OUTIL DE SENSIBILISATION ET DE PERFECTIONNEMENT

L'analphabétisme en lien avec la santé et le vieillissement de la population

Québec

Personnes qui ont collaboré à la préparation de ces documents

Coordination

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

Comité de consultation

Normand Bertrand, responsable des cuisines collectives, Carrefour d'éducation populaire de Pointe-Saint-Charles
Jacques Brosseau, directeur du Carrefour communautaire Montrose, Rosemont
Paola Caron, conseillère pédagogique à la commission scolaire de Charlevoix
Yvon Cléroux, agent de liaison au Carrefour communautaire Montrose, Rosemont
Élise de Coster, Carrefour d'éducation populaire de Pointe-Saint-Charles
Pascual Delgado, chargé de projet, Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux
André Guérard, directeur de l'Association québécoise des centres communautaires pour aînés
Céline Laberge, organisatrice communautaire au CLSC de Rosemont, Centre de santé et de services sociaux Lucille-Teasdale
Gilles Landry, coordonnateur à Lettres en main
Sylvie Pelletier, chargée de dossiers à la Confédération des organismes de personnes handicapées du Québec
Hélène Ranger, formatrice à Lettres en main
Mercédez Roberge, coordonnatrice de la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles
Louise Sirard, diététiste et nutritionniste au CLSC du Plateau-Mont-Royal, Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance

Collaborations

Julie Campeau, consultante
Gilles Landry
Sylvie Pelletier

Rédaction finale

Margot Désilets, consultante

Le présent document a été réalisé par
le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport.

Pour tout renseignement, s'adresser à l'endroit suivant :
Renseignements généraux
Direction des communications
Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
1035, rue De La Chevrotière, 28e étage
Québec (Québec) G1R 5A5
Téléphone : 418 643-7095
Ligne sans frais : 1 866 747-6626

ISBN 978-2-550-71596-2 (PDF)

Ce document peut être consulté
sur le site Web du Ministère :
www.mels.gouv.qc.ca.

© Gouvernement du Québec
Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, 2014

TABLE DES MATIÈRES

CONTEXTE 5

DÉMARCHE DE FORMATION PRIVILÉGIÉE 7

OBJECTIFS 8

DÉROULEMENT GÉNÉRAL 9

SECTION 1 Données de la recherche 11

ACTIVITÉ 1 : Ouverture 12

ACTIVITÉ 2 : Résultats d'enquêtes 13

ACTIVITÉ 2 : Compléments théoriques 14

ACTIVITÉ 3 : Caractéristiques des personnes peu alphabétisées 17

ACTIVITÉ 3 : Compléments théoriques 18

ACTIVITÉ 4 : Conséquences de l'analphabétisme sur le plan individuel, social et économique 22

ACTIVITÉ 4 : Compléments théoriques 23

SECTION 2 Moyens pour intervenir 25

ACTIVITÉ 5 : Attitudes à adopter 26

ACTIVITÉ 5 : Compléments théoriques 28

ACTIVITÉ 6 : Moyens à utiliser 32

ACTIVITÉ 6 : Compléments théoriques 37

ACTIVITÉ 7 : Ressources à retenir 39

ACTIVITÉ 7 : Compléments théoriques 40

ACTIVITÉ 8 : Évaluation 43

BIBLIOGRAPHIE 47

CONTEXTE

L'Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes[1]et l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes[2] (EIACA) de 2003 ont démontré qu'un faible niveau de capacités de lecture a des effets néfastes importants sur la santé. Non seulement l'analphabétisme est un déterminant majeur dans ce domaine, mais il est également associé de très près aux autres conditions socioéconomiques qui ont une incidence sur la santé, notamment le revenu, le statut social, l'emploi et le soutien social.

Les différentes activités liées à la santé examinées dans l'EIACA touchent à la promotion et à la protection, à la prévention des maladies, aux soins et au maintien de la santé de même qu'à l'accès à l'information sur Internet. Les personnes qui peuvent difficilement lire et écrire constituent donc l'un des groupes les plus vulnérables du système de santé.

Dans la littérature sur l'alphabétisation et la santé, on emploie souvent le terme « littératie » 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**. Au Québec, cependant, le terme « alphabétisation » est le plus souvent utilisé 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.

Par ailleurs, l'Association canadienne de santé publique définit la littératie en santé comme étant l'ensemble des compétences qui permettent l'accès à l'information ainsi que la compréhension et l'utilisation de celle-ci pour une meilleure santé. L'Organisation mondiale de la santé la caractérise pour sa part comme étant la capacité d'obtenir de l'information sur la santé, de comprendre cette information et de l'utiliser pour améliorer sa santé, celle de sa famille et celle de sa collectivité.

Au Québec, environ 69 % de la population ne possède pas les compétences nécessaires pour s'occuper de sa santé correctement[3]. D'après le Conseil canadien sur l'apprentissage, les principaux facteurs qui déterminent la littératie en santé sont les expériences sur le plan de l'apprentissage et de la scolarité, le niveau de scolarité des parents et le contexte familial ainsi que les pratiques de lecture quotidienne, ce dernier facteur ayant le plus d'effet sur le niveau de littératie en santé.

Devant cet état de fait et à la suite de la consultation de rapports d'enquêtes et de documents portant sur l'analphabétisme en lien avec la santé et le vieillissement de la population, il est

1. JONES, Stan et autres. *Littératie, économie et société : résultats de la première Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes*, Ottawa, Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et Secrétariat national à l'alphabétisation, 1995.

2. BRINK, Satya. *Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes de 2003 : principales données de recherche*, Ottawa, Secrétariat national à l'alphabétisation, Direction de la politique sur l'apprentissage, 2005.

3. CONSEIL CANADIEN SUR L'APPRENTISSAGE. *La littératie en santé au Canada : une question de bien-être*, [En ligne], février 2008. [http://www.ccl-cca.ca/CCL/Reports/HealthLiteracy-2.html] (Consulté le 11 avril 2013).

apparu pertinent de proposer un outil de perfectionnement à l'intention du personnel de santé de première ligne. Ainsi, le présent outil porte sur la sensibilisation aux besoins des personnes peu alphabétisées, au regard des situations de communication qu'elles vivent dans le système de santé.

Les avenues de perfectionnement qui y sont développées s'inscrivent dans les visées de la Politique gouvernementale d'éducation des adultes et de formation continue[4], adoptée par le Québec en mai 2002, qui repose sur une approche centrée sur la personne dans toutes ses dimensions. Dans cet esprit, l'éducation à la santé devient un enjeu important pour lequel les intervenants du secteur de la santé constituent des collaborateurs de première importance.

Le présent outil intègre des aspects **théoriques**, axés sur la présentation des écrits et des réflexions sur l'analphabétisme en lien avec la santé et le vieillissement de la population, et des aspects **pratiques** qui permettent de déceler les principaux indices donnés par les personnes peu alphabétisées, ce qui aide à intervenir de la meilleure façon possible. Les deux sections du présent document reflètent ces aspects.

4. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Politique gouvernementale d'éducation des adultes et de formation continue*, Québec, Gouvernement du Québec, 2002.

DÉMARCHE DE FORMATION PRIVILÉGIÉE

La démarche de formation continue a été privilégiée pour la conception du présent outil. Cette démarche repose sur un travail de réflexion à partir de l'expérience des personnes et est orientée sur l'intervention.

La formation continue

- Permet d'acquérir des connaissances sur les diverses pratiques d'intervention.
- Peut aussi transformer les pratiques en cours et en améliorer l'efficacité.
- Permet aux personnes concernées, par le dialogue continu qu'elles entretiennent avec leur environnement au quotidien, de s'adapter à chaque situation.

La démarche de formation continue s'appuie sur un processus d'apprentissage qui part de l'expérience et des acquis de la personne en formation et sur le fait qu'elle croit vraiment qu'elle possède en elle-même les ressources utiles à son développement, à son orientation et à ses choix.

Le processus d'apprentissage expérientiel

Selon Kolb[5], l'apprentissage expérientiel est un processus par lequel des connaissances sont créées à partir d'une transformation de l'expérience. Ces connaissances nouvelles résultent de la saisie de l'expérience et de sa transformation et sont ensuite réinvesties dans l'intervention.

Le processus d'apprentissage expérientiel comprend quatre étapes :

L'expérience concrète
L'observation réfléchie
La conceptualisation
L'expérimentation active

Dans le cas du présent outil, on peut décrire ainsi ces quatre étapes :

- Dans un premier temps, les participantes et les participants sont en contact avec leur expérience d'intervention.
- Par la suite, l'observation réfléchie consiste à échanger et à réfléchir sur l'expérience vécue, son effet et sa signification.
- La conceptualisation a quant à elle pour finalité la formation de concepts et la formulation de généralisations qui intègrent les observations et les réflexions.
- Enfin, l'expérimentation active est l'étape par laquelle les participantes et les participants transfèrent leurs apprentissages dans les situations de travail qu'ils rencontrent, lesquelles sont génératrices de nouvelles réflexions faisant apparaître de nouveaux besoins.

5. KOLB, D.A. *Étude empirique : expérience comme source d'étude et développement,* falaises d'Englewood, Prentice Hall, 1984.

OBJECTIFS

Objectif général

Sensibiliser les participantes et les participants à certaines réalités vécues par les personnes peu alphabétisées dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Objectifs particuliers

- Partager une réflexion sur les effets directs et indirects de l'analphabétisme sur la santé des personnes concernées en lien, notamment, avec le vieillissement de la population.
- Acquérir des moyens qui facilitent les situations de communication en matière de santé avec les personnes peu alphabétisées.
- Déterminer des actions visant à poursuivre la réflexion et la mise en place de pratiques qui facilitent la communication avec la population visée.

DÉROULEMENT GÉNÉRAL

8 h 30 Accueil

9 h Activité 1 : Ouverture

SECTION 1 : Données de la recherche

9 h 30 Activité 2 : Résultats d'enquêtes

10 h Activité 3 : Caractéristiques des personnes peu alphabétisées

10 h 30 Pause

10 h 45 Suite de l'activité 3

11 h Activité 4 : Conséquences de l'analphabétisme sur le plan individuel, social et économique

11 h 45 Dîner

SECTION 2 : Moyens pour intervenir

13 h 15 Activité 5 : Attitudes à adopter

14 h 45 Pause

15 h Activité 6 : Moyens à utiliser

16 h Activité 7 : Ressources à retenir

16 h 15 Activité 8 : Évaluation

16 h 30 Clôture

SECTION 1

Données de la recherche

Les premières activités porteront sur des écrits et des recherches qui, depuis quelques années, marquent l'univers de la littératie en lien avec la santé et le vieillissement de la population. Le recensement de la littérature a permis de constater que ce sujet est beaucoup moins documenté chez les francophones que chez les anglophones. Toutefois, l'EIACA a donné lieu à un certain nombre d'interprétations, au Québec comme dans les autres provinces et territoires, qui ont permis de circonscrire davantage l'ensemble des questions dont les éléments sont liés à la littératie et la santé.

La réflexion proposée contribue également à l'effort recommandé par les spécialistes en matière de recherche sur la santé et la littératie, effort qui consiste à mieux définir ce que l'on entend par « littératie en matière de santé » au Québec, à clarifier ce concept afin qu'il soit mieux compris eu égard aux diverses populations vulnérables et peu alphabétisées et à formuler des arguments permettant de mieux comprendre les incidences de l'analphabétisme sur la santé, l'économie et la pauvreté.

Après avoir exploré quelques énoncés et constats liés au domaine de l'analphabétisme en matière de santé et de vieillissement de la population, on se questionnera sur les caractéristiques de la population concernée et sur les conséquences visibles de l'analphabétisme sur le plan personnel, social et économique.

ACTIVITÉ 1 : Ouverture

Objectifs

- S’approprier le contexte, la démarche de formation, les objectifs et le déroulement de la session.

- S’engager activement dans la formation.

Durée

- 30 minutes.

Déroulement

- Présentation des participantes et des participants, du contexte, de la démarche et du déroulement de la session et formulation des attentes par rapport à la session (pages 5 à 9).

ACTIVITÉ 2 : Résultats d'enquêtes

Objectif

- Situer l'intérêt pour l'alphabétisation en lien avec la santé à partir des résultats des enquêtes sur l'alphabétisation et les compétences des adultes depuis 1990.

Durée

- 30 minutes.

Déroulement

- Discussion en triades à partir de l'expérience des participants et des participantes en ce qui a trait à la situation de l'analphabétisme.
  - Quelles connaissances et perceptions avons-nous de la situation de l'analphabétisme au Québec?

_____

_____

_____

_____

_____

  - Comment réagissons-nous par rapport à cette situation?

_____

_____

_____

_____

_____

  - Quels liens faisons-nous avec nos interventions en matière de santé?

_____

_____

_____

_____

_____

- Mise en commun.

- Compléments théoriques, pages 14 à 16.

ACTIVITÉ 2 : Compléments théoriques

Des énoncés

Les résultats de l'EIACA sont basés sur une échelle de cinq niveaux de mesure de compétences, dont voici la définition[6] en ce qui a trait au domaine de la compréhension de textes suivis.

Niveau	Exemples en lien avec la santé
Le niveau 1 correspond à la capacité de lire un texte court et d'y repérer un élément d'information semblable donné dans la question ou la directive; il s'agit du niveau le plus faible sur les échelles de compétence.	Les personnes de ce niveau sont incapables de comprendre les indications sur une étiquette de médicament. Elles dépendent de leur entourage pour saisir l'information en santé contenue dans les journaux, les circulaires, le courrier.
Le niveau 2 correspond à la capacité de comparer des renseignements tirés de textes incluant certains éléments de distraction ou incorrects et de faire des déductions simples; ce niveau témoigne de faibles compétences.	Les personnes de ce niveau peuvent décoder des mots tout en ayant de la difficulté à saisir le sens d'une phrase. Elles ne font pas toujours les liens entre les différentes parties d'un texte. Elles ont de la difficulté à remplir un formulaire médical ou à comprendre des consignes écrites ou une posologie.
Le niveau 3 correspond à la capacité de lire un texte relativement dense et long, d'y repérer plusieurs éléments et de faire des mises en correspondance; c'est le minimum convenable pour composer avec les exigences de la vie quotidienne et du travail dans une société complexe et évoluée.	Les personnes de ce niveau peuvent comprendre l'information concernant les soins de santé et remplir des formulaires de prestation d'invalidité ou tout autre formulaire médical. Elles peuvent également saisir l'information sur la prévention des maladies et les bonnes habitudes alimentaires.
Les niveaux 4 et 5 correspondent à la capacité de faire des déductions complexes et de traiter des renseignements abstraits dans des textes relativement longs avec plusieurs sources d'information; ces niveaux témoignent de compétences élevées.	Les personnes de ce niveau peuvent résumer des éléments d'information présents dans des passages longs ou complexes, dont des textes relatifs à la santé.

6. BERNÈCHE, Francine et Bertrand PERRON. *Développer nos compétences en littératie : un défi porteur d'avenir. Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes, 2003*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2006, p. 45-46.

Selon l'Institut de la statistique du Québec, l'EIACA démontre qu'au Québec, autour de 2 500 000 personnes âgées de 16 à 65 ans se trouvent en deçà du niveau 3 dans le domaine de la compréhension de textes suivis, dont environ 800 000 personnes au niveau 1[7].

On remarque également que 90,5 % des Québécoises et des Québécois de 66 ans et plus se situent aux deux niveaux les plus faibles en compréhension de textes suivis, soit 62,1 % au niveau 1 et 28,4 % au niveau 2[8].

Plus particulièrement, sur le plan de la littératie en lien avec la santé, à partir de 12 questions de cette enquête portant sur la perception de l'état de santé général des répondants jusqu'aux conséquences de cet état sur leurs activités sociales, il est démontré que l'on peut établir une corrélation entre les compétences en littératie et l'état de santé physique des individus[9].

En effet, dans le groupe des répondants âgés de 16 à 65 ans, ceux ayant une bonne santé se classent en plus forte proportion aux niveaux les plus élevés en compréhension de textes suivis. Les compétences moins élevées (niveaux 1 et 2) sont davantage observées lorsque l'état de santé est moins bon. Ainsi, près de six personnes sur dix qui se déclarent en mauvaise santé éprouvent des difficultés à comprendre des textes suivis.

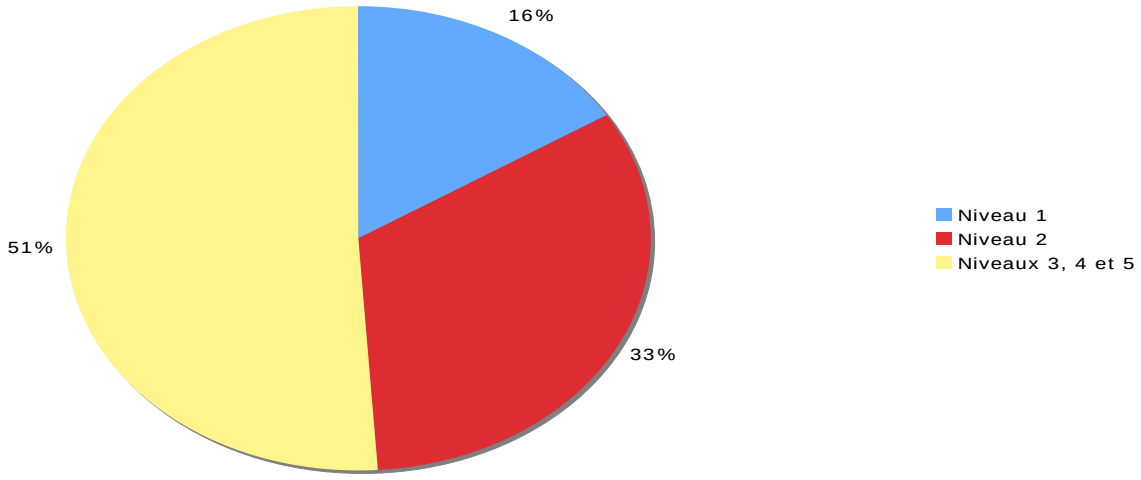
Différents aspects de la vie de ces adultes peuvent s'en trouver affectés, notamment en ce qui a trait aux capacités à :

- améliorer et maintenir sa santé (promotion de la santé);
- préserver la santé individuelle et collective (protection de la santé);
- prendre des mesures préventives et procéder à des détections précoces des maladies (prévention);
- solliciter des soins de santé (soins de santé);
- accéder aux services de santé nécessaires (compréhension des systèmes)[10].

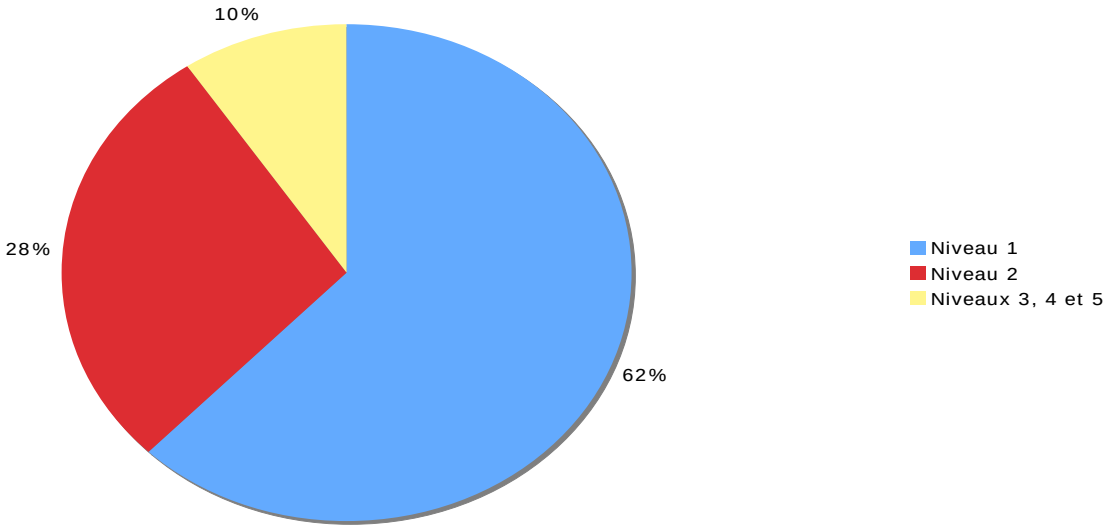
Un faible niveau de littératie est également associé à des coûts substantiellement plus élevés pour toute une gamme de services gouvernementaux, y compris les soins de santé et de services sociaux.

7. *Ibid.*, p. 51-52.
8. *Ibid.*, p. 61.
9. BERNÈCHE, Francine et Issouf TRAORÉ. « Y a-t-il des liens entre la littératie et la santé? », *Zoom Santé*, novembre 2007.
10. CONSEIL CANADIEN SUR L'APPRENTISSAGE. *Littératie en santé au Canada. Résultats initiaux de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes*, Ottawa, CCA, 2007, p. 19 à 22.

Pourcentage de Québécois et de Québécoises entre 16 et 65 ans se situant dans les différents niveaux de littératie.



Pourcentage de Québécois et de Québécoises de 66 ans et plus se situant dans les différents niveaux de littératie.



ACTIVITÉ 3 : Caractéristiques des personnes peu alphabétisées

Objectif

- ❖ Approfondir les connaissances relatives aux caractéristiques des personnes peu alphabétisées.

Durée

- ❖ 45 minutes.

Déroulement

- ❖ Discussion en triades sur les caractéristiques des personnes peu alphabétisées.
  - o Dans l'exercice de votre fonction, quelles caractéristiques avez-vous observées chez les personnes peu alphabétisées?

_____

_____

_____

_____

  - o Quelles sont les questions ou les difficultés qui se sont posées en interaction avec ces personnes? Tout en respectant l'anonymat de celles-ci, avez-vous des exemples concrets?

_____

_____

_____

_____

  - o Dans votre pratique, quels sont les éléments qui ont facilité la communication avec ces personnes?

_____

_____

_____

_____

- ❖ Mise en commun.
- ❖ Compléments théoriques, pages 18 à 21.

ACTIVITÉ 3 : Compléments théoriques

Des caractéristiques de la population visée[11]

Dans notre société, un déficit en lecture et en écriture est source d'exclusion tant sur le plan social que sur le plan économique. Il limite la participation des personnes à la vie en société et réduit leur apport dans bien des aspects de leur vie en général. On peut donc affirmer que savoir lire et écrire est une base pour continuer d'apprendre tout au long de la vie, pour exercer une citoyenneté active, pour accéder à l'égalité des chances et pour être en mesure d'exercer pleinement ses droits fondamentaux.

Dans un monde où l'écriture et la lecture sont des outils incontournables pour fonctionner de façon satisfaisante en société, des carences dans ce domaine ont, au-delà des effets directs déjà présentés, des conséquences telles que :

- être dépossédé de son autonomie parce qu'on ne peut remplir un formulaire seul ou lire sa correspondance;
- se considérer comme inefficace dans une société qui a des exigences de performance toujours plus grandes;
- manquer de confiance en soi et se croire seul à vivre certaines difficultés liées à l'analphabétisme;
- se sentir vulnérable et démuni devant les personnes plus instruites dans l'utilisation des services publics;
- avoir peur de l'inconnu, ce qui limite la recherche d'un emploi;
- éprouver des difficultés à soutenir ses enfants dans leurs apprentissages scolaires.

Sur le plan personnel, il arrive plus souvent à ces personnes de :

- vivre l'isolement et l'exclusion;
- subir beaucoup de stress et manquer de confiance en soi.

Sur le plan matériel, elles peuvent :

- souffrir d'insécurité alimentaire (nourriture en quantité et en qualité insuffisantes);
- vivre dans de mauvaises conditions de logement;
- avoir des difficultés à adopter de saines habitudes de vie.

---

11. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Politique gouvernementale d'éducation des adultes et de formation continue*, Québec, Gouvernement du Québec, 2002,
PERREAULT, Maryse. « Atelier sur l'expression de la demande éducative en éducation des adultes », dans Daniel CAMPEAU, *Actes du Séminaire international sur l'alphabétisation : vision, innovation et participation (2006, Québec)*, Québec, Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, Direction de la formation générale des adultes, 2007, Annexe 6
LANDRY, Gilles. *L'alphabétisation*, Montréal, Lettres en main, 2006.
REGROUPEMENT DES GROUPES POPULAIRES EN ALPHABÉTISATION DU QUÉBEC. *Analyse de l'analphabétisme*, [En ligne]. [http://www.rgpaq.qc.ca/alphabetisation_populaire.php?id=1] (Consulté le 11 avril 2013).

Sur le plan du travail, elles risquent :

- d'avoir de fréquents accidents de travail;
- d'avoir un emploi mal payé, d'être au chômage ou d'être prestataire de la sécurité du revenu.

Chez les personnes aînées, les problèmes sont encore plus graves et concernent entre autres :

- la difficulté à gérer la posologie de plusieurs médicaments à la fois;
- la difficulté à comprendre l'information concernant les rendez-vous, les formulaires de consentement médical et les documents relatifs à l'éducation sanitaire;
- une tendance à se fier plus aux conseils de leur réseau familial et d'amis qu'aux directives du médecin, ce qui occasionne souvent des complications.

On observe également qu'une personne qui a grandi dans un milieu défavorisé et dont les parents sont généralement moins scolarisés que la moyenne porte déjà le poids des statistiques concernant le décrochage scolaire. Plusieurs composantes associées à cet état de fait, comme le manque de stimulation dans la famille, une mauvaise alimentation, les problèmes d'apprentissage et, surtout, l'absence de moyens adaptés permettant de soutenir la scolarisation, contribuent à maintenir et même à perpétuer l'analphabétisme.

Par ailleurs, les forces et les qualités que les personnes peu alphabétisées ont développées ainsi que les compétences acquises dans divers contextes hors de l'école peuvent parfois compenser les difficultés qu'elles éprouvent. Il faudrait donc savoir miser sur ces forces, ces qualités et ces compétences.

En milieu de santé[12]

Situation	***Solution***
Annette est analphabète. Elle vit seule; ses parents et sa sœur sont décédés. Elle n'est jamais sortie de son quartier. Elle arrive à fonctionner dans l'environnement qu'elle connaît bien et qu'elle habite depuis 60 ans. Annette refuse de passer certains examens prescrits par son médecin, car elle devrait se rendre à un hôpital situé à l'extérieur de son quartier. Dès qu'elle n'est plus dans son environnement habituel, elle devient très anxieuse et n'arrive plus à comprendre même des consignes simples. Toutes les lettres, tous les signes se mélangent. Ainsi, Annette refuse d'aller à l'hôpital. Comme elle se sent un peu mal à l'aise de ne pas passer les examens prescrits, elle manque ses rendez-vous chez son médecin.	*Annette fréquente un organisme communautaire où l'on sait qu'elle est analphabète. Une des intervenantes a offert à Annette de l'accompagner pour ses examens à l'hôpital. Cette dernière a acquiescé à cette offre et poursuivi la démarche prescrite par son médecin.*

12. Les histoires de cas rapportées dans le présent outil sont réelles, mais les noms ont été changés.

Les personnes peu alphabétisées sont présentes dans toutes les catégories d'âge et dans des groupes sociaux variés. Il ne faut donc pas les traiter comme un bloc monolithique. Parmi elles, on peut trouver de jeunes décrocheurs, des travailleurs et des travailleuses en entreprise, de jeunes mères de famille monoparentale, des personnes immigrantes, des personnes âgées et des aînés immigrants, des personnes ayant des limitations fonctionnelles, des parents ayant des enfants d'âge préscolaire et scolaire ainsi que des personnes ayant des problèmes d'apprentissage. En ce sens, tout intervenant ou toute intervenante qui est en contact avec une personne peu alphabétisée doit savoir adapter son approche et ses interventions aux besoins particuliers et aux caractéristiques de cette personne.

En milieu familial

Situation	***Solution***
Nathalie se présente à la vaccination avec son bébé, âgé de 2 mois, dont le gain de poids est insuffisant depuis la naissance. Le bébé est nourri avec une préparation lactée commerciale. Le médecin et l'infirmière posent des questions sur la quantité de lait bu par le nourrisson et sur le nombre de biberons. Les quantités semblent suffisantes. On demande à la mère de revenir dans une semaine pour un contrôle de poids. La semaine suivante, la mère se présente avec son nourrisson. On le pèse. Le gain de poids reste insuffisant. L'infirmière soupçonne que le bébé serait peut-être allergique au lait de vache. Il est donc dirigé vers la diététiste avant que des analyses plus poussées soient effectuées. La diététiste, après évaluation, ne soupçonne pas d'allergie alimentaire. Lors de l'entrevue à domicile, la mère prépare les biberons du bébé. Il apparaît qu'elle commet des erreurs dans la dilution de la préparation lactée commerciale. Elle devait mesurer la poudre de lait et la diluer dans une certaine quantité d'eau bouillie pour préparer les biberons du bébé. Or, ayant une faible scolarité, elle était incapable de faire une règle de trois et ne mettait pas une quantité suffisante de poudre dans les biberons. La préparation ainsi diluée ne contenait donc pas suffisamment de calories pour soutenir la croissance du nourrisson.	*Les intervenantes du CLSC ont acheté des tasses à mesurer et ont montré à Nathalie la dilution exacte de la préparation lactée commerciale. Ils ont préparé avec elle le nombre de doses de poudre de préparation pour différentes quantités d'eau. Il aurait été préférable qu'elle puisse acheter la préparation sous forme de concentré, mais son budget ne le lui permettait pas. En peu de temps, son nourrisson a repris un poids adéquat.*

En milieu de travail

Situation	*Solution*
À l'automne 2009, le réseau de la santé a fait face à la pandémie de grippe A (H1N1). Tous les établissements de santé ont reçu une directive du ministère de la Santé et des Services sociaux selon laquelle la totalité du personnel devait avoir suivi la formation sur la pandémie directement sur Internet. Par la suite, le personnel devait imprimer la synthèse de sa formation, ce qui permettrait à l'employeur d'en faire le suivi toutes les deux semaines. Pour les personnes qui n'avaient pas accès à Internet à domicile, le centre de santé et de services sociaux, en collaboration avec les chefs de service, acceptait de libérer le personnel à différents moments au cours de la journée pour suivre cette formation au travail. *Daniel, un employé du Service de la buanderie, pris de panique, appelle au Service des ressources humaines en disant que lui et plusieurs de ses collègues ne sont pas capables d'utiliser un ordinateur. De ce fait, il est impossible pour eux d'envisager de faire leur formation.*	*L'établissement a donc dû mobiliser un formateur plusieurs heures, et ce, pour adapter et donner la formation au personnel concerné en utilisant les ordinateurs de l'établissement. Cependant, une simplification initiale de cette formation en aurait facilité l'accès à l'ensemble du personnel.* *Cette formation avait comme objectif la protection du personnel et de la clientèle en enseignant les mesures adéquates en prévention des infections, notamment le lavage des mains et le matériel désinfectant à utiliser lors de pandémie. La formation était extrêmement bien structurée, mais peu accessible à une personne qui n'est pas habituée à l'ordinateur et qui a de la difficulté à lire et à comprendre les consignes.*

Pour ajouter à ces caractéristiques, l'Institut de la statistique du Québec précise, dans le *Zoom Santé* de novembre 2007, que la population âgée de 16 à 65 ans dont la santé est considérée comme médiocre se compose de 59 % de femmes contre 41 % d'hommes et comprend 52 % de personnes âgées de 46 à 65 ans. Plus encore, le groupe considéré comme ayant une santé médiocre compte une plus forte proportion de personnes sans diplôme d'études secondaires.

ACTIVITÉ 4 : Conséquences de l'analphabétisme sur le plan individuel, social et économique

Objectif

- Considérer les conséquences que peuvent avoir les problèmes liés à l'analphabétisme sur le plan individuel, social et économique.

Durée

- 45 minutes.

Déroulement

- Visionnement de la vidéo *Bongour docteur : une réflexion sur les difficultés d'accès à l'information médicale. Une vidéo réalisée par des adultes en alphabétisation*[13].
  Visionner la vidéo

- Échange d'opinions à partir de la vidéo.

  - D'après votre expérience, quelles sont les conséquences des difficultés en lecture et en écriture sur la vie quotidienne des adultes qui en éprouvent? Quelles en sont les conséquences sur la société en général?

_____

_____

_____

_____

- Compléments théoriques, pages 23 et 24.

13. *Bongour docteur : une réflexion sur les difficultés d'accès à l'information médicale. Une vidéo réalisée par des adultes en alphabétisation*. [Enregistrement vidéo], Montréal, La Jarnigoine, 2009, vidéo électronique, 279 Mo; 26 min 46 s. Disponible également en DVD au Centre de documentation sur l'éducation des adultes et la condition féminine (CDEACF).

ACTIVITÉ 4 : Compléments théoriques

Des conséquences

Les indices qui suivent pourront faciliter une meilleure compréhension de certaines difficultés pouvant être liées à l'analphabétisme. Il va sans dire que la présentation de ces indices a pour but de fournir une information complémentaire pour soutenir le personnel qui est en contact avec des personnes peu alphabétisées.

Il arrive, dans une situation de communication, qu'une personne peu alphabétisée :

- refuse de faire une action qui demande de la lecture ou de l'écriture;
- ait des problèmes de prononciation ou d'élocution;
- manque de vocabulaire pour exposer ses problèmes de santé;
- semble incohérente dans ses propos;
- fasse des inversions ou des omissions dans les syllabes et les mots ou comprenne mal ce qui est dit;
- soit déroutée devant des consignes relatives à un endroit où se rendre ou à un rendez-vous à respecter;
- demande de répéter constamment;
- ait de la difficulté à comprendre les consignes ou toute autre information.

Les personnes peu alphabétisées peuvent vivre d'autres malaises plus difficiles à déceler, mais non moins réels dans une situation de communication. Ceux-ci peuvent être causés par les efforts fournis pour bien fonctionner dans la situation. Par exemple, au cours d'une rencontre, la personne peut :

- montrer des signes d'impatience;
- être hyperactive ou hypoactive;
- être stressée et manquer de concentration;
- présenter des signes de fatigue inhabituels.

Il faut rappeler toutefois que ces malaises ne sont pas nécessairement liés à des problèmes d'analphabétisme. La perception de ces indices peut être tributaire du jugement de l'intervenante ou de l'intervenant. Il y a donc lieu de faire attention à l'interprétation que l'on en fait.

Les conséquences de l'analphabétisme qui ont trait aux coûts plus élevés en matière de santé publique ne sont pas négligeables. Une étude[1] révèle que les prévisions budgétaires pour un patient hospitalisé ayant un niveau inadéquat de littératie en santé sont considérablement plus élevées que celles pour un patient ayant des compétences adéquates en lecture. La même étude démontre que les coûts d'assurance maladie pour une personne qui a un niveau de compétence en lecture inférieur à une 3e année de scolarité sont également très élevés, comparativement à ceux d'une personne qui a un niveau de compétence supérieur à une 4e année de scolarité.

L'autogestion de sa santé est aussi un moyen pour diminuer les coûts publics. Dans l'ensemble des régions du Québec, 69 % des adultes, en moyenne, n'auraient pas le niveau de littératie requis pour prendre soin adéquatement de leur santé et comprendre toute l'information qui y est liée[2]. Cet état de fait constitue donc un obstacle à l'autogestion efficace de sa santé, notamment dans le cas des maladies chroniques.

1 ROOTMAN, Irving. *Littératie en santé et santé publique*, Montréal, novembre 2007. [Présentation aux Journées annuelles de santé publique].

2 ROOTMAN, Irving et Deborah GORDON-EL-BIHBETY. *Vision d'une culture de la santé au Canada : rapport du Groupe d'experts sur la littératie en matière de santé*, Ottawa, Association canadienne de santé publique, 2008.

SECTION 2

Moyens pour intervenir

Les contenus de cette section sont davantage liés à des propositions concrètes et à des moyens techniques permettant d'intervenir auprès des personnes peu alphabétisées dans des situations de communication en santé. Le personnel de la santé, comme de plusieurs autres domaines professionnels, n'est pas spécialiste de l'alphabétisation et peut être désorienté devant certains comportements de personnes peu alphabétisées. Cet état de fait peut occasionner des interprétations erronnées de certains agissements et interférer dans le contact à établir avec ces personnes.

La recherche et la pratique ont permis de constater, dans des situations de communication, certains indices qui se rapportent à des difficultés de lecture et d'écriture. Le fait d'observer ces indices et de les reconnaître peut faire en sorte d'améliorer la communication et, surtout, d'assurer la suite à donner à celle-ci. Certains moyens, comme l'écriture et le langage simples et clairs, peuvent également garantir une meilleure compréhension des consignes orales et écrites.

Cette section porte donc sur ce qui peut se passer dans certaines situations de communication avec des personnes peu alphabétisées, et ce, pour proposer des interventions appropriées. Des moyens techniques, des ressources et une bibliographie commentée complètent cette partie.

ACTIVITÉ 5 : Attitudes à adopter

Objectif

- Déterminer des attitudes à adopter dans des situations de communication avec des personnes peu alphabétisées.

Durée

- 1 heure 30 minutes.

Déroulement

- Exercice en dyades en ce qui a trait à des attitudes à adopter dans les situations de communication avec des personnes peu alphabétisées.

CE QUI SE PASSE	CE QUE L'INTERVENANTE OU L'INTERVENANT POURRAIT FAIRE
La personne refuse de faire une action qui demande de la lecture.	
La personne a des problèmes de prononciation ou d'élocution.	
La personne manque de vocabulaire pour exposer ses problèmes de santé ou semble incohérente dans ses propos.	
La personne fait des inversions ou des omissions dans les syllabes et les mots, en parlant ou en comprenant mal ce qui est dit.	

CE QUI SE PASSE	CE QUE L'INTERVENANTE OU L'INTERVENANT POURRAIT FAIRE
La personne est déroutée devant des consignes relatives à un endroit où se rendre ou à un rendez-vous à respecter.	
La personne demande de répéter souvent ou a de la difficulté à comprendre les consignes ou toute autre information.	
La personne montre des signes d'impatience, de stress, d'agressivité ou de fatigue en raison des efforts fournis pour bien fonctionner dans la situation de communication.	

- Mise en commun.
- Compléments théoriques, pages 28 à 31.

ACTIVITÉ 5 : Compléments théoriques

Le tableau qui suit présente des situations de communication révélant possiblement des signes liés à des difficultés en lecture et en écriture et propose des attitudes à adopter dans le plus grand respect des personnes peu alphabétisées[14]. On doit noter que plusieurs intervenantes et intervenants travaillant dans le domaine de la santé et des services sociaux sont déjà très au fait de cette réalité et ont adopté des approches adaptées à ces personnes. Il ne faut donc considérer ces propositions que dans la mesure où elles apportent un soutien supplémentaire. Il faut également avoir le souci de toujours adapter les propositions aux situations réelles.

CE QUI SE PASSE	CE QUE L'INTERVENANTE OU L'INTERVENANT POURRAIT FAIRE
La personne refuse de faire une action qui demande de la lecture.	• D'abord, ne pas insister et être attentif aux raisons qui font que la personne ne veut pas lire. • Lui signifier qu'elle n'est pas seule dans cette situation, que les documents en santé sont difficiles à lire par plusieurs personnes. • Lui proposer de lire le texte, le formulaire ou tout autre écrit à voix haute. • Si la personne désire lire ailleurs ou plus tard le document présenté, faire un résumé clair du contenu en dégageant les principaux renseignements.
La personne a des problèmes de prononciation ou d'élocution.	• Lui poser des questions pour l'aider à clarifier ses idées. • Lui demander de s'aider avec un support visuel : un plan, une illustration ou un objet proche. • Lui accorder du temps (la nécessité de prendre le temps requis s'impose dans toutes les situations de communication avec une personne peu alphabétisée).

14. Cette partie est inspirée des documents suivants :
QUÉBEC, MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION et MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE. *Sessions de perfectionnement sur l'accueil des adultes peu scolarisés. Cahier de participation*, Québec, Gouvernement du Québec, octobre 2004.
COMITÉ ALPHA BEAUCE-ETCHEMIN. *Fiers d'apprendre. Guide d'accompagnement*, Québec, Commission scolaire Beauce-Etchemin, 2006.
FONDATION POUR L'ALPHABÉTISATION. *Fondation pour l'alphabétisation : des mots d'espoir*, [En ligne], 2013. [http://www.fondationalphabetisation.org/fondation/cause/personnes_analphabetes#asavoir] (Consulté le 11 avril 2013).

CE QUI SE PASSE	CE QUE L'INTERVENANTE OU L'INTERVENANT POURRAIT FAIRE
La personne manque de vocabulaire pour exposer ses problèmes de santé ou semble incohérente dans ses propos.	• Encourager la personne à parler doucement. • S'exprimer dans un langage simple pour l'aider à trouver les mots justes qui traduisent ses problèmes de santé. • Utiliser des synonymes qui correspondent à sa réalité et à son vocabulaire.
La personne fait des inversions ou des omissions dans les syllabes et les mots, en parlant ou en comprenant mal ce qui est dit.	• Prendre son temps. • Utiliser des repères visuels. • Assister la personne dans la lecture d'un texte, le cas échéant. • Accompagner son message d'exemples de situations connues de la personne. • Revenir plusieurs fois sur un mot qui apparaît difficile. • Toujours utiliser des mots simples et des phrases courtes.
La personne est déroutée devant des consignes relatives à un endroit où se rendre ou à un rendez-vous à respecter.	• S'assurer qu'une adresse est toujours accompagnée d'un plan ou d'une carte (guider la personne dans ses déplacements). • Dans l'établissement ou l'institution, avoir une signalisation claire et simple. • S'assurer que la date d'une rencontre ou d'un événement est bien comprise et, au besoin, donner des repères tels « dans deux fins de semaine » ou « dans la semaine après Noël » ou encore « tout de suite après le début des vacances ». Éviter d'envoyer une lettre de rappel pour confirmer un rendez-vous : utiliser plutôt le téléphone.
La personne demande de répéter souvent ou a de la difficulté à comprendre les consignes ou toute autre information.	• S'assurer d'abord que la personne n'est pas malentendante. • Vérifier la compréhension de l'information donnée et faire répéter. • Rendre les renseignements les plus concrets possible en faisant des liens et des associations avec ce qui est familier pour la personne.

CE QUI SE PASSE	CE QUE L'INTERVENANTE OU L'INTERVENANT POURRAIT FAIRE
	• Se référer à des images mentales significatives pour la personne. • Évoquer des formes, des couleurs et des paysages familiers. • Faire attention à ne pas donner trop d'information en même temps. Donner une consigne à la fois en faisant ressortir les mots clés. • Faire attention au débit de la parole et formuler de courtes phrases. • Ne jamais tenir pour acquis que la personne a compris et être attentif aux indices qui manifestent une incompréhension (regard fuyant, manque d'intérêt, etc.). • Adopter la méthode du renforcement si la consigne est respectée et l'information comprise. • Utiliser des médias substituts (documents en braille, enregistrements) pour les personnes ayant des besoins particuliers, comme les personnes non voyantes ou malentendantes. • Pour les personnes immigrantes allophones, s'assurer des services d'un interprète, si possible. • Simplifier le vocabulaire plus technique propre à la santé ou aux services sociaux en évitant les nombreuses abréviations qui ne sont souvent pas connues de l'interlocuteur. • Utiliser des moyens visuels ou mnémotechniques.

CE QUI SE PASSE	CE QUE L'INTERVENANTE OU L'INTERVENANT POURRAIT FAIRE
La personne montre des signes d'impatience, de stress, d'agressivité ou de fatigue en raison des efforts fournis pour bien fonctionner dans la situation de communication.	• Assurer et maintenir un climat de calme et de confiance. • Éliminer les sources de bruit. • Rassurer la personne en lui disant qu'elle n'est pas seule à avoir de la difficulté à comprendre les consignes et l'information donnée. • Aménager le temps de rencontre en prévoyant des pauses.

ACTIVITÉ 6 : Moyens à utiliser

Objectif

- Saisir l'importance de s'adresser aux personnes peu alphabétisées dans un langage clair et simple, oralement et par écrit.

Durée

- 60 minutes.

Déroulement

- Division du groupe en dyades pour réaliser l'exercice suivant.
  - Trouver, dans le **texte original** qui suit portant sur l'alimentation et les maladies cardiaques, les mots et les formules qui pourraient être difficiles à lire et à comprendre pour des personnes peu alphabétisées (pages 33 et 34).
- Mise en commun.
- Présentation du texte sur l'alimentation et les maladies cardiaques **traduit en écriture simple**, pages 35 et 36.
- Compléments théoriques, pages 37 et 38.

EXERCICE : Texte original

« Une saine alimentation est une arme de choix contre les maladies cardiaques. Regardons de plus près quels sont les aliments à privilégier et à limiter.[15]
Les graisses et le cholestérol jouent un rôle important dans les maladies cardiaques, mais ils ne sont pas les seuls facteurs de risque.

Êtes-vous à risque?

Certains facteurs de risque associés aux maladies cardiaques peuvent être modifiables et d'autres non. Votre risque d'être atteint d'une maladie cardiaque augmente avec chacun de vos facteurs de risque.

Facteurs de risque non modifiables

Vous avez une histoire de maladie cardiaque dans votre famille.
Vous êtes âgé de plus de 40 ans.
Vous êtes un homme.
Vous êtes diabétique.

Facteurs de risque modifiables

Vous souffrez d'hypertension.
Vous avez un surplus de poids notable.
Vous êtes souvent stressé.
Vous faites peu d'exercice.
Vous fumez.
Votre taux de cholestérol est élevé.

Qu'est-ce qu'une saine alimentation?

La quantité et la qualité des aliments que vous mangez sont toutes les deux importantes pour vous tenir en santé. Si vous êtes cardiaque ou risquez de l'être, il faut tout particulièrement surveiller votre consommation de gras, de fibres, de sel, d'alcool et de café.

Voici quels devraient être vos objectifs alimentaires :

1. Les graisses de votre alimentation doivent représenter moins de 30 % des calories ingérées.
2. Consommez moins de 300 mg de cholestérol par jour.
3. Limitez les graisses saturées et les gras trans.
5. Consommez plutôt des graisses mono-insaturées et polyinsaturées. Consommez 25 g de fibres par jour, si vous êtes une femme, et 38 g si vous êtes un homme.
6. Limitez les sucres simples.
7. Limitez la consommation de sel, d'alcool et de caféine.

15 http://www.jeancoutu.com/sante/conseils-sante/maladies-cardiaques-bien-nourrir-son-coeur (Consulté le 18 avril 2013).

Si vous souffrez déjà d'un problème cardiaque, votre médecin ou votre nutritionniste pourrait vous demander de suivre un régime plus strict.

Les graisses et le cholestérol : comment s'y retrouver?

Les régimes riches en matières grasses augmentent le taux de cholestérol et vous prédisposent à une maladie cardiaque.

Le cholestérol est un ensemble de gras dans votre sang. Les deux principaux types de cholestérol sont les LDL (lipoprotéines de basse densité) et les HDL (lipoprotéines de haute densité).

Les LDL, que l'on qualifie de « mauvais cholestérol », favorisent la formation de plaque de cholestérol sur les artères, restreignent ainsi le passage du sang et peuvent même contribuer à la formation de caillots sanguins.

Les HDL, que l'on qualifie de « bon cholestérol », protègent les artères en évacuant l'excès de cholestérol contenu dans le sang pour le diriger vers le foie, où il est métabolisé avant d'être éliminé.

En général, de faibles taux de LDL et des taux élevés de HDL diminuent les risques de maladie cardiaque.

Pour réduire votre taux de cholestérol, vous devez entre autres modifier la quantité mais aussi la qualité des graisses que vous consommez.

Les fibres, pas seulement pour un bon transit !

Les fibres peuvent être solubles ou insolubles. Les aliments riches en fibres comportent des quantités variables des deux types de fibres, qui contribuent au bon fonctionnement des intestins.

Augmenter la consommation quotidienne de grains entiers et de fibres, aussi simplement que par l'ajout à notre alimentation de deux tranches de pain de blé entier et d'une portion de céréales riches en fibres, peut aider à réduire le risque d'obésité et peut même favoriser la perte de poids.

Les fibres solubles réduisent aussi les taux de cholestérol total et de LDL.

De façon générale, les canadiens consomment environ la moitié de l'apport recommandé en fibres.

Pour augmenter votre apport en fibres solubles, choisissez ces aliments :

- les produits de l'avoine : son d'avoine, gruau, etc.
- les légumineuses : haricots, pois, lentilles, etc.
- les fruits riches en pectine : pommes, fraises, agrumes, etc. […] »

EXERCICE : Texte traduit en écriture simple

L'alimentation et les maladies cardiaques

L'alimentation joue un rôle important dans les maladies cardiaques. Il faut surtout faire attention au cholestérol, aux fibres, au sel, à l'alcool et au café.

Le cholestérol

Le cholestérol est une sorte de graisse qui est nécessaire au fonctionnement du corps humain. En fait, il y a du bon et du mauvais cholestérol. Le bon aide le corps à fonctionner, tandis que le mauvais se dépose sur les parois des artères et peut former des caillots.

En général, le bon cholestérol provient des huiles végétales et des noix. Le mauvais se trouve surtout dans les graisses animales (viande, beurre, fromage et œufs).

Les fibres

Les fibres sont des parties des aliments qui ne sont pas transformées dans notre corps. Elles permettent le bon fonctionnement des intestins en empêchant la constipation. Elles permettent aussi de réduire le taux de cholestérol. Elles sont donc bonnes pour la santé du cœur.

On les trouve surtout dans le pain de blé entier, les céréales, les fruits, les légumes et dans toutes les sortes de fèves.

Le sel

Le sel est très bon sur toutes sortes d'aliments. Par contre, il est très mauvais pour le cœur. En effet, il augmente la tension artérielle (la pression du sang dans les vaisseaux sanguins). Quand cette tension est trop élevée, elle peut abîmer le cœur et les vaisseaux sanguins. Il faut donc essayer de diminuer la consommation de sel.

L'alcool et le café

L'alcool et le café sont deux produits qui peuvent être très agréables. Par contre, il faut savoir qu'ils ont des effets négatifs sur le cœur.

En grande quantité, l'alcool durcit les artères (surtout si on le consomme avec du tabac), ce qui cause de la haute tension.

Le café, pour sa part, est un stimulant. Il fait donc battre le cœur plus vite, ce qui peut causer des problèmes avec le temps.

Êtes-vous à risque?

Même si l'alimentation joue un rôle important dans la santé du cœur, ce n'est pas le seul facteur de risque. Il y en a d'autres. Le danger d'avoir une maladie cardiaque augmente avec le nombre de facteurs de risque. Voici les plus importants :

Facteurs de risque qu'on ne peut changer :

- vous avez des membres de votre famille qui ont une maladie du cœur;
- vous êtes âgé de plus de 40 ans;
- vous êtes un homme;
- vous êtes diabétique.

Facteurs de risque qu'on peut changer :

- vous souffrez d'hypertension (haute pression);
- vous avez un surplus de poids;
- vous êtes souvent stressé;
- vous faites peu d'exercice;
- vous fumez.

ACTIVITÉ 6 : Compléments théoriques

Un langage clair et simple, des trucs mnémotechniques, des illustrations ou des couleurs pour différencier certains renseignements sont autant de moyens qui peuvent faciliter la communication avec les personnes peu alphabétisées.

Dans les organisations publiques, utiliser un langage qui permet d'améliorer les communications avec les personnes peu alphabétisées ainsi qu'avec l'ensemble de la population signifie qu'il faut avoir recours à des termes précis et concrets que l'on emploie tous les jours et qui sont significatifs pour les personnes qui reçoivent l'information. Un langage clair et simple n'est pas un vocabulaire enfantin ou simpliste. C'est surtout une communication **axée sur les gens**. Il importe ainsi de faire un effort pour éliminer la terminologie spécialisée tout en ayant une représentation juste de ce que l'on veut dire. Il s'agit donc de :

> **Mieux comprendre la façon dont les personnes, particulièrement les personnes peu alphabétisées, perçoivent, lisent, comprennent et utilisent l'information, qu'elle soit présentée sur papier, de vive voix ou sur support électronique.**

Un langage clair et simple donne la satisfaction d'être compris, permet de joindre une plus large population et fait réaliser des économies de temps et d'argent. Communiquer simplement, c'est résumer la communication à l'essentiel du message.

Pour en arriver à une communication claire et simple, il faut d'abord et avant tout **connaître la population** que l'on veut joindre et ensuite préciser **l'essentiel du message** que l'on veut lui communiquer. Cela signifie donc de faire des choix dans ce que l'on veut dire et d'éliminer les détails non pertinents après avoir exprimé l'essentiel des idées à transmettre. Les principes suivants peuvent guider une telle communication :

- toujours faire des phrases courtes (moins de 20 mots avec un sujet, un verbe et un complément) qui vont à l'essentiel, que ce soit oralement ou par écrit;
- organiser ses idées de façon logique et efficace;
- utiliser la forme active plutôt que la forme passive et peu d'adverbes qui se terminent en « -ment »; employer le style direct;
- favoriser la lisibilité dans la mise en pages d'un message écrit : couleurs, images, caractères plus gros, lettres carrées et une seule idée dans chaque paragraphe;
- utiliser le plus possible une présentation schématique dans un texte écrit (utiliser des points ou des numéros);

- utiliser les mots les plus simples possible, par exemple :

Au lieu de	Utiliser
Un nombre suffisant de	Assez de
Un nombre excessif de	Trop de
Préalablement	Avant
Postérieurement à	Après
Relativement à	Quant à (par rapport à)
Subséquemment	Après
Compte tenu de	À cause de
À la lumière de	En raison de
Considérant	À cause de
En dépit du fait que	Bien que
Dans le but de	Pour
Aux fins de	Pour
Dans la mesure où	Si
Échéancier	Calendrier
Conformément à	Selon

- éviter les expressions ou les termes superflus, par exemple :

Au lieu de	Utiliser
Une visite d’une durée de deux heures	Une visite de deux heures
Les données contenues dans une liste	Ce que contient la liste
Les besoins en ce qui a trait à	Les besoins de
Une période de temps	Pendant

Note : On peut employer le mot juste pour désigner une maladie, un médicament, etc., mais il est important de prendre le temps d’en expliquer la signification.

ACTIVITÉ 7 : Ressources à retenir

Objectif

- Prendre connaissance des ressources permettant de mieux guider les personnes peu alphabétisées vers des services correspondant à leurs besoins et, dans certains cas, d'établir des partenariats.

Durée

- 15 minutes.

Déroulement

- Présentation des ressources, pages 40 à 42.

- Ajout de ressources par les participantes et les participants.

ACTIVITÉ 7 : Compléments théoriques

Des partenaires

La plupart des solutions aux problèmes de santé qui découlent d'un faible niveau de littératie nécessitent une approche multisectorielle et ne relèvent pas toujours du secteur de la santé et des services sociaux. Il faut donc que les intervenantes et les intervenants dans ce domaine collaborent avec d'autres acteurs sociaux, entre autres avec les centres d'éducation des adultes des commissions scolaires et les organismes d'alphabétisation. Les exemples qui suivent peuvent inspirer certaines formes de partenariat.

Des centres de santé et de services sociaux ou des centres locaux de services communautaires (CLSC) ont déjà établi des collaborations avec des centres d'éducation des adultes ou des organismes d'alphabétisation afin :

- de produire des outils d'information en écriture simple sur la santé et les services sociaux à l'intention des personnes peu alphabétisées;
- d'établir des ponts entre les personnes peu alphabétisées qui ont besoin de services de santé et de services sociaux et le personnel concerné;
- d'assurer un service entre les établissements de santé et de services sociaux et les organismes de formation.

Des sites Internet

- **La Table des responsables de l'éducation des adultes et de la formation professionnelle des commissions scolaires du Québec (TREAQ*FP*)** regroupe les commissions scolaires du Québec. Elle assure la promotion de l'ensemble des services offerts aux adultes par le réseau scolaire québécois, en formation générale des adultes et en formation professionnelle, de même que par les services aux entreprises.
  http://www.treaqfp.qc.ca/menu.asp
- **Le Regroupement des groupes populaires en alphabétisation du Québec (RGPAQ)** voit à la promotion, à la défense et au développement de l'alphabétisation populaire et des groupes populaires d'alphabétisation. Il est également engagé dans la défense collective des droits des personnes lésées par leur niveau d'alphabétisme. Le RGPAQ représente 81 groupes d'alphabétisation populaire.
  http://www.rgpaq.qc.ca
- **La Fondation pour l'alphabétisation** est un organisme promouvant l'accès à la lecture et à l'écriture pour tous les segments de la population. Elle possède deux lignes téléphoniques d'aide et de référence, bilingues, sans frais et confidentielles, disponibles du lundi au vendredi, de 9 h à 17 h. La ligne Info-Alpha, une initiative de la Fondation, fournit de l'information à tout adulte souhaitant avoir accès à une formation de base en lecture et en écriture. La ligne Info Apprendre est quant à elle une initiative du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport dont la mise en œuvre a été confiée à la Fondation étant donné son expertise acquise grâce à la ligne Info-Alpha. Info Apprendre fournit de l'information sur l'éducation des adultes et la formation continue au Québec.
  http://www.fondationalphabetisation.org/

- **Le Centre de documentation sur l'éducation des adultes et la condition féminine (CDEACF)** est un organisme francophone de diffusion de l'expertise en alphabétisation, en éducation des adultes et en condition féminine.
  http://www.cdeacf.ca/
- **The Centre for Literacy (Centre d'alphabétisation du Québec)** est un centre de ressources, de perfectionnement professionnel et de recherche. Il met à la disposition de sa clientèle une gamme de ressources documentaires, matérielles et virtuelles anglophones.
  http://www.centreforliteracy.qc.ca/
- **La Base de données en alphabétisation des adultes (BDAA)** est une bibliothèque virtuelle qui contient des documents, des livres et un catalogue de ressources. Elle héberge également des sites Web d'organismes en alphabétisation.
  http://www.bdaa.ca/
- **L'Association canadienne de santé publique (ACSP)** est une association bénévole nationale, indépendante et sans but lucratif, représentant la santé publique au Canada et entretenant des liens étroits avec la communauté de santé publique internationale. Son site contient un portail sur la littératie en santé qui offre aux professionnels de la santé, aux chercheurs et à toute personne intéressée un accès à l'information fondamentale sur la littératie en santé au Canada.
  http://www.cpha.ca/fr/default.aspx
  http://www.cpha.ca/fr/portals/h-l.aspx

Des écrits et des recherches

Les documents qui sont présentés dans cette section donnent une information de base nécessaire à la compréhension de la problématique de la littératie en santé.

- ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE. *Comment travailler avec des aînés à faible niveau d'alphabétisation : stratégies pratiques pour les fournisseurs de soins de santé*, Ottawa, ACSP, 1998.

  Cet outil a été conçu pour faire ressortir les besoins particuliers des aînés ayant un faible niveau d'alphabétisation dans le système de santé.

- 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, ACSP, 2002.

  Ce document donne des renseignements et des conseils sur l'emploi d'un style clair et simple dans les documents d'information sur les médicaments d'ordonnance à l'intention des patients ainsi que des conseils sur la conception d'emballages et d'étiquettes efficaces.

- ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE. *Priorités d'action : résultats du Colloque national sur la littératie en santé*, Ottawa, ACSP, 2008.

  L'ACSP et le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé ont consulté des praticiens, des décideurs et des chercheurs des milieux de la santé et de l'alphabétisation pour élaborer les priorités et les principes fondamentaux d'une stratégie efficace.

- CANADIAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION. *Perceptions of Health Literacy: Results of a Questionnaire for Practitioners, Policy-Makers and Researchers*, Ottawa, CPHA, 2007.

  Ce document présente les résultats d'un questionnaire en ligne adressé aux praticiens, aux chercheurs et aux décideurs pour connaître leur opinion sur la littératie en santé et les stratégies pour la promouvoir.

- 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.

  Les auteurs présentent les nouveaux besoins en matière de santé et de littératie au Canada, exposent les effets directs et indirects de la littératie sur la santé et proposent des priorités d'action et d'intervention pour l'avenir.

- 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 Canada, Secrétariat national à l'alphabétisation et Statistique Canada, 1998.

  Cette recherche vise à comparer les caractéristiques des personnes âgées sur le plan de la santé avec leurs capacités de lecture et les applications de celles-ci. Les résultats corroborent le point de vue selon lequel les capacités de lecture et leurs applications peuvent faire obstacle au maintien d'un bon état de santé.

- ROOTMAN, Irving et Deborah GORDON-EL-BIHBETY. *Vision d'une culture de la santé au Canada : rapport du Groupe d'experts sur la littératie en matière de santé*, Ottawa, ACSP, 2008.

  Le Groupe d'experts sur la littératie en matière de santé de l'Association canadienne de santé publique a analysé la nature et la portée de la littératie en santé au Canada et fait le point sur les obstacles et les interventions en cours. Il recommande une stratégie coordonnée à l'échelle nationale pour améliorer le niveau de littératie en santé et aider les gens à composer avec les exigences des systèmes de santé et de l'information sanitaire.

ACTIVITÉ 8 : Évaluation

Objectifs

- ❖ Faire le point sur les connaissances acquises au cours de la formation et sur les nouvelles attitudes à adopter.
- ❖ Cerner les nouveaux besoins de formation dans une perspective de formation continue.

Durée

- ❖ 15 minutes.

Déroulement

- ❖ Évaluation collective.
  - o Quels sont les deux éléments les plus importants que vous retenez?

_____

_____

_____

_____

_____

  - o Quels sont vos besoins d'approfondissement?

_____

_____

_____

_____

_____

  - o Quelles actions envisagez-vous pour poursuivre la réflexion et la mise en place de pratiques novatrices?

_____

_____

_____

_____

_____

- Quelles attitudes voulez-vous améliorer ou changer?

_____

_____

_____

_____

_____

- ❖ Mise en commun de façon volontaire.
- ❖ Évaluation individuelle à partir de la grille d'appréciation (pages 45 et 46).

Clôture

Grille d'appréciation

Veuillez indiquer votre degré de satisfaction pour chacun des éléments proposés en leur attribuant une des cotes suivantes :

1 = Très satisfait
2 = Plutôt satisfait
3 = Peu satisfait
4 = Insatisfait

L'OBJECTIF GÉNÉRAL

Degré de satisfaction relativement à l'atteinte de l'objectif général :

> Sensibiliser les participantes et les participants à certaines réalités vécues par les personnes peu alphabétisées dans le domaine de la santé et des services sociaux.

LE DÉROULEMENT

Degré de satisfaction relativement :

- À l'efficacité de la démarche proposée 1 2 3 4
- À la pertinence de l'horaire 1 2 3 4

L'ORGANISATION

Degré de satisfaction relativement :

- À l'accueil 1 2 3 4
- Aux lieux 1 2 3 4
- À la durée 1 2 3 4
- Aux outils utilisés et au contenu présenté 1 2 3 4

L'ANIMATION

Degré de satisfaction relativement :

- Au climat 1 2 3 4

- À la qualité de l'interaction avec les ressources de formation et les autres personnes participantes 1 2 3 4

AUTRES

- Degré de satisfaction par rapport à la formation dans son ensemble 1 2 3 4

Qu'avez-vous apprécié le plus?

_____

_____

_____

Qu'avez-vous aimé le moins?

_____

_____

_____

AUTRES COMMENTAIRES

_____

_____

_____

_____

BIBLIOGRAPHIE

BERNÈCHE, Francine et Bertrand PERRON. *Développer nos compétences en littératie : un défi porteur d'avenir, Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes, 2003*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2006.

BERNÈCHE, Francine et Issouf TRAORÉ, « Y a-t-il des liens entre la littératie et la santé? », *Zoom Santé*, novembre 2007.

BRINK, Satya. *Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes de 2003 : principales données de recherche,* Ottawa, Secrétariat national à l'alphabétisation, Direction de la politique sur l'apprentissage, 2005.

COMITÉ ALPHA BEAUCE-ETCHEMIN. *Fiers d'apprendre. Guide d'accompagnement*, Québec, Commission scolaire Beauce-Etchemin, 2006.

CONSEIL CANADIEN SUR L'APPRENTISSAGE. *Littératie en santé au Canada. Résultats initiaux de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes*, Ottawa, CCA, 2007.

CONSEIL CANADIEN SUR L'APPRENTISSAGE. *La littératie en santé au Canada : une question de bien-être*, [En ligne], février 2008,
[http://www.ccl-cca.ca/ccl/Reports/HealthLiteracy-2.html] (Consulté le 11 avril 2013).

DIONNE, Marie-Josée. *Écrire simplement : guide d'application des techniques d'écriture simple*, Vanier, Fédération canadienne pour l'alphabétisation en français, 1995.

FONDATION POUR L'ALPHABÉTISATION. *Fondation pour l'alphabétisation : des mots d'espoir*, [En ligne], 2013,
[http://www.fondationalphabetisation.org/] (Consulté le 11 avril 2013).

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Politique gouvernementale d'éducation des adultes et de formation continue*, Québec, Gouvernement du Québec, 2002.

JONES, Stan et autres, *Littératie, économie et société : résultats de la première Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes,* Ottawa, Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et Secrétariat national à l'alphabétisation, 1995.

KOLB, D.A. *Étude empirique : expérience comme source d'étude et développement,* Falaises d'Englewood, Prentice Hall, 1984.

LANDRY, Gilles. *L'alphabétisation*, Montréal, Lettres en main, 2006.

PERREAULT, Maryse. « Atelier sur l'expression de la demande éducative en éducation des adultes », dans Daniel CAMPEAU, *Actes du Séminaire international sur l'alphabétisation : vision, innovation et participation (2006, Québec),* Québec, Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, Direction de la formation générale des adultes, 2007, Annexe 6.

PLAIN TRAIN. *Programme de formation en ligne sur le style clair et simple*, [En ligne], [http://www.plainlanguagenetwork.org/plaintrain/Francais/index1.html]
(Consulté le 18 avril 2013).

QUÉBEC. MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION et MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE. *Sessions de perfectionnement sur l'accueil des adultes peu scolarisés. Cahier de participation*, Québec, Gouvernement du Québec, octobre 2004.

REGROUPEMENT DES GROUPES POPULAIRES EN ALPHABÉTISATION DU QUÉBEC. *Analyse de l'analphabétisme*, [En ligne], [http://www.rgpaq.qc.ca/alphabetisation_populaire.php?id=1] (Consulté le 11 avril 2013).

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 Canada, Secrétariat national à l'alphabétisation et Statistique Canada, 1998. Disponible également par Internet à l'adresse : http://www.statcan.gc.ca/pub/89f0104x/4151175-fra.htm.

ROOTMAN, Irving. *Littératie en santé et santé publique*, Montréal, novembre 2007. [Présentation aux Journées annuelles de santé publique].

TABLE DES RESPONSABLES DE L'ÉDUCATION DES ADULTES ET DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE DES COMMISSIONS SCOLAIRES DU QUÉBEC. « L'écriture simple pour joindre efficacement les adultes faiblement scolarisés », *Saviez-vous que?*, septembre 2008.

Éducation,
Loisir et Sport
Québec