioral and Social Sciences and Education, Washington, D.C., National Academies Press, 2005.

29. Kutner, M., E. Greenberg, Y. Jin et coll. *The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy* (NCES 2006-483), U.S. Department of Education, National Center for Education Statistics, Washington, D.C., 2006.
30. Comité sur l'étude de l'avenir de la santé publique de l'Institute of Medicine. *The future of public health*, Washington, D.C., National Academies Press, 1988.
31. Comité sur la préservation de la santé du public au 21^e siècle de l'Institute of Medicine. *The future of the public's health in the 21st century*, Washington, D.C., National Academies Press, 2003.
32. Les lecteurs canadiens ne doivent pas confondre la Health Activities Literacy Scale avec l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités (*Health Activity and Limitations Survey*) de Statistique Canada dont l'acronyme anglais est également HALS.
33. Les échelles de littératie en santé ont également été adaptées pour le Canada au moyen des données de l'EIAA de 1994, mais les estimations ne sont que grossièrement comparables à celles de 2003 en raison du nombre moins élevé d'items liés à la santé et de la taille plus petite de l'échantillon.
34. Murray, Scott, Janet Hagey, Richard Desjardins et Douglas Williams. *Healthy Reading: How Health Literacy Influences Canadians' Health and Well-being*, Ottawa, Le Conseil canadien sur l'apprentissage (sous presse).
35. Murray, Scott, Janet Hagey, Richard Desjardins et Douglas Williams. *Healthy Reading: How Health Literacy Influences Canadians' Health and Well-being*, Ottawa, Le Conseil canadien sur l'apprentissage (sous presse).
36. (i) Yamamoto, K., et J. Mazzeo. « Item response Theory Scale Linking in NAEP », *Journal of Educational Statistics*, vol. 17, no 2, 1992, p. 155-175; (ii) Yamamoto, K. « Scaling and Scale Linking », *Technical Report on the First International Adult Literacy Survey*, NCES, 1994.
37. Lord, F. *Applications of Item Response Theory to Practical Testing Problems*, Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, N. J., 1980.



www.ccl-cca.ca

Bureau d'Ottawa
215-50 rue O'Connor
Ottawa ON Canada
K1P 6L2

Tél. : 613.782.2959
Télec. : 613.782.2956

Bureau de Vancouver
1805-701 rue Georgia Ouest
C.P. 10132
Vancouver BC Canada V7Y 1C6

Tél. : 604.662.3101
Télec. : 604.662.3168